CONSELLO DA CULTURA GALEGA
PONENCIA DE ANTROPOLOXÍA CULTURAL

MEDICINA POPULAR E ANTROPOLOXÍA DA SAÚDE

Actas do Simposio Internacional en homenaxe rendida a D. Antonio Fraguas

CONSELLO DA CULTURA GALEGA

Ilustración da cuberta:

Xosé Fuentes Alende.

MEDICINA POPULAR E ANTROPOLOXÍA DA SAÚDE

Edita

ISBN: 84-87172-19-9

Depósito legal: VG-552-1997

Imprime
OBRADOIRO GRÁFICO, S. L.
Polígono Ind. do Rebullón, 52-D. MOS (Pontevedra)

MEDICINA POPULAR E ANTROPOLOXÍA DA SAÚDE

ACTAS DO SIMPOSIO INTERNACIONAL EN HOMENAXE A D. ANTONIO FRAGUAS

SANTIAGO DE COMPOSTELA
11 ó 14 DE OUTUBRO DE 1995

Presidente de Honra
ANTONIO FRAGUAS FRAGUAS

Coordinador
XOSÉ MANUEL GONZÁLEZ REBOREDO

CONSELLO DA CULTURA
GALEGA
PONENCIA DE ANTROPOLOXÍA CULTURAL
SANTIAGO DE COMPOSTELA, 1997

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DA HOMENAXE RENDIDA A D. ANTONIO FRAGUAS NO SIMPOSIO *MEDICINA POPULAR E ANTROPOLOXÍA DA SAÚDE*

D. ANTONIO FRAGUAS. PRODUCCIÓN ETNOGRÁFICA E DIMENSIÓN HUMANA

Nado no 1905, pertence D. Antonio a unha xeración de estudiosos da cultura tradicional que viron a luz na primeira década do presente século, entre os que cómpre citar a Fermín Bouza Brey, X. Taboada Chivite, Xaquín Lorenzo Fernández, Ramón Martínez López e Xosé Filgueira Valverde. Todos eles colaboraron no "Seminario de Estudos Galegos" e no seu sucesor, o Instituto de Estudios Galegos "P. Sarmiento", e foron destacados polígrafos que cultivaron a Historia, a Xeografía, a Arqueoloxía, nalgún caso a Literatura e, por suposto, a Etnografía. Baixo as orientacións das grandes figuras da *Xeración Nós* (Risco, Otero, Cuevillas) prestaron en conxunto unha valiosísima contribución á revitalización da nosa cultura e identidade, servindo de ponte entre a tarefa levada a cabo polos escritores do Rexurdimento e os tempos presentes.

En diversos escritos e intervencións ocupeime dos principios que adoptaron e das metas que pretendían alcanza-los etnógrafos galegos da primeira metade do noso século. De todo o dito limitarémonos a destacar, sinteticamente, que a Etnografía por eles cultivada tendía a dous obxectivos primordiais: a recompilación de materiais antes de que desaparecesen -actuando o mesmo que os historiadores documentalistas que poñen testemuños ó servicio da comunidade científica- e a utilización deses materiais para reconstruí-la nosa Historia singular como cultura diferenciada, aínda que enmarcada, dentro dun pensamento histórico-cultural, no conxunto das culturas europeo-atlánticas.

Recompilar e reconstruír eran as dúas inquietudes propias dos etnógrafos antes nomeados, entre eles o noso querido D. Antonio. E precisamente el deixounos un bo feixe de mostras desas inquietudes. Sen ser exclusivamente etnógrafo, dedicou boa parte da súa obra a temas de cultura tradicional; nunha estatística de urxencia, feita para organizar estas liñas e que non aspira a ser exhaustiva, revisamos un total de 68 escritos de D. Antonio e atopámonos con que 32 teñen relación directa coa Etnografía-Folclore. En moitos reflíctese unha das primeiras inquietudes antes enunciadas, a de salva-los datos antes de que vaian desaparecendo. O afán de facilitar materiais inéditos está presente en escritos seus, algúns ben recentes, como o seu libro *Aportacións ó cancioneiro de Cotobade*, onde publica 992 cantigas e composicións poéticas diversas recollidas directamente do pobo na súa terra natal de Cotobade.

Mais D. Antonio non foi un mero colleitador distante de datos illados. Moitas veces xorde nos seus escritos a pluma dun etnógrafo que sabe afinar na descrición etnográfica e logra transmitirlle ó lector unha imaxe completa, detallada, dos feitos que observa ou coñece, e tamén das vivencias que acompañan a todo acto de cultura humana. Resulta reconfortante para calquera antropólogo a lectura, por exemplo, dun artigo seu titulado "Máscaras e sermóns de Entroido en Cotobade", onde nos describe polo miúdo as importantes mascaradas do Entroido cotobadés, así como as escenificacións e literatura con elas relacionadas.

O principio de que a Etnografía serve para anchea-lo coñecemento do pasado levou a D. Antonio a cultivar simultaneamente Arqueoloxía e Etnografía, preocupándose non só por analizar materiais arqueolóxicos, senón tamén recollendo a tradición oral sobre os xacementos que estudiaba. Así sucede, por citar unha mostra, nos seus traballos sobre os castros do Saviñao ou os da comarca de Lugo, nos que se catalogan os xacementos, pero tamén se deixa constancia das lendas que os labregos contan arredor deles.

A temática abarcada por D. Antonio no campo etnográfico é, por outra parte, variada. Festas, romarías, literatura oral, relixiosidade e crenzas desfilan na súa obra de maneira continuada. No que a este Simposio se refire, centrado na medicina, cómpre lembra-las páxinas que lle dedica no seu libro *La Galicia insólita* a temas como o meigallo, a loita contra a esterilidade feminina mediante rituais nos que xoga un papel importante a auga, as prácticas curativas dos chamados "aires" ou do "tangaraño", etc. De todas estas moradas do noso vivir tradicional dá conta precisa D. Antonio cun interese divulgador que é unha prolongación da súa actividade como profesor de Ensino Medio e da Universidade durante moitos anos.

Non é a nosa intención mergullarnos na mesta e rica fraga dos escritos do profesor Fraguas. É de valorar, pola contra, a súa fonda calidade humana, que transcende ó papel impreso. Referímonos a que a obra de D. Antonio resulta ser, basicamente, unha obra sustentada polo agarimo; obra de amor cara á Terra e as xentes, de amor ó obxecto de estudio, e de afecto paciente cara a todos aqueles que, intere-

sados por estes temas, pedimos a súa axuda ou consello. Gracias a el, á súa bondade e á súa dedicación constante, puidéronse levar adiante empresas, non carentes de atrancos e dilacións, como a desenvolvida nos últimos anos pola Ponencia de Antropoloxía Cultural do Consello da Cultura Galega, da que son mostra os sete simposios de Antropoloxía, incluído este que hoxe nos xunta, que tiveron lugar entre 1988 e o presente 1995, primeiro coa súa colaboración e logo baixo a súa presidencia. Neles interviñeron 133 investigadores dos que 75 son galegos, pero tamén 34 doutras Comunidades Autónomas do Estado español e 24 de diversos países, como EEUU, Gran Bretaña, Francia, Bélxica, Portugal, etc. Estableceuse así un diálogo anual entre temas ou enfoques presentes noutras sociedades e os mesmos temas en Galicia, o que supón un esforzo en poucas ocasións igualado dentro e fóra das nosas fronteiras. Precisamente nesta mesma xuntanza facemos presentación oficial das actas dun dos últimos simposios programados, o de "Romarías e Peregrinacións", que irá seguido, despois de supera-los conseguintes atrancos burocráticos, das correspondentes ó simposio sobre tecnoloxía tradicional celebrado en Ourense o ano pasado e, por suposto, das do encontro que agora está a comezar.

Os homes tratamos como podemos, cos nosos erros e coas nosas tachas, de manifestarlle a D. Antonio, erudito e home de ben, o noso agradecemento, tal e como hoxe estamos facendo. Mais estamos seguros que tamén algún día llo premiará Deus e o seu bo amigo o Apóstolo Santiago cun agasallo que os homes non poderemos xamais igualar.

X. M. GONZÁLEZ REBOREDO,
Ponencia de Antropoloxía Cultural do CCG

Presidencia do acto de homenaxe a D. Antonio Fraguas no curso do Simposio. Preside o acto o Excmo. Sr. D. Xosé Filgueira Valverde, Presidente do Consello da Cultura Galega, e, xunto con D. Antonio, sentado á súa esquerda, están os profesores González Pérez, R. Briones e González Reboredo.

CURACIÓNS POR INTERCESIÓN DIVINA NO SÉCULO XIX EN GALICIA SEGUNDO OS EXVOTOS

Xosé Fuentes Alende
Ponencia de Antropoloxía Cultural
Consello da Cultura Galega

A busca da saúde, da curación, era en Galicia, e segue a ser, aínda que menos, unha mestura de prácticas que ían desde as actuacións dos médicos, e mesmo menciñeiros ou curandeiros populares, ás de medicina de tipo natural acompañadas en casos de rituais tidos por supersticiosos, pasando por outras de carácter relixioso, que veñen a ser un complemento ás anteriores, un botar man do alén, da divindade e do seu poder sobrenatural para consegui-lo que os medios naturais non poden solucionar.

Se ben as curacións por medio de menciñeiros e as acollidas a rituais adoitan ter unhas pautas ou uns códigos prefixados en canto ó día e á hora en que han de levarse a cabo, ás persoas intervenientes, ó sitio e ós camiños, ó numero de veces que ha de facerse, ós utensilios que se utilizan, etc., as de carácter relixioso, malia que en ocasións se complementen con estas, adoitan ser espontáneas, feitas no momento do accidente ou no que o afectado, ou os seus familiares e amigos, se atopa sen esperanza de alcanza-la saúde despois de acudir sen éxito ás prácticas anteriores. Esta é unha das características do exvoto: a espontaneidade e o ofrecemento nun momento de perigo.

Nos santuarios galegos atopámonos con multitude de exvotos, sendo a súa variedade moi extensa: desde os en especie, ben o froito do reino vexetal, ben do animal, ás figuras, xa de cera, xa de prata, xa as excepcionais de madeira, e tamén as alusións á morte, na forma de mortallas ou ataúdes, ou á propia enfermidade, como as muletas e as próteses. Sen embargo, non nos achegan dato ningún sobre o motivo da oferta, nin do oferente, nin da data, nin da enfermidade, nin das condi-

cións complementarias da mesma, nin doutras circunstancias de interese, dado o seu carácter de anepigráficos.

É outro tipo de exvotos, os cadros pintados ou votivos -con toda seguridade presentados no santuario a posteriori, é dicir, despois de se produci-lo milagre, cousa que non podemos afirmar, por exemplo, das figuras de cera, que poden ter un carácter precautorio, ofrecidos a priori para previ-lo mal-, o que si nos dá multitude de información, tanto a través da inscrición que figura neles como da propia representación plástica. Respóndennos a unha gran cantidade de interrogantes que nos podemos cuestionar diante deles. Por medio da lenda: quen, cando, onde, por que, a que Virxe ou santo, canto tempo tardou en sandar, que ofreceu, como cumpriu a promesa, etc., etc., ademais doutras que precisan ser complementadas con investigacións fóra do propio exvoto. Polo cadro propiamente dito, ou reproducción plástica do milagre, podemos coñecer: a representación iconográfica da divindade de devoción, a vestimenta dos impetrantes, o mobiliario (camas, mesas, portas, armarios...), ou outros aspectos da cultura material, como barcos, carros, xugos, etc. E, como non, a actitude dos personaxes intervenientes, desde o propio enfermo ou accidentado (plasmado plasticamente na cama dentro do cuarto ou no momento de perigo) ata os familiares que piden por el (coa súa presencia ou non), en actitude primeiro de orantes e logo de cumpri-la promesa feita, de oferentes, diante da imaxe de devoción.

Imos ter en conta na presente exposición tan só o que se nos dá a coñecer pola inscrición, máis ou menos longa e explícita, que neles figura, circunscribíndonos unicamente ó século XIX, que é o período do que se conserva un maior número, aínda que en certas ocasións aludamos a exemplos anteriores ou posteriores.

DATAS

Dos exvotos que ata o de agora temos catalogados do século de referencia, algo máis de sesenta están perfectamente datados en canto ó ano, figurando nalgúns incluso o día e o mes en que o milagre tivo lugar, non constando este dato nos restantes. Non obstante, e a non ser que así apareza na lenda, non podemos asigna-lo feito ó ano consignado, xa que temos que entender este, e en ocasións así consta, como o ano en que fan efectiva a oferta ou cumprimento da promesa.

Polo que respecta á data, podemos situa-lo primeiro dos relativos a enfermidades de persoas no 1821 (do 1811 é o de San Xurxo de Cereixo, na Estrada, pero por sandar dúas vacas) e o último no 1898, estimando unha máis alta concentración no tercio 1845-1874, no que atopamos corenta e catro, dos que tan só catro son motivados por accidentes, entendidos estes como traumáticos e non, como veremos logo, por unha enfermidade física (unha rapaza que caera dun balcón en Viveiro, un rapaz afogado nunha talla na Pastoriza, un atropelo de coche e un pao na cabeza na Escravitude). Dos outros corenta deste período, quince especifican o tipo de enfer-

midade, mentres que os outros vintecinco refírense a ela con adxectivos cualificativos, que veñen a determina-lo seu extremo de gravidade.

O ano ó que máis se lle poden atribuír é o 1845, con cinco (tres na Escravitude, un na Barca e un en Viveiro), seguíndolle con catro o 1853 (todos no santuario padronés), e con tres o 1834, o 1848 e o 1852.

QUEN FAI A PETICIÓN

Un interrogante que se nos presenta á hora de afrontármo-la relixiosidade popular a consecuencia dunha situación crítica é a do grao de dispoñibilidade do enfermo no momento de recoñecerse en perigo de morte e de acudir en último extremo, quizais despois doutras prácticas naturais de tipo medicinal e aínda doutras sobrenaturais de índole pararrelixiosa, a Deus, á Virxe ou a outros santos para consegui-la curación ou salvamento.

Dos setenta e catro casos en que se especifica a persoa ou persoas que fan a petición, trinta e dous manifféstannos que é o propio enfermo quen se pon ó amparo da divindade e fai a oferta correspondente, dos que dezaoito son mulleres e catorce homes (Lám. 1), capítulo este no que temos que incluír outros dous, que consideraremos como colectivos, nos que é o matrimonio o que pide axuda de maneira conxunta (Lám. 2), nun deles con ocasión dun parto xunto cun amigo cura (Lám. 3), e mailo caso da enferma coa súa familia.

Nos que se especifica outro tipo de parentesco, é a nai do enfermo a que aparece máis veces (en doce ocasións soa e nunha coas outras fillas) (Láms. 4, 5, 6 e 11), seguida do matrimonio como pais [en dez sós (Lám. 7) e noutra co home da enferma, é dicir, co seu xenro (Lám. 8)]. Os cónxuxes fano en sete [tres a muller polo home (Lám. 9) e catro o home pola muller (Lám. 10), nunha delas cos fillos]. Consta tamén, e sempre nun só caso, o pai, o fillo máis vello, un tío abade, unha tía, un parente sen especificar en que grao, o xenro, o fillo, fillos ou fillas e ata os alumnos dun profesor pedindo por el.

O que antecede ponnos de resalte que en algo menos da metade, en trinta e cinco casos, intervén o propio afectado, mentres que en trinta e nove son segundas ou terceiras persoas as que piden a curación, como se o enfermo non fose consciente do seu perigo ou se xa non estivese en condicións, dada a gravidade, de facelo, feito este lóxico tendo en conta o avanzado estado da enfermidade e o seu desafiuzamento manifestado en moitos casos.

Tamén nos permite distinguir entre exvotos individuais e colectivos, estes desde dúas persoas [o caso de matrimonios, o propio enfermo e mailo fillo (Lám. 12), dúas fillas], ata un grupo sen especificar número, como é o dos alumnos.

Vemos, pois, que no caso de enfermidades, cando non é o propio enfermo o que pide a intercesión divina, existe unha relación de familiaridade en distintos graos

entre o peticionario e a persoa en perigo e tamén de afectividade, derivada, tal vez, dun bo comportamento como mestre, tanto a nivel humano como de ensinante, como pode se-lo do profesor citado. Sen embargo, atopámonos en Vilaselán (Ribadeo), onde tódolos exvotos pintados obedecen a tempestades e accidentes marítimos, cun caso en que quen pide a Santa María é o capitán do bergantín "Flora Paquita", facendo unha viaxe a Montevideo no 1872, pola tripulación da corveta "Albión", que estaba en perigo de naufraxio, nun tris de ir a pique por mor dun forte vendaval, recorrendo á divindade ante a imposibilidade de valelos por outros medios, nun exemplo de caridade humana e desinteresada (Lám. 18).

Pode presentárseno-la dúbida de se moitas das curacións, tanto producidas por intervencións da divindade, ou relixiosas, como polo sometemento a prácticas de curandeiros ou de menciñeiros, son o efecto dunha autosuxestión, producto dunha actuación do subconsciente, que levaría ó enfermo a considerarse defendido por unha forza superior allea a el e capaz de evita-los seus padecementos. Isto sería aplicable a casos de enfermidades nerviosas ou de feitizos, coma un do século XVIII da Pastoriza, e aínda doutras non tipificadas, pero non naqueles que, como veremos, os médicos, máis ou menos instruídos, interveñen e chegan a cualifica-lo mal co seu nome científico, que en ocasións, como seguen a ser aínda hoxe, eran de difícil curación.

Pero ademais atopámonos con casos de rapaces, nos que a autosuxestión non sería tan doada: o de Gabriela Stolle, de sete anos, en Viveiro, sen sentido despois de caer dun balcón; o do meniño de cinco anos e medio dos Milagres do Monte Medo, que non andaba e sempre estaba enfermo (Lám. 11); e os da Escravitude correspondentes a Cesáreo Seijo, de sete anos, enfermo de gravidade con perigo da vida, Constantino Gantes, de cinco, Manolo Gontán Urruchua, sen especifica-la idade, o mesmo que o de Ramoncito Velasco, Joaquín de Castro, de catro, enfermo durante vintedous meses, María del Carmen Liñares, de tres e medio, cunha nacida nun ollo, e menos aínda Joaquín Martínez, dun mes, coa tose ferina, ou Leopoldo Mosquera Caramelo, de mes e días, desafiuzado cunha bronquite capilar, este xa do 1904.

PETICIÓNS E OFERTAS

Non son moitas as fórmulas explícitas que manifestan a maneira en que o enfermo ou os parentes acoden á divindade para pedi-la curación, fórmulas que se concretan nas seguintes: invocar de todo corazón (Lám. 9), implora-lo auxilio (Láms. 4 e 6), acudir ó auxilio cheo de confianza (Lám. 10), implorar (Láms. 10, 11, 14, 15, 16 e 17) ás veces con moito fervor, encomenda-lo enfermo, ofrecerse (Láms. 1 e 11) ou ofrecelo, invocar, recorrer ó amparo (Lám. 12), constando nun caso que estaba desafiuzado, sen esperanza de vida e sen atopar medicinas, pero que invoca de tódalas maneiras, por se acaso se facía o milagre (Lám. 13).

Son máis variadas as ofertas realizadas que aparecen nas lendas dos cadros, complementándose moitas veces unhas con outras. Atopámonos coas que seguen:

VISITA Ó SANTUARIO

É un ofrecemento habitual o de realiza-la romaxe ou peregrinación en pequena escala obrigada por un motivo concreto (enfermidade ou perigo). Así figura en dez ocasións, nalgunhas sen especificar se o día da romaría ou outro calquera (Lám. 1), promesa que é complementada con esmola, de cera ou expresada dun xeito xenérico, cun becerro, cun cadro (Lám. 6) ou levando outro cura para canta-la misa. Sen embargo, en ningún deles consta o compromiso de iren andando, tal vez por considerar este feito algo xa habitual tendo en conta os medios de transporte da época, como aparece nun da capela da Virxe do Camiño de Muros do século XVIII, que di que os mariñeiros fixeron a romaxe andando e descalzos e así están representados diante do altar maior (Lám 19), nin tampouco o de dar voltas de xeonllos ó santuario, prácticas as dúas moi frecuentes e que se poden ver hoxe en día nas nosas romarías.

PAGAMENTO DE MISAS

É unha promesa aínda habitual nos santuarios galegos, como o son as figuras de cera, pagar misas en agradecemento polos favores recibidos, tamén complementada con outras. As máis son cantadas (unha con doce velas de tres en libra) ou solemnes [co carro e cos bois (Lám. 9) ou con cadro e novenario (Lám. 14)]. Noutras non se especifica que tipo de misa, chegando a aparecer como substituta doutras ofertas sen determinar (Lám. 3), pero si o seu complemento: o cadro, dúas ducias de fogos (oferta pouco habitual), os bois co carro (Lám. 9), un regalo... No de Santa Clara de Pontevedra á Nosa Señora dos Desamparados a misa ha de celebrarse "con Su Majestad expuesto". Ademais das misas illadas, aparecen ofrecidas en conxunto, a maneira de novenario (Lám. 20).

ANIMAIS

Os exvotos en especie seguen a ser frecuentes aínda hoxe nas romarías galegas, principalmente naquelas dedicadas a santos tidos por protectores da facenda, entre os que destacan San Bieito ou San Xurxo, que reciben desde os froitos da terra (patacas, millo, ervellas...) ata animais, ben vivos (polos, xeralmente brancos, coellos...), ben o seu producto (ovos) ou a carne salgada, fundamentalmente de porco, ofrendas que son poxadas ó remate da festa ou o domingo seguinte.

Non é frecuente atopármonos hoxe en día coa oferta de animais considerados como maiores. Si temos constancia destes ofrecementos nos cadros do século XIX. Destacan as reses vacúas: a parella de bois co carro (Lám. 9), en tres casos; a parella de bois sós (Lám. 12), en dous; unha parella de vacas, noutros dous; a vaca co becerro, nun; o becerro só, en dous [nun ha de ser "de oito duros" (Lám. 13) e nou-

tro é ofrecido en proba de recoñecemento]. O cabalar consta en tres ocasións: un cabalo (Lám. 5) en dúas [nunha "de agradecido" (Lám. 10)], e unha mula.

Hai que ter en conta o que estes animais representaban na economía familiar no século pasado para así valorármo-la importancia da oferta e do recoñecemento desta xente á divindade. Iso demóstranos, por unha banda, o alto grao de agradecemento que sentían cara á Virxe ou cara ó santo correspondente polo favor recibido, e, por outra, pode facernos cavilar en se os que tales ofertas facían tiñan un alto poderío económico, principalmente no campo da gandería, polo que o desprendemento dunha res non lle supoñería unha mingua considerable da súa facenda, ou se pola contra eran xentes de estrato social medio-baixo, caso este no que a perda do animal significaría un grave debilitamento da economía familiar. Ben é certo que as ofertas animais, como as outras materiais, poden ser recuperadas polo seu anterior propietario acudindo á súa poxa e conseguindo facerse co remate, caso este no que se transformarían xa en ofertas económicas.

Convén sinalar que os casos tratados aquí de animais ofrecidos como exvoto non obedecen á curación ou salvamento do mesmo animal, senón agradecendo a saúde dunha persoa da familia. Citemos, sen embargo, como exemplo de ofrecemento da res pola súa propia curación o caso de San Xurxo de Cereixo (A Estrada), no que a un labrador da veciña parroquia de Lagartóns, Luis Villaverde, lle enfermaron "y caído muertas", expresión que quere manifesta-lo grao de gravidade, dúas vacas do xugo (nótese que especifica que eran vacas de tiro, para face-lo traballo), polo que lle ofreceu, con moita devoción, a mellor das dúas e mailo seu becerro.

CERA

Malia que as ofrendas de cera son habituais en tódolos santuarios, ben en forma de velas, ben representando a parte do corpo enfermo ou ben o corpo enteiro, consta nos cadros tan só en tres ocasións, como complemento do propio cadro ou doutros ofrecementos. Quizais non consten en máis por consideralos como algo rutineiro ou consubstancial á oferta en si mesma.

De feito, nos tres casos en que se cita non aparece como figuras, con antecedentes xa no século IV e abundantemente presentes nas Cantigas de Santa María de Afonso X o Sabio [imaxes de meniños son ofrecidas pola muller de Zaragoza e pola moura de Borja, ás que lles nacían os fillos mortos, a Salas nas números 118 (Lám. 21) e 167], senón como esmola a secas, quizais como cera en bruto, especificando o seu peso nunha libra, coma na "Cantiga" número 166, ou como velas, no número de doce que han de ser de "tres en libra", non aludindo nunca á súa altura, que habitualmente ha de se-la mesma que a da persoa ofrecida, como mandaba no seu testamento de 1391 María Rodrigues, de Viveiro, a San Andrés de Teixido, ou como fixo o rapaz de Alcaraz, da "Cantiga" número 178, que despois de medir cun cinto a súa mula morta lle ofrece a Santa María de Salas un cirio do mesmo longo.

CADROS

Unha das finalidades do exvoto, ademais de servir como agradecemento á divindade, é a de facer de testemuño do milagre e, pendurado das paredes do santuario, transformarse nun motivo propagandístico de cara ós demais fieis que acoden á romaría, aspecto este no que aparece dirixido tanto ás xentes iletradas, analfabetas, que serían a maioría, e que podían coñece-lo sucedido a través da representación pictórica, como ás máis cultas, que podían enterarse do acaecido por medio da lenda explicativa.

Dada a súa obviedade, tan só aparece no século XIX como ofrecemento explícito en nove ocasións (Láms. 6 e 22), podendo considerar como tal a alusión nunha delas a "este pequeño obsequio" (Lám. 4).

Tendo en conta o gran número de cadros en que non figuran estes como exvoto propiamente dito, cabe pensar se foron ofrecidos como tales e o pintor e calígrafo da lenda non o fixo constar, ou se despois de consegui-lo solicitado acordan, por si mesmos ou aconsellados polo rector do santuario, plasma-lo feito nun lenzo ou nunha táboa, para propaganda da divindade ou para darse a coñecer eles mesmos.

Así, no caso do presbítero Andrés Barcala quen ofrece o cadro despois de alcanza-la saúde é un amigo seu (Lám. 17).

OUTRAS

Unha das maneiras máis frecuentes de honrar á divindade, xunto coas propiamente relixiosas, como as novenas e as misas, rezadas ou cantadas, e as profanas, en forma de verbenas, é a de queimar pólvora botando foguetes, servindo esta manifestación como proba, de cara ós non presentes, ós veciños doutras parroquias, de que ó padrón se lle rende unha boa festa. Nas festas colectivas, nas que corre coa súa organización unha comisión, é esta quen paga os gastos das bombas, mentres que nas que a función é de carácter individual, ou familiar, ofrecida voluntariamente en agradecemento, poñamos por caso a do Santísimo ou a do padrón ou padroa, coma un exvoto máis, é o mesmo funcionista quen se encarga do seu pagamento, sentíndose fachendoso de ser quen máis bombas lle botou ó "santo" e tentando superar ó do ano anterior. Tamén nas procesións de longo percorrido, entre as que sobresaen as de San Roque, moitos fregueses reciben tódolos anos á comitiva e á imaxe cun número determinado de fogos, rendéndolle tributo de gratitude. Sen embargo, malia que é unha maneira habitual de festexar á Virxe ou ó padrón, non o é que conste como exvoto explicitado, figurando como tal nun da Escravitude (Padrón) en forma de dúas ducias de fogos.

A representación da morte, ou da enfermidade, da que se liberou a persoa por mediación divina é outro dos obxectos ofrecidos como exvoto. Así os ataúdes e as mortallas de Santa Marta de Ribarteme, dos Milagres de Amil ou do Nazareno da Pobra do Caramiñal. Nos cadros pintados tan só aparece un caso en que consta o ofrecemento dun hábito na Escravitude.

En sete ocasións figuran outras ofrendas ou esmolas sen especificar, o que non pode significar que nos demais non fosen un elemento complementario do cadro.

OFERTAS CONDICIONADAS

Non son frecuentes as promesas sometidas ó condicionamento de seren cumpridas se a divindade atendía a petición formulada. O máis corrente é que fagan a oferta sen especificar nada, como se estivesen seguros de que conseguIrían o favor divino, nun acto de demostración da fonda fe que posuían.

Nos dous casos en que tal feito aparece a condición é obte-la saúde, nun deles "completa", de maneira absoluta. Estamos diante duns claros exemplos de simonismo, como de querer comprar á divindade, de obrigala a face-lo milagre para consegui-la oferta feita, dun do ut des, douche se me dás, que non é práctica habitual na relixiosidade galega a xulgar polo manifestado nos exvotos pintados.

No primeiro destes casos, José González Vilanova, do Paraíso (Iria Flavia), cunha perna fracturada por pasarlle por riba dela a roda dun carro en 1898, ofreceulle a Nosa Señora da Escravitude o carro e os bois "si obtenía la completa curación" (Lám. 23), oferta que cumpriu en recoñecemento unha vez conseguida.

Datado o cadro en 1904, pero traído aquí pola súa proximidade temporal ó anterior, xa que a promesa é cumprida "después de algún tiempo" de conseguida a saúde, non especifica canto, é o outro exemplo de exvoto condicionado no que Domingo Vázquez, do lugar de Paramuíño, na parroquia de Biduído, lle ofrece á Virxe padroeira desta unha parella de vacas co seu xugo se sandaba a súa muller María Josefa Otero, "gravemente enferma".

Nas Cantigas de Santa María atopámonos cun precedente de oferta condicionada: o tolleito que prometeu, se sandaba, ir tódolos anos a Santa María de Salas e levarlle a libra de cera.

OFERTAS ACOMPAÑADAS DOUTROS RITUAIS

É de sobra sabido que nos santuarios galegos, ou de camiño cara a eles, son realizadas numerosas prácticas complementarias do propio acto relixioso, unhas relacionadas co sagrado, como o tocar con panos a imaxe, ir debaixo desta na procesión ou poxa-las andas, outras de contido máis profano, tachadas aínda como supersticiosas, tales como facer nós nas xestas ou nas follas de millo cando se fai a romaxe a pé (poñamos como exemplo nos Milagres de Amil), botar pan á fonte para saber se a petición vai ser atendida (San Andrés de Teixido), lava-la parte do corpo enferma na fonte (Santa Isabel de Hungría en Silleda) e outras máis.

En canto ó primeiro grupo, é práctica habitual en moitos santuarios a de "impoñe-lo santo", existindo xa con esa finalidade unha imaxe pequena, réplica da que está no altar, que o santeiro ou santeira pon enriba da cabeza dos romeiros ou toca con ela a parte do corpo para a que o santo ou santa é avogoso (Lám. 24), nun claro sinal de sometemento ó amparo do sagrado, como o é tamén ir debaixo da imaxe na

procesión. Malia ser práctica frecuente, nos exvotos do século XIX non consta en ningún, pero si nun de 1784 de San Andrés de Barciela (Santiago de Compostela), que traemos aquí como exemplo dun ritual que tamén se faría no período que nos ocupa, no que un matrimonio de San Mamede de Seavia, da comarca de Bergantiños, tendo o fillo máis vello sen fala e sen esperanza de vida, "ocurrieron al auxilio de esta imagen y poniéndosela encima de su cuerpo" sandou. O texto non nos especifica se era unha imaxe de poñer, de reducidas dimensións, pero máis ben parece referirse á exposta ó culto, malia que a representación plástica nos presenta á familia nunha especie de sancristía, cun cadro ó fondo no que aparece unha "Piedade", coa Virxe recollendo no regazo a Cristo morto.

Polo que respecta ó segundo, os rituais están sumamente ligados ás fontes santas, tan presentes en moitos santuarios ós que incluso deron orixe, unhas veces xa existentes, outras nacidas por intercesión divina, como é o caso do dos Milagres de Amil a pedimento dun arrieiro. Ademais dos xa citados, aparece tamén a inxestión de auga, que producirá efectos curativos polas súas virtudes sagradas que se sobrepoñen ás medicinais provenientes dos seus compoñentes físicos. Documentado atopámolo no que nós consideramos como pseudoexvoto da Escravitude (Lám. 25), datado no ano 1732, no que a un tolleito e hidrópico do Salnés, cando era levado no carro cara ó Hospital de Santiago, se lle antollou beber no manancial que nace á beira do camiño, hoxe estrada, no que século e medio antes, no 1582, o rector da parroquia das Cruces, Juan Pérez Mondragón, mandara poñer unha imaxe da Virxe por salvalo de morrer debaixo dunha árbore que estaban a cortar, e sandou, principiando así o culto. Nos do século XIX consta esta práctica nun da capela da Virxe do Rial, en San Ourente de Entíns (Outes), no que o escribán da xurisdicción de Soneira, enfermo da gorxa desde había sete meses, sen poder tragar, ofreceuse e mandou que lle levasen auga da súa fonte, mellorando no momento en que a bebeu.

EFECTIVIDADE DA PETICIÓN

Aproximadamente a metade dos cadros non nos manifestan o tempo que tardou en realizarse a curación, limitándose unicamente a confirma-lo feito, coas seguintes expresións: recobrou ou cobrou a saúde (Láms. 1 e 7), en vintesete casos; alcanzou a saúde, en dous (Lám. 8); concedeulla, noutros dous; volveulla e conseguiuna, nun, e despachou a súa petición, noutro.

Na outra metade, pola contra, díseno-la efectividade temporal da petición, tendo que considera-la maioría como de actuación da divindade de xeito inmediato, segundo se desprende da inscrición: "ó punto" (Láms. 2, 3 e 6) e "ó momento" (Lám. 4), en seis casos cada unha, nun "siendo la petición tan eficaz"; "instantáneamente" e "ó instante", en dous; e "logo de", en catro; desde aquel momento (Lám. 14), "inmeditamente", "ó pronto", "en breves momentos", e "moi logo" (Lám. 10),

nun cada fórmula. Caso raro é o do rapaz dos Milagres do Monte Medo, que non empeza a andar ata que a nai cumpre a promesa (Lám. 11).

Ademais destes exemplos en que se obra o milagre de maneira inmediata, e doutro caso en que podemos estimalo como a curto prazo, xa que se realiza antes de remata-lo día, atopámonos con outros en que a efectividade se plasma nun tempo algo máis longo: ós poucos ou breves días (Lám. 5), en seis ocasións; ós oito días, en dúas, nunha caéndolle ósos da cara (Lám. 16); ó segundo día expulsou un vulto e ó terceiro recobrou a saúde, nunha, e despois dalgún tempo, noutra.

MOTIVOS POLOS QUE SE FAI A PETICIÓN

Deixando a un lado os milagres acaecidos no mar por mor de naufraxios, de tempestades, de ataques de mouros ou herexes, concentrados maiormente nos santuarios de Santa María de Vilaselán (Ribadeo) (Lám. 18) e de Nosa Señora da Pastoriza (Arteixo) (Lám. 26), ademais dos dous do da Virxe do Camiño de Muros (Lám. 19), e tendo en conta o tema que nos ocupa, que non é outro que o das curacións dunha enfermidade, atopámonos que nos máis dos casos esta aparece sen especifica-lo seu nome e sen sequera indica-la súa localización corporal, limitándose a información ó seu grao de gravidade. Dos trinta e catro casos en que isto é manifestado, en vintetrés consta como grave; en catro, como perigosa; en dous, como gran ou grande; nun, como gravosa, como de grandes dores, como forte, como bastante enferma e como en perigo de morte ou ás portas da morte (Lám. 5). Ás veces a enfermidade grave aparece complicada con outras tribulacións ou con outros achaques.

É lóxico que a enfermidade figure dun xeito xenérico, tal vez pola dificultade dos médicos para diagnosticala e tipificala. Cando se especifica, sobresaen as febres [en catro ocasións sen cualificativo (Lám. 5), a non se-lo de maligna (Lám. 4), e en tres tipificada como nerviosa], seguidas polos partos (Lám. 3) con catro exemplos (algúns complicados, como o foi tamén o da Pastoriza no 1724, no que a parturiente sufriu trece accidentes mortais), e polos problemas óseos [un caso de reumatismo, un de tolleito, un que non pode moverse, un rapaz que non andaba (Lám. 11), o da perna fracturada citado e o dunha man que non podía mover], así como os dous casos de enfermidades ou dores de nervios (Láms. 12 e 14).

Aparece logo o "garrotillo" (Lám. 7), en dúas ocasións, unha especie de difteria grave ou a xeito de anxina maligna que acostumaba produci-la morte por sufocación. Tamén os *sirios* (Lám. 20), *cirios* ou cirros, tumores duros, sen dor continuada e de natureza particular, que se forman en diferentes partes do corpo, outras dúas veces, nunha delas cualificado como gran tumor no peito que os médicos coidaron que era un cancro (Lám. 1); outras dúas veces son accidentes, un deles durante vintesete horas, entendidos como unha indisposición que sobrevén de maneira

repentina e priva do sentido, do movemento ou de ámbalas dúas cousas ó mesmo tempo, unha especie de epilepsia (nun caso a enferma aparece caída fóra da cama, no chan, como con tódolos membros tesos ou ríxidos). Logo, e xa cun só caso, o cólera morbo (Lám. 9), a gangrena na cara (Lám. 16), a tose ferina, a cegueira, unha nacida (nacencia ou landra, vulto ou tumor que sen causa manifesta nace en calquera parte do corpo), neste caso nun ollo e producida por unha picadura dunha mosca, a rotura (Lám. 15) (tal vez entendida máis como quebradura ou hernia que como fractura ósea), un cólico que resultou ser un vulto no ventre. Citemos tamén, malia que sexa xa do 1904, pola súa gravidade, o caso de bronquite capilar nun rapaz. E despois, ademais dos accidentes marítimos, outros traumáticos, coma o do golpe na cabeza por un pao, o atropelo dun coche, a caída desde un balcón ou a inmersión nunha talla de auga co conseguinte afogamento.

É de salientar, sen embargo, que, malia a súa abundancia, non apareza no século XIX ningún caso de vexigas ou variola, estando os dous únicos exemplos datados no século anterior, nin de hemorraxias, ou fluxos de sangue, habituais nos partos, das que só temos un exemplo na Pastoriza, pero datado no 1717.

INTERVENCIÓNS DOS MÉDICOS E EFECTOS DA PETICIÓN

A pesar de que nas máis das lendas explicativas dos exvotos non adoita consta-la asistencia á consulta dos médicos antes de recorrer á divindade, é posible que así o fixesen, principalmente nos casos en que económica e xeograficamente lles era posible, xa que en dezasete exemplos do século XIX alúdese ó labor dos facultativos.

Sen embargo, nas máis das veces en que se testemuña o sometemento ós criterios médicos non se especifica de maneira clara os métodos seguidos para alcanzala curación e tan só se limitan a dicírno-lo dictame e consello no curso final da enfermidade, desafiuzándoos (Láms. 4 e 9) e, de acordo co mandato da relixión cristiá, mandando administralos (Lám. 6), é dicir, que lles impuxesen a Extrema Unción.

É tamén de salienta-lo feito de que en moitas ocasións sexa máis dun o médico que atende ó enfermo, pois refírense a eles en plural, sen que poidamos saber se o facían de maneira individual, buscando o acerto nunha consulta detrás da outra, ou se estudiaban o caso de xeito colectivo, formando un equipo.

Así, os médicos desafiuzaron a Agustín de Tembra, de Dodro, que padecía en 1821 unha grande enfermidade, sen esperanza de vida e sen encontrar medicina no Reino nin fóra del, tendo perdidos tódolos azos de poder vivir; o mesmo fixeron co presbítero compostelano Andrés Barcala, en 1831 (Lám. 17), gravemente enfermo, con Josefa Tubío, de Iria Flavia, prostrada na cama cunha enfermidade moi perigosa, en 1840, co rapaz Joaquín de Castro, de Padrón, enfermo sen alivio durante vin-

tedous meses, segundo o diagnóstico de tódolos facultativos, ou con Teresa Grela, no ano 1845, todos na Escravitude; no ofrecido a Nosa Señora dos Desamparados do convento de Santa Clara de Pontevedra, do 1848, Josefa Crespo é desafiuzada polos catro facultativos que a atendían, o mesmo que Isabel Leyra por tódolos médicos na Pastoriza, despois de tres anos cunha gravísima enfermidade. Nos casos de febre tachada de maligna, que fixo tantas víctimas, segundo o exvoto de 1853, ano en que o matrimonio vai da-las gracias, os facultativos mandan administrarlle os Sacramentos a José Pimentel Aller, catro días despois de que a súa muller parise un rapaz, tendo ela que erguerse da cama para consolalo e previlo porque ninguén se atrevía a dicirllo, e desafiuzaron así mesmo a Agustín Souto Socastro, no 1893. Tamén a José Carlés, de San Xián de Requeixo, gravemente enfermo e asaltado polo cólera, tipificada como morbo, e sen esperanza de vida, no 1854.

É nos casos de parto onde se especifica unha maior actividade práctica dos médicos, xa que non só se limitan a diagnosticar dentro das súas posibilidades, senón que se ven obrigados a intervir dunha maneira máis ou menos activa e incluso dun xeito colectivo.

Temos tres exemplos na Escravitude. Nun deles tres facultativos, dos máis acreditados segundo nos di a lenda, non atoparon recurso para quitarlle a criatura e librar a Josefa de la Iglesia, de Santiago, que principiou a te-las dores de parto o 31 de decembro de 1847, polo que mandaron administrala, parindo ben cinco días despois un rapaz, coa protección da Virxe, á que implorara co seu home e cun amigo cura.

En 1862, Amalia Rey, natural de Santiago, é asistida por dous facultativos cando se encontraba aflixida nun perigoso parto e sen esperanza de dar a luz, e pariu, co auxilio da Soberana, un neno vivo, cando se consideraba morto.

Caso máis complexo é o acaecido a Ramona Crespo, de Santa María das Cruces, en 1865, que trouxo felizmente ó mundo unha rapaza pero que logo perdeu todo o ánimo. Recoñecida polo facultativo, resultou que aínda tiña outra no ventre, véndose obrigado a operar con todo coidado e esmero, pero sen conseguir quitala viva. Non se nos especifica que tipo de operación fixo o médico nin onde a realizou, polo que non podemos saber se foi unha cesárea ou unha ampla apertura vaxinal e se o parto tiña lugar na propia casa, o que sería máis habitual na época, ou nun centro sanitario.

Atopámonos en 1869 cun caso de intento de anatomía patolóxica. A Gabriel Durán apareceulle unha enfermidade que era descoñecida para os médicos, pensaban que sería un cólico, estivo quince días cheo de dor sen que os medicamentos receitados producisen efecto. Despois de que a súa muller o ofrecese á Virxe da Escravitude expulsou do ventre un vulto carnoso e petrificado, que foi analizado polos facultativos, sen así podelo clasificar, dándolle catro cortes cun coitelo a golpe de martelo.

Un dos casos de cancro aparece documentado nun exvoto de Santa Minia (Brión), datado no 1863. Tomasa Landeira, veciña de Santiago, viña padecendo

desde había oito anos fortes dores producidas por un gran tumor que se lle presentara no peito. Os médicos que chamaron para atendela diagnosticaron que a doenza era un *cirio* ou cancro, pero non consta que a desafiuzasen, ó mellor por adiantarse ela a encomendarse á santa.

O canteiro veciño de Troáns (Cuntis) Manuel Billar padecía unha gangrena na cara e fora desafiuzado polos médicos, que ademais de tratalo diagnosticaron a enfermidade sen poder atacala, en 1861. Logo de impetrar á Virxe da Escravitude e ós oito días de ofrece-lo cadro exvoto e mais unha misa saíronlle do rostro algúns ósos e quedou san (Lám. 16).

Tal vez cerca do 1865, xa que na festa dese ano, o oito de setembro, presentou a oferta, atopámonos coa intervención de médicos cubanos e galegos na persoa de José Pérez Lorenzo, de Santa María dos Ánxeles, emigrante na illa de Cuba, onde foi atacado por unha enfermidade nerviosa (Lám. 12). Os facultativos esgotaron tódolos recursos da ciencia sen resultado positivo, polo que lle aconsellaron volver a Galicia, "a súa patria", onde foi desafiuzado polos mellores médicos, seguramente de Santiago.

PROCEDENCIA DOS EXVOTOS

Unha das características dos exvotos galegos é que nos dean a maior información posible, información que inclúe o lugar de residencia dos ofertantes. Sen embargo, non en tódolos casos se nos manifesta este dato, xa que na Escravitude omítese en vintecatro ocasións, en Santa Minia en tres dos catro existentes, e tamén no de Santa Clara de Pontevedra, no da Barca (Muxía), no do Covelo e nun dos dous decimonónicos do Monte Medo.

A presencia na inscrición deste dato permítenos coñece-lo radio de acción do santuario en canto á devoción se refire, se nos atrevemos a extrapolar a ela a presencia de exvotos pintados. Así, dos trinta e tres casos da Escravitude nos que consta a procedencia dos devotos, un bloque conformado por trece pertence á cidade de Santiago, mostra do amplo arraigamento que o santuario tiña no século XIX no núcleo urbano, motivado, sen dúbida, pola súa proximidade, mentres que os vinte restantes pertencen a localidades rurais espalladas por parroquias lindeiras ou máis ou menos próximas á das Cruces, na que está situado o santuario. Destaca con tres casos a parroquia de Santa María de Iria Flavia, do concello padronés (un do lugar de Paraíso, outro do lugar de Pazos e un sen especificar), e con dous San Xián de Bastavales (Brión), Padrón, podendo entender por tal a vila, e a propia parroquia das Cruces. O resto de localidades teñen un só exemplo: Santa María de Dodro - cabeceira do concello do mesmo nome, á que llo adxudicamos por proximidade xeográfica malia que exista outra coa mesma denominación en Arzúa-, San Mamede de Rois, San Lourenzo de Seira (Rois), Santa María de Lampai (Teo), Santa

María dos Anxos (Brión) e Santa María de Isorna (Rianxo), todas na provincia da Coruña. Cinco pertencen á de Pontevedra: tres de Pontecesures (así figura nun de 1834 e nos outros dous como San Xián de Requeixo, a súa antiga denominación), un de Santa Mariña de Carracedo (Caldas de Reis) e un de Santa María de Troáns (Cuntis), sendo este o punto de influencia máis afastado.

Dos tres decimonónicos nos que consta a procedencia en Nosa Señora da Pastoriza, no que se refire á curación de enfermidades, un vén da cidade da Coruña, próxima ó santuario, e os outros dous de Pontedeume e de Betanzos.

Os dous de Santa María de Biduído, no concello de Ames (un de 1904), proceden de lugares pertencentes á propia parroquia, Souto e Paramuíño, o que indica unha devoción de carácter moi local. Un de Santa Minia de Brión foi ofrecido por unha veciña de Santiago e o de San Andrés de Barciela (Santiago) por un matrimonio de San Mamede de Seavia, no concello brigantino de Coristanco. Naturais de Santiago son tamén os pais que piden pola súa filla ó Ecce Homo venerado na capela da Misericordia de Viveiro, vila onde residían. Desde Cacabelos, no Bierzo, pídelle a Nosa Señora dos Milagres do Monte Medo Ildefonsa Gutiérrez, "pasiega de nacimiento".

Todo o que antecede, e se consideramos que o ofrecemento deste tipo de exvotos vai parello co doutros, e aínda con outra caste de prácticas relixiosas, consideradas ás veces como supersticiosas, demóstranos que non é a xente do medio rural a única en levar a cabo estes rituais, e, pola contra, que tamén están enraizadas na propia cidade, como poden se-los casos abundantes de Santiago e, en menor medida, dado o seu menor número, da Coruña.

PROFESIÓNS DOS OFERENTES

É este un dato que tan só aparece nunha ducia de casos e que sería importante coñecer para sabérmo-la extracción social das persoas que ofrecen esta clase de exvotos, máis caros cós de cera, e máis aínda se temos en conta que moitos deles levan consigo outro tipo de ofertas, ás veces de alto valor.

Coñecérmo-la profesión permitiríanos tamén adscribilos a unha determinada clase social ou consideralos como un feito xeneralizado. Polos casos en que consta podemos atribuílos a un extracto alto, agás os exemplos dun canteiro e dun posible carreteiro, ademais do labrador, así figura, de San Xurxo de Cereixo citado e non computado aquí. Non obstante, este é un dato que tan só, se cadra, os arquivos nos poden facilitar no futuro.

Polo momento, dos doce casos en que figura, catro corresponden a persoas relacionadas directamente coa relixión cristiá: dous curas (un por si mesmo e outro amigo da familia), un presbítero, Andrés Barcala [pintado en Santiago en 1831 por Dugué, quizais o Antonio Duguet tío de Jenaro Pérez Villaamil, un dos poucos asi-

nados (Lám. 17)], e un abade, tío da enferma. Con ela cabe tamén relacionar ó axudante maior do provisor de Santiago, Alonso Pérez. Temos logo os casos dun doutor, coidamos que en medicina, Ramón Stolle, e do escribán da Súa Maxestade e de Número na Xurisdicción de Soneira, Domingo Antonio López de Miranda. E tamén ós pais de Manuel Louzao, estudiante de quinto curso en Santiago, e ós discípulos do profesor José Castro Agudín, preceptor de Gramática Latina en Padrón, casos ambos que nos poden facer pensar nunha boa situación económica. Como tamén pode se-lo de José Pérez Lorenzo, de Santa María dos Anxos, emigrante en Cuba, onde foi tratado por facultativos e de volta á casa polos mellores médicos.

Ademais dos casos que anteceden e que nos poden indicar unha boa posición económica, atopámonos con outro posible indicador, presente nalgúns dos cadros, como é o cualificativo de "Don" ou "Dona". Referíndonos sempre ós do século XIX e ós que obedecen a curacións de enfermidades, na Escravitude aparece tamén en dezasete ocasións: o matrimonio, en catro; os pais e mailo fillo, nunha; o enfermo e a tía, noutra; de maneira individual, en dez; e nunha precedendo ó diminutivo do rapaz enfermo, como é o caso de Don Ramoncito Velasco. Nos de Santa Minia aparece dúas veces, unha delas o da enferma procedente de Santiago. Tamén no do matrimonio brigantino en San Andrés de Barciela, en dous do Monte Medo (nun o home e a muller), e nun da Pastoriza, que ademais posiblemente leve engadido o apelido do marido ("Dª María Estrella Alfonso de Páez"), e nun dos da Barca.

Estes son, pois, os aspectos máis salientables que podemos coñecer dun feito relixioso motivado por unha enfermidade e a súa posterior curación despois de acudiren á intercesión divina, aspectos extraídos da lenda explicativa do milagre que nos permiten sabermos algo máis da sociedade galega decimonónica e que poden ser complementados no material ou etnográfico con outros tomados da representación plástica e que nos amosan como vestían, como era a moblaxe, as portas e ventás, os cadros que tiñan nos cuartos, a actitude tomada á hora de facela petición, etc. Unha pintura inxenua ou *naïf*, carente de perspectiva, pero mostra dunha arte popular existente en Galicia porque o pobo a necesitaba e que cumpre unha finalidade: agradece-la curación e servir de constancia e de propaganda do feito relixioso.

Lám. 1.
Santa Minia
(Brión)
A Coruña)

Lám. 2.
Santa Minia
(Brión)
A Coruña)

Lám. 3.
A Escravitude
(As Cruces–Padrón)
A Coruña

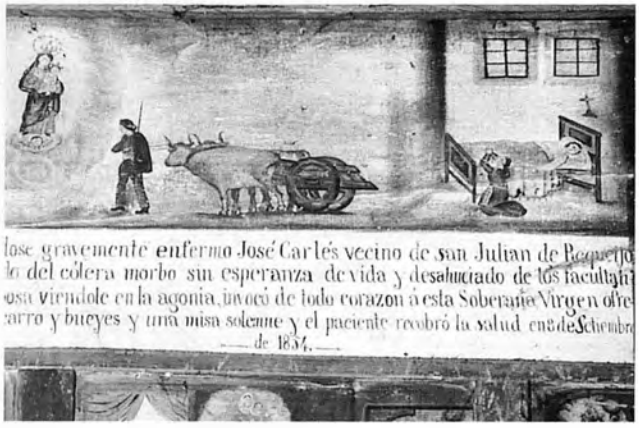
Lám. 4.
A Escravitude
(As Cruces–Padrón
A Coruña

Lám. 5.
A Escravitude (As
Cruces–Padrón)
A Coruña

Lám. 6.
A Escravitude (As
Cruces–Padrón)
A Coruña

Lám. 7.
A Escravitude (As Cruces–Padrón
A Coruña

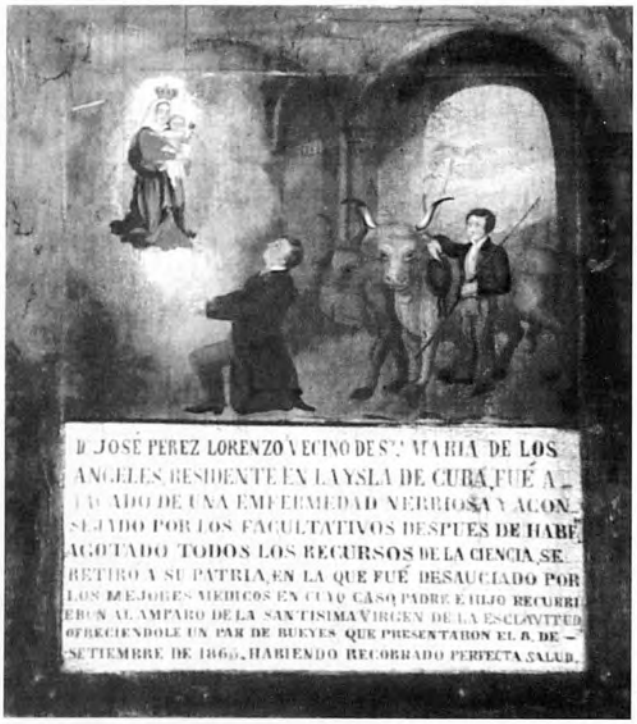
Lám. 8.
A Escravitude (As Cruces–Padrón)
A Coruña



Lám. 9.
A Escravitude (As Cruces–Padrón
A Coruña

Lám. 10.
A Escravitude (As Cruces–Padrón
A Coruña

Lám. 11.
Os Milagres do Monte Medo (Maceda)
Ourense



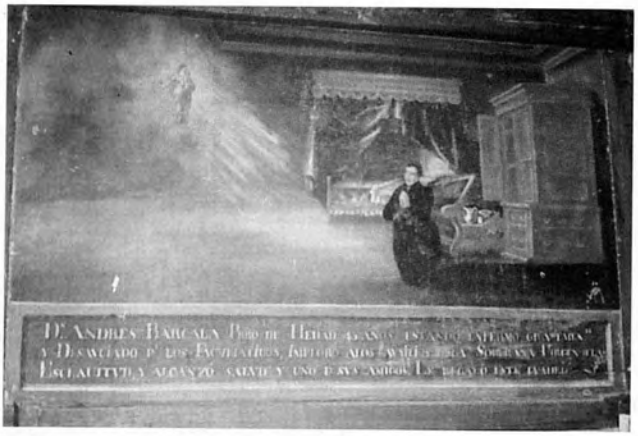
Lám. 12.
A Escravitude (As Cruces–Padrón)
A Coruña

Lám. 13.
A Escravitude (As Cruces–Padrón)
A Coruña

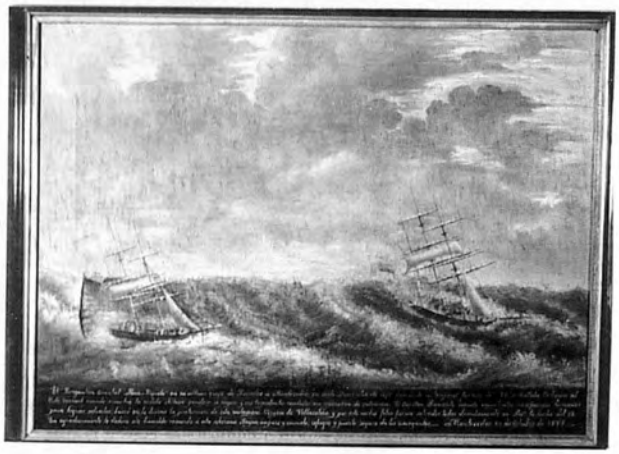
Lám. 14.
A Escravitude (As Cruces–Padrón)
A Coruña

Lám. 15.
Santa Minia (Brión)
A Coruña

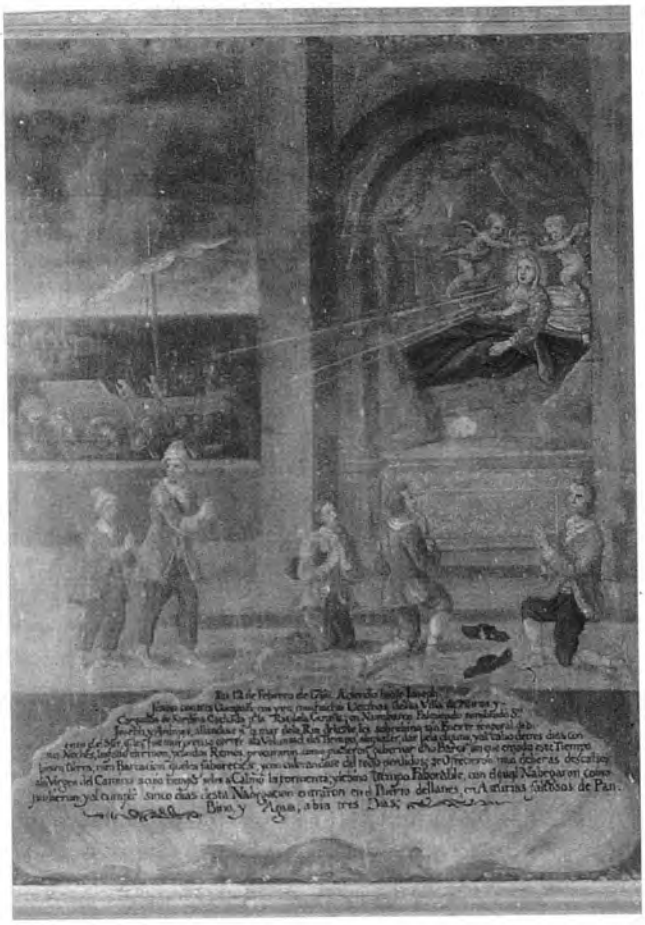
Lám. 16.
A Escravitude (As Cruces–Padrón)
A Coruña



Lám. 17.
A Escravitude (As Cruces–Padrón)
A Coruña

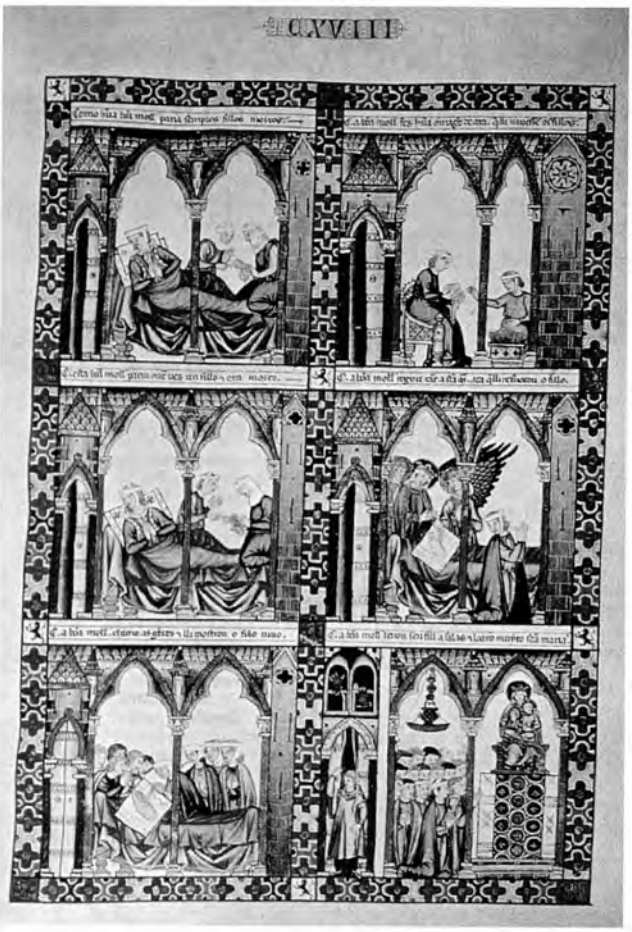


Lám. 18.
Santa María de Vilaselán (Ribadeo)
Lugo



Lám. 19.
A Virxe do Camiño
(Muros)
A Coruña

Lám. 20.
A Escravitude (As
Cruces–Padrón)
A Coruña

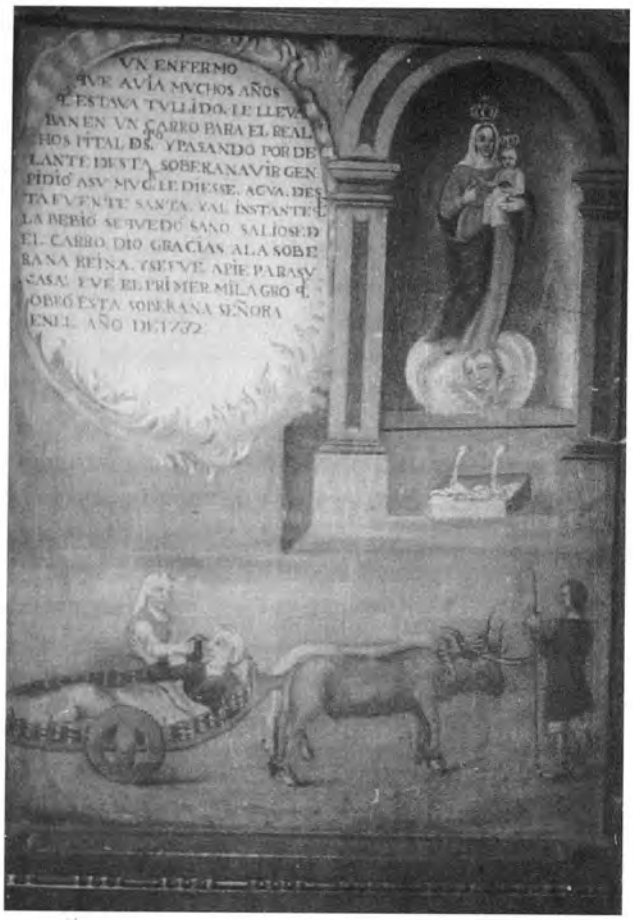


Lám. 21.
Ilustración da
"Cantiga" núm. 118,
de Afonso X

Lám. 22.
Santa Minia (Brión)
A Coruña

Lám. 23.
A Escravitude (As Cruces–Padrón)
A Coruña

Lám.24.
Impondo o santo en
San Domingos
(Xirazga–Beariz)
Ourense



Lám. 25.
A Escravitude (As
Cruces–Padrón)
A Coruña

Lám. 26.
A Pastoriza (Arteixo)
A Coruña

AS FONTES SAGRADAS E AS AUGAS SANTAS. ACHEGAMENTO Á AUGA COMO AXENTE DE SAÚDE

Clodio González Pérez
Membro da Ponencia de Antropoloxía Cultural do CCG
Museo do Pobo Galego

Cando remataba o verán estiven en Ourense. Fun ata as Burgas, por aquilo de que os meus fillos pequenos comprobasen unha vez máis ese fenómeno da natureza tan estraño de que a auga saia fervendo, e non fresquiña coma nas demais fontes.

Coincidimos cunha excursión de persoas "da terceira idade", que ó baixar dos autobuses o primeiro que fixeron foi molla-las mans –en particular na fonte do medio, ó decatarse de que é a máis morna– e refrega-la cara, os brazos, as pernas... algúns tamén se descalzaron para molla-los pés... Comportábanse de xeito semellante a se estivesen no manancial dun concorrido santuario: Teixido, A Franqueira, Entíns, Amil, Augasantas, A Escravitude... e moitos máis, porque poucas son as nosas ermidas montesías que non contan ó lado coa súa fonte milagreira, xurdida gracias ós poderes sobrenaturais do santo ou da santa que alí se venera.

A auga, aínda que sexa abundante como sucede aquí en Galicia, sempre se considerou como algo especial, como un don divino, só a súa presencia xa é símbolo de vida, pois sen ela non é posible estar sobre a terra. A mostra témola mesmo cos santuarios modernos máis concorridos, que tamén contan coa súa fonte, como o de Lourdes, onde na mesma cova da aparición verte abundante auga un manancial, á que se lle atribúen poderes curativos especiais. Todos cantos acoden a este santua-

rio francés non deixan de beber uns groliños da súa auga, ou mesmo traela para a casa ou como agasallo para algún familiar ou amigo.

Non sabían aquelas persoas maiores que as Burgas tamén foran *santas*, pero non para o cristianismo que, inexplicablemente, nunca chegou a santificalas –que nós saibamos–, quizais por ser moita cantidade de auga, e tamén porque non lonxe hai outras fontes de semellantes características –aínda que non tan quentes–, como as de Laias (concello de Cenlle), na mesma beira do río Miño, que aínda se seguen utilizando para baños, e de par das que foi construída a igrexa parroquial baixo a advocación de Santa Baia, o que amosa a súa antigüidade[1].

A auga, sexa de fonte santa ou, sen selo, quente ou morna con certas propiedades curativas, foi, é e seguirá sendo un importante axente de saúde, coa que o ser humano vén procurando cura-las doenzas físicas ou botar fóra de si aquilo que lle causa o mal, como sucede nos casos en que no canto de beber non se fai máis que mollar un pano, limpa-la parte enferma e logo deixalo alí, para que con el quede tamén o mal. Son varios os santuarios onde aínda se practica este ritual, caracterízanse por haber moitos panos nas silveiras do arredor, que van deixando os devotos, na firme crenza que tamén deixan o mal. Un deles é o da Madalena de Ribasieira, no concello do Porto do Son.

Sen auga non é posible a vida, por algo é o *sangue da terra*, segundo a vella crenza mantida ata o día de hoxe polos nosos campesiños, que son os que mellor saben da súa importancia[2].

CLASES DE AUGAS

A primeira clasificación que debemos facer é atendendo á procedencia:

a. De fonte, cando é naquel lugar ou non moi lonxe onde flúe, de xeito natural ou con intervención humana (entre unhas rochas ou por medio dunha mina).

1. Ó levarse a cabo o encoro de Castrelo de Miño tiveron que proceder a canaliza-lo manacial porque quedaba asolagado. A igrexa foi abandonada, pero séguese conservando en relativo bo estado. Construíuse outra na mesma beirarrúa da estrada de Ourense a Vigo. Para algúns historiadores esta poboación podería se-lo concello de *Lais*, que estaba na ribeira do Miño, do que o historiador Idacio refire que apareceran varios peixes con signos misteriosos. Non moi lonxe queda San Cibrao de Las (San Amaro), importante acrópole galaico-romana, que tamén se tentou identificar con *Lais*. Agora coñécese o seu verdadeiro nome: *Lansbrica*.

2. Xa figura nun libro do século XVIII, impreso en Santiago de Compostela, como expresión que din os galegos: *Tratado de las fuentes intermitentes y de la causa de sus fluxos, y supresiones: de la naturaleza, y uso de el siphon, o cantimplora: Y si este tuvo parte en el artificio de los organos Hydraulicos, y en los Oráculos de la gentilidad. Diálogo entre el Doctor D. Pedro A., y el Lic. D. Juan B. Escrito por un Monge de la Congregación de S. Benito de Valladoliz, con licencia en Santiago por Ignacio Aguayo. año de 1781*, p. 120.

b. De río, podendo proceder de moi lonxe. Cómpre ter en conta que aínda sendo na mesma corrente, as propiedades curativas ou máxico-relixiosas dependen da zona. As augas dos ríos cando interveñen case sempre o adoitan facer como as que levan o mal, non para beber nin bañarse. Caso especial é o do bautismo prenatal, intervén o río e a auga, pero nun lugar onde hai unha ponte (canto máis vella, mellor).
c. Do mar. A principal característica é a de ser salgada e, polo mesmo, non apta para beber. Tradicionalmente os cerimoniais están vinculados cos baños propiciatorios da fecundidade, que teñen lugar en determinadas praias, aínda que, segundo parece, en tempos tamén era boa para cura-la rabia, como di o poeta Xoán Rodríguez do Padrón (s. XV):

> No cesando de rabiar
> no digo si por amores,
> no valen saludadores
> ni las aguas de la mar[3].

d. De lagos ou lagoas. Adoitan carecer de propiedades curativas. O máis interesante son as lendas de vilas e cidades que están asolagadas neles (como, por exemplo, O Lago, en terras do Carballiño).
e. Segue a procedente da chuvia, que queda depositada nalgunha focha, sartego ou noutro tipo de recipiente, natural ou artificial, adquirindo entón certas propiedades debido ó lugar onde se atopa: sobre unha rocha ou penedo, no alto dun monte, preto dunha capela, etc.

A seguinte clasificación pode ser de acordo coas propiedades:

a. Curativas, por conter minerais ou substancias terapéuticas: Caldas de Partovia (O Carballiño), Mondariz, Sousas, Cabreiroá e Fontenova (Verín), Laias (Cenlle), as Burgas de Ourense, Caldas de Reis, Cuntis, A Toxa, Carballo...
Pola súa vez estas cómpre volvelas clasificar, tendo en conta se son para beber ou para bañarse. Polo xeral as primeiras adoitan ser frías e as segundas quentes, aínda que se pode da-lo caso de que se utilicen dos dous xeitos.
b. Carentes de propiedades mineromedicinais, pero que se consideren popularmente boas para certas doenzas. A estas pertencen a maioría das dos santuarios; a curación, beneficios salutíferos que producen, etc. son debidos á intercesión do santo e non á composición da auga en si.

3. Citado por TABOADA CHIVITE, J.: *Ritos y creencias gallegas.* A Coruña, 1980, p. 20.

A orixe destas fontes é moi diversa: dende as que se conta que foi porque se apareceu alí un santo ou unha santa (a que deita na cova de Lourdes), ata aquelas en que bebeu daquela auga a propia Virxe, como a da capela de Coeses, no concello de Lugo:

> Siendo yo niño, estuve en aquella fiesta, y viendo la cantidad de gente que acudía a beber a un riachuelo que pasa cerca de la capilla, también yo bajé allí, donde me enseñaron un pequeño hoyo a la orilla, en donde recogen agua, no solo para beber en el acto, sino para guardar en botellas y llevarla a sus casas, como milagrosa para la curación de diversas enfermedades[4].

Sen esquecerse que, ás veces, non é por obrar algún milagre alí o santo, senón por "reverencia" a que bebeu e se lavou nela. Así sucedía no século XVI coa que deita por debaixo da capela do Santiaguiño do Monte (Padrón), como deixou dito Ambrosio de Morales y Oliva, que estivo en Galicia de xuño de 1572 a febreiro do ano seguinte:

> Subiendo por la montaña a media ladera está una iglesia donde dicen oraba el Apóstol y decía misa, y debajo del altar mayor sale afuera de la iglesia una fuente con gran golpe de agua, la más fría y delicada que yo vi en toda Galicia. Allí beben y se lavan los Peregrinos en reverencia por haber bebido y lavádose el Santo Apóstol con ella....[5]

Hai documentos anteriores con alusións á fonte, así, por exemplo, o ano 1477 Tereixa Martiz, viúva do rico comerciante e "cambeador" compostelán García Rodríguez, decidiu retirarse a este lugar como "yrmitaa da hermita da fonte de Santiago que he acerca da vila de Padrón"[6]. Actualmente os romeiros seguen practicando o mesmo ritual.

c. Logo están aquelas augas que non posúen de por si ningunha propiedade, pero que a adquiren ó depositalas nun determinado sitio, como sucede coa que botan no sartego de Trasmonte (Friol), estudiado por Fidalgo Santamariña[7].
d. Caso á parte é o daquelas augas que contan con propiedades especiais, non por elas, senón por ser elemento fundamental do cerimonial relixioso, como

4. RODRÍGUEZ LÓPEZ, J.: *Supersticiones en Galicia y preocupaciones vulgares*. Lugo, Ed. Celta, 1974, p. 132.
5. *Viaje de Ambrosio de Morales...* (Madrid, 1765). Dende aquela a capela sufriu varias reformas. Agora a fonte non deita por debaixo do altar senón da entrada, pois o edificio conta con tres portas: a antiga, que viña a se-la principal cando o altar quedaba sobre o manancial, con brasón no lintel; a da fachada, coroada por unha espadana cunha campá, que ten sobre a porta un relevo no que se representa a Santiago bautizando a unha moza; e, por último, unha lateral protexida con soportal, que actualmente é a principal, fronte á que está o altar de Santiago.
6. *Tumbo de Iria* e tamén *Tumbo G* da catedral compostelá.
7. "Prácticas 'supersticiosas' en el tratamiento de las enfermedades en la Galicia rural: análisis del 'sartego' de Trasmonte". *Cuadernos de Estudios Gallegos*. XXXII, (1981), pp. 307-327.

pasa coa bendita e coa do bautismo[8]. En particular a primeira intervén en varios ritos tradicionais curativos, con ou sen consentimento da igrexa. Como, por exemplo, para botar fóra o aire de envexa e de excomungado:

Sobre unas brasas echan: incienso, agua bendita, aceite de lámpara del Santísimo, tres dientes de ajo, nueve de laurel, nueve de "trobisco", y hierbas de la noche de San Juan y, al salir el humo, pasan la criatura por encima, recitando al mismo tiempo el siguiente ensalmo:

Yo corto el codo,
el malo aire,
toda la mala Envidia,
todo el mal que aquí había.
Si es por hombre
por mujer
o por Excomulgado,
vete al infierno.
Con la gracia de Dios
y de la Virgen María,
un Padre nuestro
y un Ave María.

Esto se hace durante tres días seguidos[9].

Aínda é posible facer outra clasificación, agora tendo en conta a súa función:

a) O máis corrente é bebela, en particular cando se trata de doenzas interiores do organismo, que carecen de síntomas ou sinais externos. Tanto se beben as procedentes dos balnearios (con propiedades mineromedicinais) como as das *fontes santas* (con propiedades máxico-relixiosas).
b) Para bañar todo ou parte do corpo ou lavar só a parte enferma. Acontece o mesmo que para coas de beber: tanto se usan as propiamente minerais como as das *fontes santas*. Ademais están os baños con auga do mar, en xeral para propicia-la fecundación das mulleres.

8. Sobre as augas bautismais e as augas amnióticas pódese consultar un interesante traballo de Ángel AGUIRRE BAZTÁN, que empeza con estas verbas: El agua representa el origen de la vida. Después de nueve meses de gestación en el amnios de la madre, se "rompen" las aguas y aparecemos a la luz a través del llamado "trauma del nacimiento".
Fuera, nos espera otra madre (la iglesia o la secta) para recordarnos que biológicamente nacemos para la muerte y que tenemos que sumergirnos en un nuevo líquido amniótico cultural (las aguas bautismales) para volver a nacer a una vida que nos lleva a la vida eterna... ("Aguas Amnióticas y aguas bautismales" El agua. Mitos, ritos y realidades. Anthropos-Diputación de Granada, 1995, p. 25).
9. LIS QUIBÉN, V.: La medicina popular en Galicia. Pontevedra, 1949, pp. 63-64.

c) Queda, por último, cando a auga intervén como un axente secundario pero imprescindible, que pode ser por onde se vaia a enfermidade. Este é o caso do ritual que se fai para a curación da ictericia:

Va el paciente acompañado de otra persoa, a donde haya un cruce de aguas; en él se mete descalzo, llevando las manos a la espalda y formando una cruz con los dedos pulgares. En esta posición el que le acompaña dice:

Eteriza cocheiriza;
negra, blanca, amarela, encarnada,
de calquer color que sea.
¡Maldita sea!
Vai polo río abaixo,
e ti limpo (ou limpa) quedas.
Polo poder de Jesús
e da Virxen María.

Repiten tres veces esta oración y echan agua del río en la cruz que forman los pulgares, después de rezar tres veces un Padre Nuestro y un Ave María[10].

E xa para rematar, tamén se pode pensar noutro tipo de clasificación atendendo neste caso ós suxeitos que reciben os seus beneficios:

As augas máis abundantes son as destinadas ás persoas (maiores e nenos), pero hainas que curan doenzas de animais (en particular domésticos). Outras propician as colleitas: mollando a semente antes de botala, bendicindo con ela as leiras, etc. As máis escasas son as que posúen a propiedade especial de mellora-los alimentos, como a da fonte de San Vicenzo de Augasantas (Rois), que se botaba no pan ó cocer para que soubese mellor.

DENDE A ANTIGÜIDADE

As primeiras mostras arqueolóxicas da crenza nas virtudes das augas son de época romana, pois o mellor testemuño son as aras que levan aparecido nos mananciais. Pero, de seguro, cando eles chegaron aquí xa os nosos devanceiros sabían das máis das fontes, en particular daquelas que a súa auga non é coma a das demais: quente ou morna, de cheiro desagradable, que a cor non é a normal... Entre todas elas non hai dúbida que as máis estimadas deberon se-las *caldas*, porque aínda que carezan de virtudes curativas, o saír así quentes xa se distinguen de tódalas demais.

10. LIS QUIBÉN, V.: *Op. cit.*, p. 209.

A chegada dos romanos marcou unha nova etapa, quizais das máis florecentes, como o amosan os diferentes restos que apareceron en varios dos nosos balnearios, sobresaíndo entre todos a ara que Calpvrnia lles dedicou ás Ninfas das Burgas, descuberta en 1802, e que agora se pode admirar no Museo Provincial de Ourense. Ás Ninfas, pero neste caso das augas de Baños de Bande, tamén lles agradeceu a curación Boelivs Rvfvs; e o mesmo aqueles ou aquelas que lle dedicaron senllas aras á ninfa *Silonsaclo*, venerada nunha fonte de Alongos (Toén), e a *Tanitacus*, entre os balnearios de Molgas e Ambía.

Xa na provincia de Pontevedra deberon salienta-las de Caldas de Reis, aténdonos ós moitos restos que apareceron, e en particular unha ara dedicada ó deus ou nume Edovio, que se achou nos alicerces da arqueta da fonte do balneario "Davila", polo que se pode considerar como a divindade protectora do manancial; ou a estela dedicada por Xulia ó seu fillo Xulio, que case seguro tamén procede da fonte termal. A primeira non se conserva actualmente, pero si a segunda no Museo Provincial de Pontevedra. A curta distancia queda o balneario de Cuntis, no que tiveron lugar varios achados, destacando dúas aras dedicadas ás Ninfas por Caio Antonio Floro, que foron atopadas en 1768 de par das fontes termais, e que agora se conservan no devandito Museo Provincial.

Non faltan casos en que actualmente non queda o manancial ou o lugar está moi transformado, pero que case seguro a súa orixe foi unha fonte; como é o da parroquia de Herbogo (Rois): non hai aínda moitos anos que descubrín unha ara romana nos muros da igrexa, situada a curta distancia e pola parte de abaixo dunha grande acrópole castrexa. Só se descifra parte da inscrición, pero non hai dúbida que ..... ERBO ERBIECO –de onde procede o nome da parroquia–[11] tamén debe ter algún vínculo coas augas, porque o templo queda no sitio máis lagoento da zona, onde no mesmo verán, e non digamos xa no inverno, corre a auga polos arredores. Alí nace un pequeno río que vai dar ó Baleirón, este ó Rois e, por último, ó Sar e logo ó Ulla. A súa orientación é cara ó abrente, para así recibi-las primeiras raiolas do sol, como sucede con moitos dos santuarios hídricos e en particular cos da zona[12].

Un *ninfeo* puido se-la misteriosa construcción tardorromana de Santa Baia de Bóveda, preto de Lugo, con piscina central para bañarse os doentes que acudían alí na procura da saúde. Tamén nesta mesma provincia, no balneario de Guitiriz, achouse unha ara dedicada á deusa ou ninfa *Conventina*.

11. Máis correcto é sen "h", ERBOGO, atendendo a que vén de ERBIECO. Nun documento do ano 1169 *figura Sci. Petri de Eruogo; no Liber Tenencie de Horro...* da catedral compostelá, do ano 1438, consta *St. Pedro de Oruego;* e nas Memorias del Arzobispado de Santiago, de J. del Hoyo (1607), *San Pedro de Erbogo.*

12. Como, entre outros, o de Augasantas, Soutullo (Urdilde), Santa *Sesía* –Cecilia– (Bastavales-Brión), etc. Mesmo tamén o xa citado de Santiaguiño do Monte, en Padrón.

O CRISTIANISMO

Dende que chegou a estas terras do noroeste peninsular, o cristianismo tratou de substituír tódalas crenzas anteriores, fosen romanas ou autóctonas. A nova relixión seguiu dous vieiros ou métodos:

a. Prohibi-las cerimonias ou manifestacións que tivesen lugar nas fontes, preto delas ou vinculadas coa súa auga. Isto só lle foi posible cando contaba coa axuda do poder civil.
b. Cristianiza-lo sitio, establecendo ou fomentando o culto á Virxe ou a algún santo ou santa, para que aquela auga que sandaba os enfermos por obra e gracia dun ser sobrenatural pagán, rematase identificándose cunha divindade cristiá.

Polo que atinxe en particular a Galicia, a primeira condena dos cultos hídricos que practicaban os nosos devanceiros débese a San Martiño de Braga ou de Dumio, que viviu no século VI, que deixou dito no opúsculo De Correctione Rusticorum:

> Uns adoraban ó sol, outros á lúa ou ás estrelas, outros ó lume, outros á auga subterránea ou ós mananciais das augas, crendo que todas estas cousas non foran creadas por Deus para uso dos homes senón que, nadas de si mesmas, eran deuses...

E logo máis adiante:

> Festexar as Vulcanais e as Calendas, adornar as mesas e poñer pólas de loureiro, prestar atención ó pé que se usa, botar gran e viño no lume sobre un tronco e poñer pan nas fontes, ¿que outra cousa é senón que culto ó demo...?

Non se esquece

> dos diaños que, desbotados do ceo, presiden o mar, os ríos, as fontes, e os bosques, ós que fan sacrificios os homes iñorantes do Deus verdadeiro, que no mar adoran a Neptuno, nos ríos ás Lamias, e nas fontes ás Ninfas[13] .

As "ninfas", como xa queda visto, eran as protectoras das fontes, e os romanos dedicáronlles varias aras.

Pero non só foi San Martiño o que anatematizou estes ritos pagáns, senón que tamén foron condenados por varios concilios, entre os que se atopan dous de Toledo. No décimo segundo, celebrado o ano 681, coa asistencia dos bispos galegos de

13. MARTIÑO DE BRAGA: *De correctione rusticorum.* Tradución galega de Paulino Pedret Casado. *Nós.* Ourense. Nº. 97 (1932), p. 11.

Tui, Iria Flavia e Lugo, condenouse ós "cultores idolorum, veneratores lapidum, accensores facularum et excolentes sacra fontium vel arborum admonemus" (ós adoradores dos ídolos, ós que veneran as pedras, ós que acenden fachos e adoran as fontes e as árbores)[14]. Semellantes son as palabras do décimo sexto (ano 693), coa presencia dos bispos de Ourense, Tui e Lugo, que lembraban ós que "diversis suadellis decepti cultores idolorum efficiuntur, veneratores lapidum, accensores facularum, excolentes sacra fontium vel arborum, auguratores quoque seu praecantatores, multaque alia quae per longum est enarrare..." (enganados por diversas persuasións, convértense en adoradores dos ídolos, veneradores das pedras, acendedores de fachos, e renden culto ós lugares sagrados das fontes e das árbores, e fanse agoireiros ou encantadores, e outras moitas cousas que sería longo narrar)[15].

Sabemos que San Gregorio de Tours, no século VI, mandou erguer unha capela a San Hilario de par do lago Sant-Andeol, co fin de ir substituíndo as manifestacións de carácter hídrico por outras cristiás, que alí se realizaban, consistentes en botarlle pan, queixo, lenzos... á auga, ou mesmo facer sacrificios na súa honra.

Cómpre ter en conta que a cristianización das fontes non só se deu nos lugares onde de antigo xa se practicaba algún rito ou manifestación hidrolátrica, senón que as máis das capelas montesías que se foron erguendo ó longo dos séculos xa se situaban preferentemente en terreos que tivesen algunha fonte ó lado ou a curta distancia. Cos anos as xentes foron tecendo lendas marabillosas, referindo sempre que a aparición do santo ou santa alí venerado foi de par da fonte, a semellanza do que se dicía doutras moitas. Hai casos, como o da Nosa Señora da Franqueira (A Cañiza), que datan a súa aparición no século VII, pero como non estaba claro a quen pertencía a imaxe puxérona sobre un carro cunha xugada de bois, despois de andar un bo treito detívose a carón dunha fonte, onde se lle ergueu a primeira capela; logo foi trasladada para a igrexa do veciño mosteiro, primeiro bieito e logo cisterciense, da Franqueira[16]. Non faltan tampouco fontes ben documentadas, como a do santuario de Amil, nas terras pontevedresas de Moraña, que empezou a manar no ano 1778, gracias á intercesión da Virxe. Así o recorda unha cantiga popular:

Miña Virxe dos Milagres,
que fas milagres na terra,
fixeches nacer a auga
na fonte da Rozavella[17].

14. *Concilios visigóticos e hispano-romanos,* edición preparada por José Vives, Madrid, CSIC, 1963, p. 399.
15. *Ídem*, p. 498.
16. SÁ BRAVO, H.: *El monacato en Galicia II.* A Coruña, 1972, pp. 357 e ss.
17. RODRÍGUEZ FRAIZ, A.: *El santuario de Nuestra Señora de los Milagros de Amil.* Vigo, 1962.

En Galicia foron non só cristianizados os mananciais das capelas e das igrexas, senón que tamén se acabou por face-lo mesmo coas máis das fontes, sendo poucas as que non están coroadas por unha cruz, ou que non teñen unha imaxe nunha forneliña.

Co paso dos séculos os vellos deuses ou numes protectores dos mananciais acabaron esquecidos, ocupando dende entón os seus postos e facendo os seus milagres os santos cristiáns e, en especial, a Virxe.

SUPERVIVENCIAS DOS ANTIGOS CULTOS E CRENZAS

Ata os nosos días chegaron algunhas mostras da esvaída pervivencia de varios dos antigos cultos ou crenzas, entre os que se atopan o de pensar que nas augas habitan seres extraordinarios, beneficiosos ou malignos, consonte coas súas actuacións. No lendario mitolóxico tradicional non faltan os *xacios*, os homes-peixes, as feiticeiras, as lavandeiras... que se rexistran en diferentes zonas, pero é de supoñer que antano estas lendas estivesen moito máis estendidas, contando con áreas xeográficas máis amplas:

Os xacios e as súas compañeiras as *xacias* moran no río Miño e en particular nas terras luguesas de Lemos, como nos fondos "puzos" de Chouzán (Carballedo), ou cando pasa de par do castro de Marce (Pantón), entre outros. Son da raza dos mouros e, como tal, están "encantados", aparecéndose ós mortais de cando en vez, para tentalos ou para convertelos en ricos, facéndolles entrega aínda que non sexa máis que dunha pequena parte dos inmensos tesouros que acubillan nas covas onde viven; non faltan xacias que chegasen a casar con mortais, do mesmo xeito que se di da familia dos Mariño, a súa orixe está en que un dos devanceiros casou cunha serea.

Fermín Bouza Brey refire como os veciños da vila portuguesa de Melgaço, cando cruzaban o río Miño para pasar á poboación pontevedresa de Arbo, traían na boca un seixiño que non lles permitía falar durante todo o tempo que duraba a travesía. Era para que as *feiticeiras* que viven naquelas augas fluviais non se decatasen da súa presencia e así non lles fixesen dano[18].

Os *homes-peixe*, tamén se di que vivían nas augas do Miño –o pai de tódolos nosos ríos–. E, por último, están as lavandeiras, que botan os días lavando, á vez que tentan ós camiñantes que lles cadra de pasar de par dos seus lavadoiros.

Xa queda visto como no século VI San Martiño de Braga anatematizaba ós que poñían pan nas fontes, por se considerar unha manifestación pagá e impropia dos

18. BOUZA-BREY, F.: *Art. cit.* (Edición de 1982, p. 226).

cristiáns. Hoxe non sabemos que perviva tal costume, pero si se rexistraba non hai aínda moitas décadas, sobre todo co fin de desencanta-las mouras que viven nelas, ou de saber se unha petición foi atendida por un santo. Escribía en 1953 Florentino López Cuevillas:

> Las ofrendas de pan a que alude San Martín Dumiense persistían no hace mucho. Se conserva aún el recuerdo de que las "mouras" de las fuentes Cabroña y Caurin, en Asturias, y las de la fuente de Anamanana, en Alongos, se desencantaban echando en el agua bollos de pan. Otras veces la vieja ofrenda toma un carácter higromántico como pasa en la Fonte do Santo, en San Andrés de Teixido, en la que se arrojan pedazos de pan que muestran, si sobrenadan, que la petición hecha por el romero fue atendida por el santo y si se hunden que por el contrario, no fue escuchada[19].

Descoñecemos certamente para que os nosos devanceiros botaban pan nas fontes, aínda que pensamos que sería como ofrenda ós numes que habitan nelas, para consegui-los seus favores ou acouga-los seus ánimos. Non hai moitas décadas que os ribeiráns do Támega crían que para amainar este río e evitar que se desbordase había que lle botar na auga un polo[20]. Ou mesmo cando se trata da auga salgada, como facían os mariñeiros pontevedreses ó saír fóra da ría, que o primeiro era botar no mar un anaco de pan de millo. Peor son aqueles ríos ou mesmo praias que tódolos anos "levan" algunha persoa, como se se tratase dunha renda. É normal escoitar dicir –en particular a persoas maiores–, cando afoga alguén, que tal río ou praia tódolos anos precisa, polo menos, dunha víctima.

Pasaron os séculos, pero as augas seguiron estando habitadas. A fantasía dos nosos devanceiros non podía concibir un manancial sen o seu amo, que saía ó exterior de noite ou ben cedo pola mañá para toma-las primeiras raiolas, cando empeza a nace-lo sol polo abrente, e ninguén pasa por aquel lugar.

Faltan os *mouros* que, para investigadores como Florentino López Cuevillas, veñen a se-los antigos númes acuáticos, que se acollen en moitos mananciais baixo os nomes de *mouras, vellas, xanas, xacios, princesas, señoras ou encantos*[21]. Existen varias lendas nas que as mouras pasan os días de par dunha fonte. E o mesmo adoita suceder con algunhas xanas. Aínda que se poden amosar ós mortais en calquera data do ano, a máis sinalada é a mañanciña solsticial de San Xoán, en que saen ben cediño peitea-lo cabelo, mollando o peite na auga da fonte, como, por poñer un exemplo, unha da parroquia de Tortoreos (As Neves, Pontevedra)[22]. A riqueza destes seres encantados amósase polas xoias, todas de ouro, ata mesmo os peites.

19. *La civilización céltica en Galicia*, 2ª edición, Madrid, Ed. Istmo, 1989, p. 296.
20. BOUZA-BREY, F.: *Art. cit.* (Edición de 1982, p. 222).
21. *A civilización céltica en Galicia*, 1989, p. 296.
22. FILGUEIRA VALVERDE, J. e GARCÍA ALÉN, A.: "Adiciones a la Carta Arqueológica de la Provincia de Pontevedra". *El Museo de Pontevedra*. 1959, p. 67.

Miña avoa sempre conta o caso dunha moura que tamén se peiteaba, alá nas terras ourensás do Ribeiro. Dicía que certa vez cadroulle de pasar por alí a un home e despois de saudalo agasallouno con varias *cagallas* de ovella, que el gardou nos petos. Fíxolle xurar que non llo contaría a ninguén, e que as deixase na hucha ata ó día seguinte, pero decatouse a muller e non foi capaz de esperar... Ó abri-la arca non había máis que *cagallas*. O home volveu moitas máis veces á fonte, pero xa nunca atopou a moura.

Non nos podemos esquecer tampouco das augas dos lagos e das lagoas, aínda que non estean habitados, nos seus fondos dormen pobos que foron asolagados, case sempre debido ó seu mal comportamento. Aínda que hai varios –como a cidade de *Antioquía*, que se atopaba nas agora desaparecidas augas da lagoa de Antela (Xinzo de Limia)–, para min o máis familiar é o "puzo" da parroquia do Lago, nas terras do Carballiño, do que contaban meus avós que alí, onde é máis fondo, había sempre flores, e que na noite de San Xoán se escoita tanxe-la campá da igrexa como se fose a defunto. No Lago non só hai auga, senón que nela viven eternamente os antigos habitantes do lugar, de cando desapareceu a poboación[23].

A AUGA, AXENTE DE SAÚDE

En Galicia hai centos de fontes que deitan auga con propiedades medicinais e, polo mesmo, curativas, unhas veces reais e outras non máis que atribuídas. A orixe das máis delas é descoñecida, aínda que en varias podemos chegar ata a romanización, como xa queda visto, atendendo ós restos que levan aparecido no lugar ou nos arredores.

Isto amosa que axiña se deberon decata-los nosos devanceiros da importancia deste líquido elemento, que a súa abundancia ou escaseza fai posible ou imposible a habitabilidade dun lugar. Por iso, en particular aqueles mananciais que non secan en todo o ano, situados nos altos preto dos cumes dos montes, onde empezan as concas dos ríos, logo se relacionaron cos deuses e, de non chegar a tanto, que algún vínculo debían ter cos seres sobrenaturais que inflúen para ben ou para mal na vida dos mortais. O mesmo sucedeu con aqueles mananciais que deitan unha cantidade semellante ó longo de todo o ano.

Pero a auga, como todo ser vivo, tamén pode influír negativamente; miña avoa non nos deixaba beber de noite, porque a auga despois das doce da noite tórnase daniña. Había que esperar ata a mañá. Non paraba de repetir que un neno

23. Cfr. TABOADA, J.: "Las leyendas de la laguna Antela". *Cuadernos de Estudios Gallegos*. XXIV, (1969).

se erguera a beber e que estivera a piques de morrer. Malia os anos transcorridos, aínda agora me sigo lembrando cando bebo de noite[24].

A mellor é a daquelas fontes que nunca secan, que manteñen un caudal semellante ó longo do ano, e canto máis clara e cristalina mellor, agás se se trata de mineral. Pero tamén pode ser auga que non corre, caída da chuvia e que bota no sitio días ou mesmo meses, ata que se vai evaporando paseniñamente. Queda nas fochas ou coviñas das penas, unhas feitas pola erosión ó longo dos séculos e outras debidas á intervención do home. Hai a centos, pero só vou lembra-las dunha rocha situada a carón da capela de San Trocado, a curta distancia da cidade galaico-romana de *Lansbrica* (San Amaro), que a auga das pías é boa para cura-las espullas.

Queda, por último, a auga que carece de propiedades de seu, pero que as adquire ó botala nun determinado sitio. Isto é o que sucede coa que verten no sartego de Santiago de Trasmonte (concello lugués de Friol), para con ela logo lavar ó neno. Serve a procedente da chuvia, pero cando seca no verán, entón tráena da casa ou de calquera fonte do arredor. Con todo, neste caso a cerimonia remata a uns tres km e medio do lugar, na fonte da Virxe do Ermo (Carlín, Friol), que é onde deixan abandonado o pano co que limparon o enfermo (sempre nenos)[25].

A auga foi, e segue sendo, un elemento esencial en moitas manifestacións tradicionais polos seus poderes salutíferos (reais ou non), tanto se é fría como quente. No libro de V. Lis Quibén (*La medicina popular en Galicia*, Pontevedra, 1945) figuran varias *receitas*, como por exemplo a que se fai con auga quente para cura-los nenos *entangariñados*, é dicir, raquíticos; a auga fría para curar algunhas enfermidades, como a ictericia; para botar *aires* daniños, como os de envexa, excomungado, defunto, *mal de ollo, caída da paletilla*, etc. A miúdo nos rituais interveñen tamén pequenos ensalmos, os máis deles de carácter cristián.

Normalmente non abonda para alcanza-la curación con beber ou lavarse unha vez, nin tampouco coa auga dunha soa fonte. Poden ser sete fontes, nove baños... En casos é suficiente con tres, como para curar o mal de ollo nuns penedos que hai no monte do Castro, preto de Celanova:

> Por debaixo do Piñeiral, xúntanse tres regatos e no cabo da chaira chamada "A Parrueira" que pertenece xa á freguesía de Corbillón, hai un penedo cun burato redondo na cima. Pra remediarse do mal de ollo, vaise caladamente, sen dar xiquera unha fala, cóllese nun xerro auga de cada un dos regatos, e despois danse tres voltas, levando a soga na man, ó redor do penedo, rezando tres credos a cada volta.
>
> A auga así recollida hai que bebela. Aproveita o mesmo á persoa que a recolleu que a outra calquera[26].

24. BOUZA BREY, F. ["Los mitos del agua en el Noroeste Hispánico". *Revista General de la Marina*. Madrid. Vol. CXXIV, (1942)] recolle a mesma crenza, tamén nas terras de Ourense, de onde era miña avoa: "Así, el campesino orensano considera al agua dormida después de esta hora; pero tomada antes del amanecer, inmediatamente antes, el agua de siete fuentes alarga la vida."
25. FIDALGO SANTAMARIÑA, J. A.: *Art. cit*, pp. 316 e ss.
26. "Catálogo dos Castros Galegos. Terra de Celanova". A Coruña, *Nós*, 1928, p. 13.

Cómpre ter en conta, como apunta o amigo Xosé Antón Fidalgo Santamariña[27], que a hidroterapia atópase entre a medicina natural e a tradicional ou máxico-relixiosa, participando de ambas. Isto débese a que, como xa queda visto, hai dúas clases de mananciais: os que contan con substancias curativas e aqueles que, sendo a auga normal, os seus poderes se deben a un santo protector. Os primeiros pertencen á medicina natural mentres que os segundos xa corresponden á máxico-relixiosa.
Outras veces vai se-la auga o medio para coñecer se unha doenza se curará ou non, sen bebela nin tampouco bañarse nela; a finais do século pasado as mulleres da comarca de Tui para saber se sandaría o fillo metían algunha da roupa do meniño nunha cesta, sobre a que logo prendían unha vela. Botábana polo Miño abaixo, se a luz se apagaba a doenza non ía desaparecer, pero se se perdía prendida no río, entón axiña chegaría a curación.
Malia que as máis das augas poden ter virtudes ó longo de todo o ano, en casos non sucede así, senón que dependen da data, como pasa coa da noite de San Xoán. Só ten virtudes a que se recolle antes de que lle dean as primeiras raiolas do sol, a *flor da auga*, é a que queda ó sereno, recibindo os poderes que lle proporciona o orballo; utilízase para lavarse. Á salutífera *flor da auga* ou *auga do paxariño* como salutífera refírese o seguinte romance:

Día de San Xoán alegre,
meniña, vaite lavar,
pillarás auga do paxaro,
antes de que o Sol raiar.
Irás arrente do día
a auga fresca a catar,
da auga do paxariño
que saúde che ha de dar...[28].

Poderes ten a auga para conserva-la vida, cando se practica o bautismo prenatal, sempre sobre algunha ponte. Alí espérase á primeira persoa que pase, que será o padriño, logo dáselle unha boa cea arrebolando a louza ó río. O bautismo prenatal foi práctica corrente ata non hai moitas décadas para aquelas mulleres que non conseguen conserva-los fillos.

Se as augas dos ríos posúen poderes para conserva-la vida, as do mar son capaces de dar vida, como aínda se comproba hoxe en día na praia da Lanzada, entre outras, á sombra do románico santuario da Virxe as mulleres estériles báñanse unha

27. "Hacia una integración de los sistemas médicos: utilización del agua en las prácticas de medicina tradicional y medicina natural". *Cuadernos de Estudios Gallegos*, 1994.
28. RODRÍGUEZ LÓPEZ, J.: *Op. cit.*, p. 217. Tamén GONZÁLEZ REBOREDO, X. M.: *A festa de San Xoán*. Vigo, Ir Indo, 1989, pp. 44 e ss.

e outra vez, ata nove, para que a auga as volva fecundas. Este ritual tamén se practicaba noutras praias, como a de Louro (Muros)[29].

AS FONTES SAGRADAS OU SANTAS

No *Cantar dos Cantares*, o "amado" compara á "amada" coa fonte do seu xardín, "manantío de augas vivas que flúen desde o Líbano"[30]. Para os antigos teólogos, estas palabras refírense á Virxe, por iso dende os primeiros tempos do Cristianismo vai ser ela a que máis fontes teña baixo a súa protección. Ata atopamos unha representación iconográfica curiosa dabondo, que é a da *Virxe-fonte*, que por algunha parte da imaxe deita un abundante picho de auga.

Isto mesmo tamén se fixo con outros santos, de xeito que se representa a fonte como saíndo do seu corpo. Lembro agora a de San Francisco do convento padronés de Herbón, que ten o cano no peito. Aínda hoxe en día son moitas as persoas devotas que beben da súa auga.

Unhas veces santificouse unha fonte, outras xa estaba santificada e o que se fixo foi cristianizala. Se facemos un percorrido por varios dos nosos santuarios, atoparémolos dos dous casos: así, unha comparanza, a de San Sebastián do Pico Sagro (concello de Boqueixón), de seguro que xa arredor dela existía algún tipo de culto anterior á construcción do santuario cristián, que foi consagrado no ano 899[31]. A el seguen acudindo moitos devotos, que o primeiro que fan é beber na *Fonte do Santo*, que deita a curta distancia da capela.

Non a moitos km do Pico Sagro, no concello de Padrón, érguese maxestuoso o santuario da Nosa Señora da Escravitude, que conta tamén coa súa fonte. Neste caso coñécese a historia que deu lugar ó santuario: alá polo ano 1582 andaba o crego da parroquia das Cruces dirixindo unha corta de árbores. Nun momento determinado, sen decatarense os cortadores, púxose debaixo da que estaban tronzando. A árbore caeu pero, milagrosamente segundo os presentes, non lle fixo ningún dano. Este contou que cando estaba caendo encomendouse á Virxe. En agradecemento por salvarlle a vida mandou esculpir unha pequena imaxe, que colocou sobre unha fonte que había na beirarrúa do camiño real de Santiago de Compostela a Pontevedra. Foi a partir de entón cando a fonte empezou a ser santa. Segundo parece cada vez os prodixios debidos á auga por intercesión da Virxe foron medrando, pero o máis soado ocorreu o ano 1732, cadroulle de pasar por alí leva-

29. Cfr. LISÓN TOLOSANA, C.: "Variaciones en agua ritual". *Antropología social: reflexiones incidentales*. Madrid, 1989, p. 62.
30. *A Biblia*, 4-15, Vigo, Sept, 1989.
31. LÓPEZ FERREIRO, A.: *Historia de la S.A.M. Iglesia de Santiago*. I. Santiago de Compostela, p. 186.

do nun carro de bois a un home eivado, afectado de parálise e de hidropisía, que ía para o hospital de Santiago de Compostela. Ó chegar á fonte pediu que lle desen de beber e encomendouse á Virxe, ó pouco xa se sentiu mellor, quedando completamento san ós tres días. Dende entón a sona do santuario medrou a pulos, podéndose construír a mediados do século XVIII o actual templo. O nome da advocación débese, segundo a lenda, a este enfermo que, ó verse curado, dixo: "Bendita sexas Virxe Santísima, que me libraches da ESCRAVITUDE da enfermidade na que por tanto tempo estiven"[32].

A curta distancia da Escravitude hai varias fontes santas que, aínda que ó longo dos séculos non alcanzaron a sona desta, seguen hoxe en día sendo frecuentadas por persoas devotas. Case todas máis antigas, empezando xa pola do Santiaguiño do Monte (Padrón), a lenda xa sitúa a súa orixe cando andou por estas terras predicando o Apóstolo Santiago. Ademais está a de San Vicenzo de Augasantas (Rois), á que se lle dedica máis adiante un apartado monográfico. As persoas moi maiores da Mahía aínda contan o que lles dicían os devanceiros sobre o manancial que deita por debaixo da cabeceira da capela de Santa *Sesía* (Cecilia) nos montes da Rubial (San Xiao de Bastavales, Brión), que foi durante séculos un dos santuarios máis visitados da zona para pedir chuvia os campesiños nas tempadas de moita seca, do que agora non quedan máis que as ruínas da capela románica. Na parroquia lindeira de Urdilde (Rois) atópase a capela da Virxe do Soutullo, tamén coa súa *fonte santa*, en tempos coidaba dela un ermitán. Na freguesía de Augasantas, no mesmo concello, ademais do manancial que lle deu nome á parroquia está o da Virxe de Manle, preto do lugar de Albagueira, que malia desaparece-la capela, a fonte segue fluíndo por debaixo dun relevo da Virxe.

Por último, aínda que hai máis, rematamos coa de San Mamede das Penisias (Rois), da que xa se conservan noticias nun informe do ano 1686, agora abandonada. Por esta época xurdiu unha disputa relixiosa a nivel galego sobre este santo. Uns dicían que vivira nos montes de Ourense que levan o seu nome, e outros que fora nos da Paradanta, entre os concellos de Ponteareas e A Cañiza (Pontevedra). Estando na discusión apareceu outra reclamación feita polo párroco de Rois, afirmando que San Mamede vivira nesta parroquia e que fora martirizado, pero non se sabía por quen nin cando, "pero si quitándole las tripas y las entrañas". E que estaba enterrado aquí, de par do río, nunha cova moi fonda, e que "de allí lleva la gente, que viene en romería, tierra, como reliquia". Remata dicindo que "es abogado en tercianas y calenturas", e que de par da ermida deita

32. CEBRIÁN FRANCO, J. J.: *Santuarios de Galicia (Diócesis de Santiago de Compostela)*. Santiago, 1982, pp. 69 e ss.

unha fonte que nunca seca, e que por onde pasa a auga "hace brotar plantas olorosas y medicinales"[33].

Se lle botamos unha ollada ó nomenclátor toponímico galego atopámonos con catro parroquias coa denominación de "Augasantas" e unha coa de "A Fonsagrada". Foron os cinco que chegaron a alcanzar tal categoría. Nos cinco casos as augas están documentadas dende antigo. Mesmo a da Fonsagrada, que recibe tal denominación porque alí, arredor de onde empezou a xurdi-la actual vila, había unha capela baixo a advocación da Virxe, co seu manancial, que aínda segue existindo hoxe en día.

Cebrián Franco, no documentado estudio que publicou sobre os santuarios máis concorridos da diócese de Santiago de Compostela, considera a auga como un dos principais elementos hierofánicos, presente en case todos eles, sendo ademais a orixe de varios. Pregúntase que terá a auga para que suxira en nós a transcendencia e o contacto coa Divindade. A resposta é, non hai dúbida, que dende sempre se percibiu como a orixe da vida, que a súa ausencia non leva máis que ó ermo e á morte. E remata dicindo:

> Esto es lo que capta el campesino en su experiencia con toda la fuerza de quien depende del líquido elemento para obtener diariamente su sustento, hasta el punto que una prolongada sequía representa para él un azote ante el que se siente impotente. Pero no es sólo la experiencia empirista la que lleva al campesino a la búsqueda de una relación con la trascendencia a través del agua, fundamentalmente se trata de una sabiduría milenaria que ha llegado a él generación tras generación y que sin duda fue también la que inspiró sus conclusiones a los primeros filósofos griegos[34].

UN EXEMPLO: A FONTE DE SAN VICENZO DE AUGASANTAS

Queda no concello de Rois. O lugar é o ideal para que se practicasen antano cultos hídricos: atópase nun alto, cunha magnífica visión panorámica cara ó val; alí nace un pequeno río que, despois de ser afluente doutros, vai rematar no Sar, e este no Ulla; e, por último, dá cara ó abrente recibindo o lugar o sol xa ó nacer.

A primeira mención documental que coñecemos verbo do manancial e sobre o lugar onde está situado é do ano 1607, e débese ó cóengo e cardeal Jerónimo del Hoyo, que di o seguinte nas súas *Memorias del Arzobispado de Santiago*: "Llámase Aguas Sanctas, por una fuente que tiene la iglesia al lado de la Epístola"[35].

33. *Arquivo da catedral de Tui*, mazo 70, nº. 16. Tamén GIL ATRIO, C.: *Contrabando de Santos*, Caracas, 1962, pp. 93 e ss; e GONZÁLEZ PÉREZ, C.: *O concello de Rois: Historia, economía e arte*, Concello de Rois, Noia, 1990, pp. 158-9.
34. *Op. cit.*, p. 14.
35. Edición de A. Rodríguez e B. Varela, Santiago de Compostela, s.a., p. 192.

Isto amósanos que a fonte estaba dentro do templo, o mesmo que agora, aínda que o edificio non sexa o mesmo, pois foi totalmente reformado e ampliado no século XVIII. En particular a parede onde está "o puzo", é dicir, a fonte, pode datar do ano 1752[36].

Máis sacralización dun manancial é imposible: a auga sae dentro da propia igrexa, no lado da epístola. Pero teñamos en conta que non flúe alí mesmo senón fóra, fronte á fachada do edificio, indo logo encanada para o interior. Aínda que se pode coller no exterior, á única que se lle recoñecen virtudes especiais é á que está dentro, debaixo da imaxe do santo titular da parroquia, San Vicenzo.

Descoñecémo-las propiedades reais da auga, pois aínda que no mapa xeolóxico de España, folla 21, correspondente á Coruña, publicado en Madrid en 1948, figura entre os mananciais mineromedicinais desta provincia, non se indica cales son as súas propiedades nin tampouco se foi algunha vez analizada.

Pero, como xa queda dito, unha cousa son as propiedades curativas que posúa atendendo á súa composición, e outra as que lle atribúe a xente, debidas á intercesión do santo. Segundo puidemos descubrir hai algúns anos, é boa para curar doenzas de persoas e de animais, propicia-la medra dos froitos, mellora-los alimentos –botarlle unhas pingas cando se fai o pan–, bendicir obras novas... En resumo: vale para todo.

- Persoas e animais:
  - a. para non enfermar.
  - b. para curar calquera enfermidade.
- Froitos:
  - a. para que xermolen ben.
  - b. para conseguir boa colleita.
- Alimentos:
  - para melloralos (o pan sabe mellor).
- Bendicir:
  - as casas novas, cortes, hórreos...
- Purificar e arreda-lo mal:
  - das casas, das cortes dos animais... cando coidan que lles botou alguén algún maleficio ou o mal de ollo, que morren as persoas, os animais, malas colleitas...

Non hai para collela un día ou unha hora sinalados, aínda que preferentemente adoitaba se-los domingos e, en particular, ás doce do día. ¿Posible resto da influencia que sobre ela pode te-lo sol? Quizais; xa queda dito como a súa orientación é cara ó abrente.

36. GONZÁLEZ PÉREZ, C.: *O concello de Rois: Historia, economía e arte*, pp. 138 e ss.

As máis dadas a facer uso dela sempre foron as mulleres. Actualmente son poucos os veciños que se lembran da fonte, debido ós adiantos da medicina e da veterinaria, de que cada vez haxa menos cultivos, que sexan moi poucos os que cozan o pan de boroa, etc...

Contan prodixios, curacións, milagres... pero xa non convencen como hai non máis de dúas ou tres décadas. Agora case non é máis que un recordo de tempos pasados, "dos vellos"..., pois a mellor mostra de que para as novas xeracións carece de importancia é o feito de que ultimamente careza de auga, por non se parar ninguén a limparlle a canle.

E o mesmo que lle está a suceder a esta *fonte santa* tamén lles ocorre a outras, que cada ano que pasa son menos as persoas que cren nas súas virtudes, mineralóxicas ou relixiosas, polo que os únicos que paran a beber nelas ou mesmo a leva-la auga para a casa son as persoas maiores e, en particular, as mulleres, moito máis conservadoras da herdanza cultural dos seus devanceiros[37].

HIDROLOXÍA, TERMALISMO, BALNEOTERAPIA

O último chanzo na evolución do culto ás augas témolo nos balnearios, onde non se practican os cultos hídricos, pero si se segue crendo nas súas virtudes terapéuticas. Desapareceron os poderes divinos, quedaron os poderes curativos dos minerais.

En Galicia están rexistrados 199 mananciais, pero de augas que cientificamente conteñen na súa composición varios minerais ou substancias con propiedades terapéuticas. Non entran nesta relación as *fontes santas*, porque, agás casos contados, as máis delas deitan auga normal, potable. A diferencia é clara: nas primeiras a curación débese ós compoñentes químicos; nas segundas, á intercesión dalgún ser divino.

Entre estes manaciais hai varios que pouco máis se sabe que da súa existencia, mentres que outros acabaron dando lugar a concorridos balnearios, como sucede, poñamos por caso, co da Toxa, Mondariz, O Carballiño, Cuntis, Caldas de Reis, Caldelas de Tui, Partovia, O Incio, etc. A clasificación das fontes que se fixo ata hoxe é a seguinte:

90 ferruxinosas,
72 sulfuradas,
11 alcalinas bicarbonatadas,

37. GONZÁLEZ PÉREZ, C.: "A fonte de San Vicenzo (Augasantas)". Brigantium. A Coruña. V, (1984-85).

11 salinas con carbonatos e silicatos alcalinos,
15 non se analizaron ata agora, polo que se descoñece a súa clasificación[38].

38. Velaí a relación das mesmas, por provincias: A CORUÑA: Alqueidón (Os Anxos, Brión); Armental (Vilasantar); Arteixo (Arteixo); Bar (Branza, Arzúa); Beán (Ordes); Bembibre (Val do Dubra); Bértoa (Carballo); Bexo (Laíño, Dodro); Brandeso (Arzúa); Caldelas de Vilariño (Vilariño, Vilasantar); Cañás (Carral); Carballo (Carballo); Carnota (Carnota); Céltigos (Frades); Cundíns (Cabana); Foxo (Loureda, Arteixo); Guísamo (Bergondo); Lardeiros (O Pino) –dúas-; Lugo (Oza, Teo); Marisqueira (Culleredo); Naraío (San Sadurniño); Oleiros (Oleiros); Oza (Teo); As Pontes (As Pontes de García Rodríguez); Prevediños (Touro); Reboredo (Santiso, Vimianzo); Rego Queimado (Xestoso, Monfero); San Sadurniño (San Sadurniño); Sobrado (Sobrado); A Souta (Coristanco); Sumio (Carral); O Tremo (Os Anxos, Brión); Vivente (Ardaña, Carballo); Xareira (Cerqueda, Malpica de Bergantiños); Xaviña (Coristanco), e Xermade (Reis, Teo). LUGO: Abrairas (Braña, Baleira); Aldurfe (Riotorto); Anseán (O Corgo); Ánxeles (Aranza, Baralla); Arcos de Peibás (Antas de Ulla); A Bara (Piquín, Ribeira de Piquín); Barreiros (Castroverde); Burgo (Muras); Campelo (O Corgo); Cancelada (Cervantes); Carballedo (Sabadelle, Chantada); Cascallá (Becerreá); Castro de Neira de Rei (Baralla); Céltigos (A Veiga, Sarria); Cereixide (Ove, Ribadeo); Cova (Viladonga, Castro de Rei); Cuíñas (A Fonsagrada); Donas (Vilalvite, Friol); Fabega (Vilarente, Abadín); Ferreirós (Folgoso, Folgoso do Courel); Frádegas (Castro de Amarante, Antas de Ulla); Francos (Guntín); Gondón (Lourenzá); Grolfe (Pascais, Samos); Guitiriz (Lagostelle, Guitiriz); Gullade (Monforte de Lemos); Latadal (Furís, Castroverde); Laxe (Chantada); Leguan (Galdo, Viveiro); Lousadela (Sarria); O Mao (Mao, O Incio); Masoucos (Castroverde); Meira (Meira); Miranda (Castroverde); Mota (Guntín); Mouriscados (Arcos, Chantada); Muíños (Mondoñedo); Murias (Rao, Navia de Suarna); Mouriscos (A Bastida, A Fonsagrada); Muxén (Baos, Ribeira de Piquín); Pantón (Pantón, Ferreira de Pantón); Paradavella (A Fonsagrada); Pardiñas (Lagostelle, Guitiriz); Pena Sinceira (Galegos, Navia de Suarna); Penamaior (Becerreá); Penas (Librán, Baleira); Penas da Ferradura (Montecubeiro, Castroverde); Peredo (Frairía, Castroverde); Pesqueiras (Ribas de Miño, O Saviñao); Pígara (Trasparga, Guitiriz); Piquín (Piquín, Ribeira de Piquín); Ponte Ladredo (Furís, Castroverde); Ponte Ribeira (Sarria); Pousada (Baleira); Quintá (Pousada, Baleira); Queiroga (Queiroga); Real (Martín, Baleira); Reascos (O Páramo); Río (A Fonsagrada); Salcedo (A P. de Brollón); San Vitorio (Ribas de Miño, O Saviñao); San Xiao (Pereiramá, Castroverde); Sarceda (Furco, Becerreá); Seara (Folgoso do Courel); Seixo (Vilela, Taboada); Silvela (Suarna, A Fonsagrada); Tuiriz (Ferreira de Pantón); Triacastela (Triacastela); Valdriz (Pobra de San Xiao, Láncara); Valín (Ove, Ribadeo); Verigo (Vilarpandín, Navia de Suarna); Vilamelle (Pantón); Vilanova (Córneas, Baleira), e Vileiriz (O Páramo). OURENSE: Bande (Baños, Bande); Baños (Riocaldo, Lobios); Barbaña (Berán, Leiro); Barrio (A P. de Trives); Berán (Balde, Leiro); Brués (Boborás); Cabreiroá (Verín); As Caldas (Partovia, O Carballiño); Caldeliñas (Vilamaior do Val, Verín); O Carballiño (Señorín, O Carballiño); Castrelo de Miño (Castrelo de Miño); Cesures (Manzaneda); Cortegada (Cortegada); Covas (Os Blancos); Ferradal (Xagoaza, O Barco de Valdeorras); Figueiroa (Paderne de Allariz); Fontenova (Verín); Gudín (Xinzo de Limia); Laias (Cenlle); Melón (Melón); Misarelas (Sacardebois, Parada de Sil); Moldes (Boborás); Molgas (Baños de Molgas); Mondón (O Bolo); Partovia (O Carballiño); Porteiro (Xunqueira de Ambía); Prexegueiro (Quis, Melón); A Rañosa (Maside); Reza (A Arnoia); A Rúa (A Rúa); San Guillao (Xunqueira de Ambía); Sas de Penelas (Castro Caldelas); Sousas (Abedes, Verín); A Touza (Taboadela); Vilanova (A P. de Trives); Vilaza (Monterrei), e Xunqueira de Ambía (Xunqueira de Ambía). PONTEVEDRA: Brea (Fontao, Vila de Cruces); Bugarín (Pontearcas); Caldas de Reis (Caldas de Reis); Caldelas de Tui (Tui); Callobre (A Estrada); Campo (Campo Lameiro); Cañiza (Petán, A Cañiza); Carboeiro (Silleda); Catoira (Catoira); Cimáns (Tabeirós, A Estrada); Codeseda (A Estrada); Crestelle (Manduas, Silleda); Cuntis (Cuntis);

En varios destes centros apareceron diferentes restos antigos, sobre todo de época romana, que debeu ser, no tocante á antigüidade, cando foron máis apreciadas as augas e concorridos os manaciais. Moitos esquecéronse ó longo da Idade Media, época en que as *fontes santas* substituíron a moitas con propiedades salutíferas pola súa composición mineral, agás aquelas que seguiron baixo a protección dun santo. Pero vai ser no XIX cando os balnearios alcancen o seu "século dourado", o que deu lugar a que se construísen novos e amplos edificios nos mananciais xa explotados de antigo, e se procedese a analizar outros. A mellora das vías de comunicación –en particular o tren– fará que acudan persoas de moi lonxe.

Polo que atinxe en particular a Galicia, vai ser cando alcancen sona –mesmo internacional– varios dos establecementos balnearios, sobresaíndo entre todos o de Mondariz, un dos máis coñecidos da Península no seu tempo, no que non faltaron políticos, artistas e literatos. Del dixo en 1915 o político Emilio Castelar:

> Pero aún le queda otra maravilla a Galicia: le queda Mondariz, la Compostela del enfermo, encontrada y ungida por la Ciencia; Mondariz, cuyas aguas obran milagros de resurrección y rejuvenecimiento, los cuales milagros parecen soñados por la fantasía y están manifiestos en la realidad.

En Mondariz ergueuse un monumental edificio, o *Gran Hotel*, ó lado do que mana unha das fontes (destruído por un incendio o 9 de abril de 1973). Igual se fixo noutros balnearios, coma no de Caldas de Reis, Cuntis, A Toxa, O Incio, etc.

Ó mesmo tempo, aproveitando a mellora dos medios de comunicación, empeza a exportación de auga embotellada, o que fai que moitas persoas poidan gozar dos seus beneficios sen ter que moverse do domicilio, aínda que estea moi lonxe. Da de Mondariz –por exemplo– saían a finais do século pasado e nas primeiras décadas do XX grandes cantidades de botellas cara a América (en particular, Arxentina e Cuba), onde era moi solicitada sobre todo polos nosos emigrantes.

A modernización e espallamento xeneralizado da medicina e, en particular, a difusión dos medicamentos de laboratorio desencadeou a decadencia dos balnearios, quedando algúns mesmo abandonados ou frecuentados case exclusivamente por persoas maiores.

Dorna (Sacos, Cotobade); Fragas (Campo Lameiro); A Guarda (A Guarda); Loimil (A Estrada); Marcón (Pontevedra); Mondariz (Mondariz-Balneario); Parada de Achas (A Cañiza); Pazos (Pazos de Borbén) –dúas-; Pedrafurada (Oleiros, Salvaterra de Miño); Poio (Poio); Poldras (Parada de Achas, A Cañiza); Ponte-Caldelas (Ponte-Caldelas); Sabaxáns (Mondariz); Sacos (Santa María de Sacos, Cotobade); Saidres (Silleda); Salcidos (A Guarda); San Xusto (San Xurxo de Sacos, Cotobade); Tenorio (Cotobade); A Toxa (O Grove); Val (Mondariz); Vea (Sta. Cristina de Vea, A Estrada); Vilacriste (Cora, A Estrada), e Vilagarcía (Vilagarcía de Arousa).

Fóra desta relación "oficial" quedan algunhas máis das que mesmo se vén facendo uso dende antigo, como a fonte do Cabalón (Angoares, Ponteareas), que deita de par da ponte do mesmo nome, que se dá como descuberta en 1914, segundo noticias publicadas na revista viguesa *Vida Gallega* (nº. 50).

Nos últimos anos apréciase certo pulo, pero os máis dos *agüistas* xa non só acoden polas virtudes curativas das augas, senón por ser lugares ideais para o repouso e o lecer, situados en zonas de grande beleza natural, moi axeitadas para pasar uns días de relax, esquecéndose do estrés, e se por riba tamén se poden tomar unhas augas mineromedicinais, pois moito mellor,...

A auga foi, é e sempre será o *sangue da terra*, como aínda se lle escoita dicir a algún dos nosos campesiños, pois sen ela a vida sobre este marabilloso planeta que nos tocou por sorte é imposible: para beber, para rega-los froitos, para cura-las doenzas, para lavarse... ¿que sería de nós sen este elemento da natureza? Xa é hora que a humanidade se deteña e volva escoita-la voz da auga, comprende-lo falar milenario das fontes, descubri-los seus poderes salutíferos, adorala como facían os nosos devanceiros... Por iso estas verbas de Xosé Filgueira Valverde coido que son moi axeitadas para dar fin ó meu relatorio:

> As xentiñas de agora, aturdidas, xa non saben deterse a escoitar o falar das fontes: das que gurgullan a par das corredoiras, das que besbellan os seus pregos, axionlladas diante as eirexas, das que entoan os seus latíns nas claustras dos mosteiros, das que recitan fachendosas xenealoxías nos pazos, das que saben das doenzas ou ecoan as cativeces, das fontes cantadeiras e das fontes faladoras .

39. FILGUEIRA VALVERDE, X.: *Segundo ADRAL*. Ediciós do Castro, 1981, p. 82.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE BAZTÁN, A.: "Aguas amnióticas y aguas bautismales". *El agua. Mitos, ritos y realidades*. Barcelona, Anthropos-Diputación de Granada, 1995.

BOUZA-BREY, F.: "Los mitos del agua en el Noroeste Hispánico". *Revista General de Marina*. Vol. CXXIV, (1942). (Reedición: *Etnografía y Folklore de Galicia I*. Vigo, Edicións Xerais de Galicia).

BOUZA-BREY, F.: "Ritos impetratorios da choiva en Galiza: a inmersión dos 'sacra' e os vellos cultos hídricos". *Actas do Primeiro Congresso de Etnografía e Folklore promovido pola Cámara Municipal de Braga, de 22 a 25 de Junho de 1956*. I. Lisboa, 1963 (Reedición: *Etnografía y Folklore de Galicia I*. Vigo, Edicións Xerais de Galicia).

FIDALGO SANTAMARIÑA, J. A.: "Prácticas 'supersticiosas' en el tratamiento de las enfermedades en la Galicia rural: análisis del 'sartego' de Trasmonte". *Cuadernos de Estudios Gallegos*. Santiago de Compostela. XXXII, (1981).

FIDALGO SANTAMARIÑA, J. A.: "Hacia una integración de los sistemas médicos: utilización del agua en las prácticas de medicina tradicional y medicinal natural". *Cuadernos de Estudios Gallegos*. Santiago de Compostela. XLI, (1993-94).

FILGUEIRA VALVERDE, X.: *Segundo ADRAL*. Ediciós do Castro, 1981.

GÓMEZ DE BEDOYA Y PAREDES, P.: *Historia universal de las fuentes minerales de España, sitios donde se hallan, principios de que constan, análisis y virtudes de sus aguas...* Santiago de Compostela, 1765.

GÓMEZ DE BEDOYA Y PAREDES, P.: *Descripción de 54 fuentes minerales del Reyno de Galicia...* Santiago de Compostela, 1772 (ms. Facultad de Medicina, Madrid).

GONZÁLEZ PÉREZ, C.: "Notas para una historia del Valle del Tea: Las aguas minerales de Bugarín". *Lonxe da terriña,...* Ponteareas, 1975.

GONZÁLEZ PÉREZ, C.: "A fonte de San Vicenzo (Augasantas)". *Brigantium*. A Coruña. V, (1984-85).

LIS QUIBÉN, V.: *La medicina popular en Galicia*. Pontevedra, 1945.

LISÓN TOLOSANA, C.: "Variaciones en agua ritual". *Antropología social: reflexiones incidentales*. Madrid, 1986, p. 62.

LÓPEZ DE LA PEÑA, F.: *Relación dada en cumplimiento de orden superior por el Asistente de Santiago, sobre las aguas de Galicia, en la que trata de las de Bande (...), indicando su naturaleza, usos, virtudes, etc.* Santiago de Compostela, 1772 (ms. Facultad de Medicina, Madrid).

MARTÍNEZ REGUERA, L.: *Bibliografía Hidrológica-médica española...* Madrid, 1896-97.

RODRÍGUEZ FRAIZ, A.: *El santuario de Nuestra Señora de los Milagros de Amil*. Vigo, 1962.
RODRÍGUEZ LÓPEZ, J.: *Supersticiones en Galicia y preocupaciones vulgares*. Lugo, Ed. Celta, 1979.

Segundo a piadosa tradición, desta auga bebeu o Apóstolo Santiago cando andaba predicando por Galicia. O mesmo fan os devotos que acodan á romaxe de Santiaguiño do Monte, en Padrón.

Na fonte da Virxe de Villestro xuntábanse as meigas a noite de San Xoán. As dúas vieiras lembran que está a curta distancia de Santiago de Compostela.

A auga do peito de San Francisco na fonte do convento de Herbón. Carece de propiedades minerais pero está santificada pola presencia do Santo de Asís.

A fonte da Escravitude deita por debaixo do Santuario barroco dedicado á Virxe, situado na estrada de Santiago de Compostela a Pontevedra. Segue contando con moitos devotos, en particular o día da festa.

Na igrexa de Vicenzo de Augasantas (Rois) hai dentro unha fonte santa. Antes eran moitas as persoas que acudían a ela na procura da saúde para os seus e para os animais.

OS ANIMAIS NA MEDICINA MÁXICA TRADICIONAL

Xosé Ramón Mariño Ferro
Universidade de Santiago

O CONTEXTO

Na miña opinión existen na medicina popular dous *puzzles* diferentes, dous sistemas distintos. Distintos e complementarios. Creo que, coma na maioría das sociedades, por non dicir en todas, a tradición occidental distingue, segundo a orixe que lles atribúe, entre doenzas naturais e doenzas sobrenaturais.

Naturalmente, aínda que tódalas culturas distingan entre enfermidades naturais e enfermidades sobrenaturais, os seus usos médicos concretos difiren en grande medida, porque tamén difiren as súas concepcións en torno á relixión e á natureza. No caso das medicinas populares europeas, o contexto relixioso é o Cristianismo; o contexto natural variou co tempo: antigamente era a teoría dos catro elementos e na actualidade a ciencia. Antes a oposición establecíase entre medicina relixiosa e medicina humoral, hoxe entre medicina relixiosa e medicina académica.

Os dous sistemas compleméntanse. En xeral, a medicina relixiosa ocúpase das enfermidades que escapan á competencia dos médicos, antigos ou modernos. Como di Pierre de Lancre, famoso inquisidor do Dezasete, "crese que en tódolos males novos, dos cales os médicos e naturalistas non descobren a causa nin os remedios en Hipócrates, Galeno e outros autores, hai algunha fascinación ou encantamento"[1]. En termos parecidos exprésanse hoxe os curandeiros e os seus clientes.

1. Lancre 1622, 103. Ver Mariño 1986, 213 ss.

Nos últimos anos esforceime, non sei se con algún acerto, en recompoñe-la orde dos dous sistemas tradicionais. Hoxe tratarei dun aspecto do que cando escribín *Plantas, carnes y minerales medicinales* non coñecía datos: a utilización dos animais por razóns que poderiamos chamar con todo rigor máxicas. Pero antes convén repasa-las bases do sistema humoral.

En España a medicina humoral foi practicamente desprazada pola medicina académica e só quedan restos. Sen embargo, segue viva en Hispanoamérica e Filipinas, a onde a levaron os colonizadores. Tamén se conserva nos países árabes, que, o mesmo cós europeos, a recibiron da Antigüidade grecolatina. Se a iso lle sumámo-la medicina oriental, que se basea en similares principios, poderemos afirmar que se trata do sistema médico tradicional máis estendido.

Partindo dos retallos que sobreviven en España sería tarefa imposible reconstruí-la totalidade do sistema. Pero, afortunadamente, contamos cunha longa tradición escrita. Podemos consulta-las obras de Hipócrates, de Galeno, de Celso, de Dioscórides e doutros destacados representantes deste saber médico. Entre eles quero resaltar ó doutor Laguna, a súa traducción e comentarios á obra de Dioscórides descubríronme o fío polo que guiarme no labirinto.

A BASE FILOSÓFICO-NATURAL

A medicina hipocrática é unha medicina natural. Fundaméntase na concepción da natureza vixente en Europa desde a Antigüidade ata o século XVIII. Na base desa concepción está a doutrina dos catro elementos: terra, auga, aire e lume. ¿Por que eses catro? Porque representan os tres estados da materia –sólido, líquido e gasoso– e o elemento transformador da mesma.

Ligadas ós catro elementos están as catro calidades: quente, frío, seco e húmido. A asignación de calidades a cada elemento non supón maiores dificultades: o lume é quente; tamén é quente o aire, pola súa condición de gas (pois os sólidos e os líquidos transfórmanse en gases mediante a calor). En cambio, a terra e a auga son frías. En canto á secura, a auga é húmida e tamén é húmido o aire, por ser como un vapor. O lume e a terra son secos.

Ó referirse ó corpo humano os médicos hipocráticos máis que dos catro elementos falan dos catro humores, é dicir, das catro substancias corporais que máis parecido gardan coa terra, a auga, o aire e o lume. Eses humores son: a bile negra (atrabile, melancolía), a flegma (pituíta), o sangue e a bile (bile amarela, cólera).

A bile negra encóntrase no bazo, de aspecto entre pardo e negro, como a terra. A flegma identifícase co líquido acuoso que sae polo nariz e que procede –pensábase– do cerebro. O sangue asóciase co aire porque o transporta desde os pulmóns ó corazón e deste a todo o corpo para refrixeralo. A bile, é dicir, o líquido que se acumula na vexiga do fel, recorda o lume pola súa cor amarela.

Os humores non permanecen inmutables ó longo da vida dunha persoa. O corpo consómeos e logo rexenéraos a partir dos alimentos. Estes sofren unha primeira cocción no estómago, separándose o quilo dos desperdicios. O quilo vai logo ó fígado, onde se produce unha segunda cocción ou destilación, e a calor separa os humores contidos no quilo segundo á súa densidade: o máis denso, a atrabile, vai ó bazo; o máis lixeiro, a bile, vai á vesícula biliar; o intermedio, o sangue, distribúese polo corpo.

Ese proceso non se desenvolve sempre do mesmo modo. Varía segundo o temperamento da persoa e as circunstancias ambientais. Así por exemplo, unha persoa de natureza cálida producirá máis humor cálido. Os factores ambientais que se teñen en conta son: o lugar, os ventos e as estacións do ano, que varían en calor e humidade. Tamén inflúen os astros, porque, ó estar compostos polos mesmos catro elementos, actúan sobre as plantas, os animais e, desde logo, sobre o corpo humano. Así, Marte, clasificado entre os planetas quentes pola súa cor de lume e a súa proximidade ó Sol, favorece a producción de cólera. En cambio, a Lúa, fría e húmida como a agua sobre a cal exerce a súa acción –segundo amosan as mareas–, incrementa a flegma.

SAÚDE, ENFERMIDADE E CURACIÓN

Unha persoa que posúe os catro humores en perfecto equilibrio mantense sa. Pola contra, a enfermidade xorde cando ese equilibrio se rompe, debido á acción de axentes externos –dieta, ventos, estacións do ano, clima local, etc.– ou a causa das características propias de cada persoa –temperamento, idade, sexo–.

A curación prodúcese cando se logra restablece-lo equilibrio humoral. Na maioría dos casos a mesma natureza encárgase desa misión, por medio de purgas naturais como a menstruación, os fluxos de sangue hemorroidais, os vómitos, etc. Nos casos graves hai que axudar á natureza. O primeiro paso consiste en cambiar de dieta. Inxeriranse comidas, faranse exercicios e tomaranse baños que xeren humores contrarios ós causantes da doenza. Se o desequilibrio se mantén, recórrese ós fármacos e á cirurxía. Entre os medios cirúrxicos destacan a incisión e a sangría, que serven para eliminar do corpo os humores nocivos. Os fármacos principais son os purgantes, substancias de natureza cálida que, coa súa calor, dilatan as vías de saída das purgas naturais favorecendo as evacuacións; e os astrinxentes, que, polo contrario, co seu frío, cerran as vías de saída nos casos en que se padece unha excesiva perda de humores.

¿Como se elixen os fármacos neste sistema? Creo que os fármacos eran elixidos polas súas calidades –calor, frío, humidade e secura– e que estas se deducían de certas características das plantas, os animais e os minerais.

Xa vimos que a enfermidade se debe ó exceso dalgún dos catro humores e que para restablece-lo equilibrio se empregaba, amais da Cirurxía, a Dietética e a Far-

macopea. A Dietética tiña como fin favorece-la producción do humor contrario ó pecante. Por iso, entre outras cousas, prescribíase o consumo de alimentos con calidades opostas ás do humor causante da enfermidade. Por Farmacopea entendíase a utilización de medicinas de diversas calidades, segundo se desexase purgar ou astrinxir.

O que quero dicir é que tanto no caso da Dietética coma no da Farmacopea elixíanse as substancias en razón das súas calidades naturais, é dicir, calor, frío, humidade e secura.

Agora ben, ¿como sabían de que calidade está dotado cada ser natural? ¿Asignábanlla ó chou ou dentro dun sistema? A miña resposta é: asignábanlla de acordo coas súas propiedades (sabor, color, etc.) ¿E que calidades lle asignaban a un determinado sabor ou color? As mesmas que posúe o humor que, por natureza, tamén ten ese sabor ou color.

A atrabile, é dicir, o humor que hai no bazo, é aceda e negra. A flegma, como a auga, é insípida e incolora ou branca. O sangre é doce e vermello. E a bile é amarga e amarela. Pois ben, se unha planta é amarga, considérase quente e seca como a cólera; se unha planta é aceda, considérase fría e seca como a atrabile; etc. Se unha planta é vermella, considérase quente e húmida como o sangre; se é branca, fría e húmida como a flegma, etc.

Pero, como xa pensaría o lector, as plantas amarelas non son sempre amargas, nin as vermellas son doces, nin as brancas insípidas, nin as negras acedas. ¿Como se resolve o problema? Outorgando preeminencia á clasificación segundo os sabores. Para os hipocráticos, o sabor amosa a auténtica natureza das plantas; a cor, na maioría dos casos, é unha simple pintura externa que non afecta á súa verdadeira natureza.

Pero nalgúns casos nin sequera fai falta recorrer ó sabor porque as aplicacións médicas das plantas aparecen máis claras e patentes. Resulta que existen plantas que amosan por medio dun signo formal a enfermidade ou o órgano que son capaces de curar. Estamos ante a teoría da signatura.

Henri Leclercq escribe: "Toda sustancia leva signos exteriores, unha *sigillation* (ou signatura máxica) destinada a indica-los órganos ós cales corresponde e as afecciòns deses órganos que cura"[2]. Entenderase perfectamente cuns exemplos.

O froito do xirasol "é redondo e pendente como as verrugas que se chaman acrocordonas"; por iso, "aplicado en forma de emplasto con sal, extirpa as verrugas pendentes". A semente da "alacranera" (*Coronilla scorpioides*) é semellante á cola do alacrán; aplicada en forma de emplasto é remedio soberano ás mordeduras dese animal.

O "pinillo de oro" (*Hypericum ericoides*) "quebranta as penas ata abrir gretas na roca viva e mete nelas as raíces"; de aí deduciuse que é capaz de quebranta-las

2. Cit. Goursaud 687. Ver Saintyves 43.

pedras ou cálculos. Os bulbiños da raíz da saxífraga empréganse "para desface-los cálculos urinarios e a areíña. Esa virtude parece ser consecuencia das suxestións derivadas da forma granuloide dos bulbiños radicais"[3].

Unha das especies de cambroeira (*Lycium halimifolium*) ten uns grans do tamaño dos garavanzos, "no medio dos cales se ven unhas formas de corazóns humanos perfectamente estampadas; de onde queren algúns xulgar que tal planta posúa especial virtude contra as fraquezas do corazón, e que a este respecto sinalouna así a natureza".

As carabuñas dos dátiles moídas confortan o corazón. "Coñécese que son cordiais as ditas carabuñas en ver que se partimos ó través calquera delas polo medio, en cada metade amósase un corazonciño moi vermello, perfectamente esculpido. Por este sinal quíxonos declara-la natureza o amigas que son do corazón".

A virtude máis loada da herba das doas (*Lithospermum officinale*) é a litotrítica. Suponse que usándoa se desfán as pedras ou cálculos urinarios. Tal crenza parece basearse, unicamente, na teoría da signatura, pola dureza e o aspecto pétreos dos seus froitos[4].

A aplicación da escrofularia ás escrófulas foi suxerida pola forma dos tumores que se forman na cepa desta especie. As vellas usan flor de San Diego para recupera-la fertilidade porque esa planta é capaz de manifestarse na senectude, pois non é planta de primavera, coma os demais ranúnculos, senón daquela primavera outonal que no noso clima provocan as chuvias de setembro, cando todo está xa cansado de vexetar[5].

A borraxa brava (*Echium vulgare*) amosa entre as súas follas unhas flores purpúreas, e nelas certa semente semellante á cabeza de víbora. "Ten –asegura Laguna– tan gran virtude en defendernos das víboras que expresamente a quixo sinala-la Natureza dándolle por singular timbre e airón de tan sinalada victoria, nas extremidades dos seus talos, moitas cabezas viperinas, polas que fose coñecida e reverenciada"[6].

As orquídeas, que teñen dúas tuberosidades semellantes ós compañóns, empréganse para espertar e aguilloa-la virtude xenital. As poliñas da roseira silvestre, cos seus aguillóns, "recordan os dentes cairos da queixada dun can; preservan contra as mordeduras do can rabioso". "Os froitos de tódolas roseiras, redondeados ou ovoides, e con grans moi duros no seu interior, que recordan os cálculos urinarios, serven para desfacelos e botalos"[7].

3. Font 294, 302.
4. Font 557-8.
5. Font 609, 231, XXXVII.
6. Laguna IV, 29.
7. Font XXX.

O froito do beleño representa unha moa podre; por iso se emprega contra a caries. As follas da laranxeira fan xunto ó rabo certo corazonciño, de onde se deduce que fortifican admirablemente o corazón. "A ficaria bota un grupiño de prolongadas tuberosidades que recordan as hemorroides externas, polo cal se empregan para combatelas"[8].

O coandro (*Asplenium trichomanes*), "polos negros pedúnculos dos seus frondes, levou a crer que é un excelente tónico capilar". "Coas noces a medicina das similitudes encontrou un remedio contra as afeccións da cabeza. A casca verde daquelas representa o coiro cabeludo; a outra casca, dura e leñosa, corresponde ós ósos do cranio; a película amarelada ou leonada que recobre a améndoa equivale ás meninxes; e a propia améndoa, ós hemisferios cerebrais"[9].

Esta teoría da signatura, coma o resto da medicina hipocrática, pervive no noso século. Font Quer, de quen extraemos moitos dos exemplos antes citados, conta que herborizando no balneario de Cardó, pouco despois da Guerra Civil, preguntoulles a dous pastores polo nome do *Polypodium vulgare*, pero descoñecíano. Entón díxolles: "Aquí chamámoslle herba das vexigas". E amosóulle-lo envés varioloso, cos numerosos montonciños de esponxiarios, como pústulas variolosas. Un dos pastores quedou pasmado e díxolle ó seu compañeiro: "¡Mira como a propia planta che declara a súa virtude!"[10].

Os minerais compórtanse de forma moi parecida ás plantas. Tamén é o sabor o criterio fundamental, pero os *signa* non se descoidan. Así sucede coa tarnicen –un tipo de xaspe– e a seralicen. Na tarnicen aparece a figura dunha sambesuga; "e a súa virtude é tal que se a poñen na boca dalgún animal que teña sambesuga no corpo ou na garganta, atráea con tal forza que a fai vir apegarse a ela". A seralicen "seméllase en forma e cor ó bazo do home; ten tal virtude que aquel que a trae consigo cinguida, sanda de todo mal de bazo"[11].

En canto ós animais, os criterios varían un pouco. "Dos corpos dos animais –escribe Al-Razi–, en xeral, dise que son cálidos e húmidos cando se poñen en relación con outros corpos que non pertencen á especie animal, porque a calor e a humidade, sen excepción, predominan nos animais, aínda que algúns por excepción son fríos e secos, como as formigas e as abellas, entre outros"[12].

Segundo Averroes, "o erro dalgúns ó interpreta-lo aserto dos antepasados: 'o animal é de complexión cálida e húmida', foi crer que se referían á natureza nel predominante, cando o expresaron así en relación coas plantas ou comparando o ser

8. Font XXXI-II.
9. Font XXXII-III.
10. Font XXVII.
11. Afonso X n.º 179, 297.
12. Al-Razi 35.

vivo co morto; porque entre os animais hainos de complexión fría e seca, así por exemplo, abellas, moscas e formigas"[13].

Noutras palabras: comparados coas plantas, os animais son, en xeral, en conxunto, quentes e húmidos, pois a carne ten esa natureza. Pero existen especies concretas que son frías. Tamén existen especies máis quentes ca outras.

O feito de que en xeral sexan cálidos e húmidos, igual có home, fai que o seu emprego como fármacos teña escasa importancia. Salvo excepcións, non posúen a calor ou o frío necesario para actuar dunha maneira rápida e eficaz sobre o corpo humano. En cambio, coa súa calor ou frío moderados, poden propiciar, a longo prazo, a xeración dun determinado humor; o cal os converte en elementos importantes da dieta.

¿Como se coñecen as súas calidades? Vimos que a natureza das plantas se coñecía polos seus sabores. Ese sistema de clasificación dificilmente se podería aplicar ós animais, pois as carnes, aínda que variadas en sabor, non son acedas, picantes, amargas, etc. Como di Aristóteles, "é xustamente nos vexetais, sobre todo, onde se encontran os sabores"[14].

Se falta ese sinal téñense en conta outros varios: o medio en que viven, a velocidade, o carácter, etc.

A relación entre o medio e as calidades queda ben clara na teoría de Leucipo e Demócrito sobre a orixe dos seres vivos: "Os que contiñan a maior calor, partían cara ás rexións altas e chegaban a ser volátiles; aqueles que, pola súa parte, posuían unha composición terrosa formaban o xénero dos réptiles e dos outros animais terrestres; e, por último, os que tiñan parte maior de natureza húmida, afluían cara á rexión de natureza similar á deles, e recibían o nome de acuáticos"[15].

Falando sobre a natureza dos seres vivos, Aristóteles di: "Na constitución duns entra máis a terra, coma nas plantas; na doutros é a auga a que predomina, coma nos animais acuáticos. En canto ás aves e ós animais terrestres, uns están formados de aire e outros de lume"[16].

Esta clasificación xeral sofre variacións por diversos factores. Un deles é o carácter. Os animais feroces, irascibles, é dicir, coléricos, son cálidos. Tamén son cálidos os que se moven moito e os áxiles e veloces. En cambio, os lentos e mansos denotan frialdade. Dío Aristóteles: "É a calor o que produce o movemento"; e Galeno confírmao: "Entre os animais o que é máis quente é máis activo"[17].

13. Averroes 75.
14. Aristóteles *Parva natura* 441b.
15. Eggers III, 257 e ss.
16. Aristóteles VI, 270. Ver 1961, 129.
17. Arist. 1961, 48; en Daremberg II, 99.

Segundo o Marqués de Villena os animais posúen naturezas diferentes, porque están formados con distintas proporcións dos catro elementos. "Aqueles que tomaron máis do lume e do aire –elementos cálidos– foron máis lixeiros, así como as aves, e aqueles que tomaron máis de lume que de aire voan máis lixeiro, así como o gabián, *arexaque* ou birrio, e os outros que tomaron máis de aire ou de auga voan máis pesado, así como patos ou miñatos, garzas e outros semellantes. E doutros que tomaron máis do lume –cálido e seco– foron cólericos, así como o león, lixeiro e colérico; e os que tomaron máis de terra son melancólicos, así como o boi e o asno; e os que tomaron do elemento da auga foron flegmáticos, así como os peixes, especialmente sen escamas"[18].

Son fríos os animais sen sangue, que é cálido e húmido. Di Al-Razi: "Todo órgano que carece de sangue é máis frío có que ten sangue nunha boa cantidade". Os cefalópodos, crustáceos e insectos, por carecer de sangre, teñen –segundo Aristóteles– natureza fría. Segundo Cárdenas, a araña, o mosquito, o alacrán, a formiga, etc., "por carecer de sangue, son de temperamento frixidísimo e sequísimo"[19].

En cambio, os animais carnosos e corpulentos, é dicir, os sanguíneos, por ter moito sangue, son cálidos e húmidos. Son así mesmo cálidos os que teñen moita graxa[20].

Os animais nocturnos son, coma a noite, fríos. Por exemplo, o rato e o bufo. Tamén son de natureza fría os frientos, como a salamántiga[21].

Secos son, con toda lóxica, os que beben pouco e non mexan. O autor de *Sobre la dieta* di: "En canto ás aves, pasa o seguinte. En xeral, todas son máis secas cós cuadrúpedes. Pois tódolos animais que non teñen vesícula carecen de ouriños e de saliva, xa que a causa da calor do ventre consómese a humidade procedente do corpo no alimento para o elemento cálido, de modo que non teñen ouriños nin saliva. E en quen está falto de humidade forzosamente que a carne ten que ser seca. A máis seca é a da pomba torcaza, en segundo lugar a da perdiz, e en terceiro as da pomba, a galiña e a rula. A máis húmida é a de ganso. As que se nutren de gran son máis secas cás outras. As carnes de pato e demais aves que viven nos pantanos ou sobre as augas son todas húmidas"[22].

Os sinais formais e, sobre todo, o comportamento tamén son moi importantes á hora de decidi-lo emprego médico das carnes. E aquí entramos xa no tema central da presente exposición.

18. Villena 1983, 103; Lawn 26, 97, 129; Jatib 99, 184, Morin 221.
19. Arist. 1961, 119; Al-Razi 43, Cárdenas 206.
20. Cárdenas 207.
21. Morin 221, Laguna 156.
22. Arist. 1957, 517, 548; Hip. III, 64; Joly 111, Laín 321.

OS ANIMAIS COMO FÁRMACOS MÁXICOS

Aguia

Segundo Plinio varias especies de aguias utilizan, para construí-lo seu niño, a pedra etite, que posúe virtudes curativas sempre e cando sexa collida no niño da aguia[23]. Laguna di que efectivamente se poden encontrar no seu niño. Os antepasados crían que as aguias levábana ó niño para facilita-la posta. Dioscórides afirma que, atada á coxa da parturiente, lle axuda a parir sen dor. O propio Dioscórides dáno-la razón simbólica –dentro da teoría das signaturas– dese emprego: "A pedra da aguia soa ó meneala, por *estar como preñada doutra pedra,* que ten dentro de si"[24]. Plinio di: "Resoa cando se sacode, encerrada como dentro dun útero"[25]. Efectivamente, a etite é unha "concreción de óxido de ferro en bólas informes, composta de varias capas concéntricas de cor amarela e parda avermellada, xeralmente cun nódulo da mesma substancia solto no interior da bóla"[26].

Andoriña

"Polo que atinxe ós polos da andoriña –escribe Aristóteles–, se, cando son aínda novos, lles pica un os ollos, os referidos polos despois sandan e ven"[27]. Plinio tomándoo de Aristóteles di: "As crías da andoriña son cegas ó principio, como as de case tódolos paxaros que teñen unha proxenitura numerosa"[28]. Eliano, citando erroneamente a Aristóteles, atribúe o poder de recupera-los ollos ás andoriñas adultas: "Aristóteles di que hai en Samos unha andoriña branca. Se alguén quebranta os seus ollos, queda cega inmediatamente, pero despois recupera a vista, ilumínanse as súas pupilas e outra vez volve ver"[29]. "Na miña opinión o don máis estimable outorgado pola Natureza á andoriña é o seguinte: se por casualidade os seus ollos son atravesados por unha fíbula, recupera a vista"[30]. Fournival: "Comprobouse que se ás pequenas andoriñas lles sacan os ollos, e se devolven ó niño, verán de novo antes de chegar a medrar de todo. Pénsase que a andoriña as cura, pero descoñécese cal é o remedio"[31].

23. Plinio X, 12.
24. Dioscórides V, 118; ver Covarrubias 869.
25. Plinio X, 12.
26. Diccionario Academia.
27. Aristóteles VI, 5 (563a). Ver II, 17 (508b); *Xeración dos animais* IV, 6 (774b).
28. Plinio X, 165 (60). Ver Aristóteles *Xeración dos animais* IV, 6 (774b). Logo citarémo-lo texto.
29. Eliano XVII, 20.
30. Eliano II, 3.
31. Nalgunhas versións da Biblia tradúcese por "golondrina" o animal do cal o seu excremento cegou a Tobías (Tb 2, 10). De aí que nalgúns Bestiarios –por exemplo, o de Latini– se recolla esa crenza. Pero en realidade trátase de gorrións.

O remedio, segundo unha tradición que perviviu durante séculos, é a celidonia. Plinio: "A andoriña amosóuno-lo poder curativo para a vista da celidonia ó tratar con esta planta a inflamación dos ollos dos seus pequenos"[32]. Eliano parece facer referencia a ela: "Os pitos son lentos en abri-los ollos, como lles acontece ós cachorros dos cans. Pero a andoriña recolle e trae unha herba e con ela pouco a pouco conseguen ver; logo, despois de permanecer quietos algún tempo, cando xa poden voar abandonan o niño para buscar alimento. Os homes devecen por posuír esta herba, pero aínda non conseguiron o seu propósito"[33]. Dioscórides: "Escriben algúns que as andoriñas ó cegar algunha das súas crías logo restablécenlle-la vista, tocándolles con celidonia nos ollos"[34]. *Bestiario Toscano*: "Se alguén lles saca os ollos ás súas crías cando están nos niños, sempre a andoriña acode e leva unha herba alí e pona sobre os ollos, e de seguida ven, e recuperan a vista... Esta andoriña cando lles devolve a vista ás súas crías ó darse de conta de que teñen dano, podemos comparala a Deus Noso Señor, que lles devolve a vista ós seus fillos, porque os que están de acordo co camiño do pecado están cegos". Covarrubias: "Deulle Deus un instinto natural que, nacendo as súas crías cegas, busca unha herba coa cal refregándolle-los ollos ven logo, e por iso lle puxeron do seu mesmo nome a herba celidonia, que vale tanto como herba das andoriñas". A crenza mantense na cultura popular[35], aínda que ás veces se descoñece o nome da planta[36]. En Normandía afirman que cura os ollos feridos das súas crías cunha pedriña que busca na beira do mar; esa pedriña servirá logo como remedio[37].

A explicación ofrécenola o mesmo Aristóteles na *Xeración dos animais*: "Hai paxaros que teñen crías inacabadas e cegas: son os que teñen moitas crías e un corpo que non é grande, como a choia, a pega, os gorrións, as andoriñas... Velaí a razón de que se se lles pican os ollos ás andoriñas mentres son novas, recobran a vista: esta ferida intervén no transcurso do seu desenvolvemento, antes de que acabe, por iso continúan o seu crecemento ou reiníciano"[38]. O Padre Feijoo tamén ve nese texto a explicación: "O uso que se di que fai a andoriña da celidonia, restituíndolle-la vista ós seus polos con ela, lese en moitos autores, e está moi propagado no vulgo... Todo é falso. O que hai de verdade, e o que, en parte, motivou a fábula, é que, se ós polos da andoriña lles pican os ollos, perden o uso da vista, pero dentro de moi breve tempo recóbrano. Aristóteles só di isto"[39].

32. Plinio VIII, 98 (41).
33. Eliano III, 25.
34. Dioscórides II, 171. Tamén Laguna. Ver Latini.
35. Cabal 365.
36. Guichot 100.
37. Sébillot 216.
38. Aristóteles *Xeración dos animais* IV, 6 (774b). O feito é real: Ver nota de Platt á traducción inglesa.
39. Feijoo *Suplemento al Theatro Crítico* IX, páx. 35. Cit. Font 247.

Esa recuperación debeu parecer aínda máis asombrosa nunha ave como a andoriña, dotada dunha vista excelente: "En canto ós sentidos, o que ten máis desenvolvido é o da *vista*: chega a distinguir en voo e a grandes distancias os insectos máis diminutos"[40]. Pero, ¿por que con celidonia? En primeiro lugar porque esta planta, como se infería do seu sabor acre e picante, era "moi quente e con gran virtude de purgar" e, polo tanto, valiosa para cura-los ollos e tamén para outras enfermidades[41]. Sen embargo, existindo, como existían, moitas plantas quentes que se empregaban para as enfermidades oculares, ¿por que se relacionaba a andoriña especialmente coa celidonia? A razón encontrámola en Dioscórides: "Parece que lle deron este nome de celidonia, que quere dicir herba das andoriñas[42], porque nace cando veñen as andoriñas, e cando marchan seca e murcha"[43]. San Isidoro: "A celidonia chámase así porque agroma, segundo parece, coa chegada das andoriñas; ou porque, segundo din, as andoriñas curan con esta herba os ollos"[44]. O cal responde á realidade[45]. Mesmo existe outro aspecto que relaciona a celidonia coa andoriña, aínda que non podemos probar que os antepasados o tivesen en conta á hora de elabora–la crenza: "Non lle desagrada a compañía do home, xa que se encontra con frecuencia nas proximidades das casas de labranza, dos currais, e en fin, de toda clase de construcciónes rurais habitadas"[46].

Como ave de boa vista e que sabe cura-las enfermidades dos ollos, ela mesma pode servir como medicamento: "Comidas as andoriñas –asegura Dioscórides– aguzan moito a vista, para o cal tamén serve a cinza das andoriñas"[47].

Atún

Segundo Eliano, "se un rapaz desexa conserva-lo seu queixo sen pelos o maior tempo posible, mollándoo co sangue dun atún quedará imberbe"[48]. Este uso con toda seguridade débese a que "a pel do atún é grosa e está cuberta de escamas que diminúen de tamaño no sentido anterior-posterior. As rexións posterior e ventral caracterízanse polo seu aspecto *liso*, ó esta-las escamas perfectamente incrustadas no tegumento"[49].

40. Alvarado IV, 376.
41. Laguna II, 171.
42. Esa etimoloxía é verdadeira.
43. Dioscórides II, 171. Ver Mugarza II, 17.
44. *Etimologías* XVII, 9, 36.
45. Font 245.
46. Font 245.
47. Dioscórides II, 49.
48. Eliano XIII, 27.
49. *Gran Enciclopedia Gallega*. Ver Grassé III, 100.

Avestruz

"As *patas* son longas, *sen plumas* en case toda a súa extensión"[50]. E como as plumas equivalen ós pelos, entendémo-la aplicación que Alberto el Grande fai das patas: "Se se colle a pata esquerda dun avestruz macho e se fai ferver con aceite, friccionando a raíz do cabelo e o coiro cabeludo con aquel aceite, cae o pelo e non volve a nacer"[51].

Balea

Segundo asegura Hélinat de Froidmont, nos claustros servíase asado de balea como remedio contra a luxuria[52]. Utilidade baseada, sen dúbida, no comportamento sexual das baleas. Crese en Andalucía que "a balea pare cada sete anos, no mes de San Xoán"[53]. En efecto, algunhas especies, aínda que non todas, paren no mes de *xuño*[54]. E se non paren cada sete anos si é certo que o fan *cada dous, tres ou mesmo cada catro*[55]. O sete neste caso significa un número elevado de anos. Cantimpré, citando a Aristóteles, afirma que "os animais corpulentos son de escasa fecundidade". E, falando en concreto da balea, di: "A balea copula despois dos tres anos en coito fugaz". O cal implica pouca actividade sexual, o que deu idea da súa utilización contra a luxuria.

Cabalo

Sobre o celo das eguas Aristóteles escribe: "Entre as femias, *devecen por copular*, a que máis a egua, e logo a vaca. Así, pois, as eguas tolean polos cabalos"[56]. "A cubrición das eguas non é penosa para elas, como o é a das vacas. O cabalo e a egua son, despois da especie humana, os máis luxuriosos das femias e dos machos"[57]. Copulan en calquera época do ano e durante toda a súa vida[58]. En *A xeración dos animais* afirma que "as únicas femias que seguen aceptando o coito despois de estar preñadas, son a muller e a egua"[59]. O mesmo repetirán Plinio e Eliano[60]. O *Libro das utilidades dos animais* di do cabalo que "gústalle emparellarse, pero non os fillos". Segundo Cantimpré, "os cabalos provocan a súa luxuria cheirándose boca con boca".

50. R. de la Fuente I, 132.
51. Alberto 101.
52. Malaxecheverría 1982, 40; Huizinga.
53. Guichot 96; ver Machado 416.
54. R. de la Fuente X, 283; *Enciclopedia General del Mar.*
55. R. de la Fuente X, 298; *Enciclopedia General del Mar.*
56. Aristóteles VI, 18 (572a).
57. Aristóteles VI, 22 (575b).
58. Aristóteles VI, 22 (576b).
59. Aristóteles *Xeración dos animais* IV, 5.
60. Plinio X, 182 (63). En VIII, 164 (66), mal interpretando un texto de Aristóteles (*Xeración dos animais* II, 8), fala da pouca capacidade reproductora das eguas. Eliano IV, 11; ver XV, 25.

Como o semellante produce o semellante, certas partes do cabalo empréganse como afrodisíaco. Aristóteles cóntanos que as eguas en celo e sen macho "non consenten que ningúen se achegue a elas, ata que, unha de dúas, ou deixan de correr de cansazo ou chegan ó mar. Entón expulsan unha substancia: desígnase co nome de 'loucura de egua', o mesmo que a que presenta o poldriño ó nacer, e é como a mucosidade da porca, pero a de egua é o que máis buscan as mulleres dedicadas ás drogas e ás apócemas". "Flúelles dos órganos xenitais un líquido parecido ó esperma, pero moito máis fino có do macho: é este líquido o que algunhas persoas lle chaman 'loucura de egua' e non o que está adherido ós poldriños no momento de nacer"[61]. Nas *Xeórxicas* Virgilio menciona esa crenza: "Destilan do útero o espeso veleno que os pastores denominan hipómanes, o cal adoitan recolle-las malditas madrastas para mesturalo con herbas e conxuros"[62]. O hipómanes, certamente, existe: "O celo preséntase na egua a intervalos mal determinados e con frecuencia irregulares, e recoñécese no estado de excitación do animal, que rincha con frecuencia; nos movementos da vulva e en que desta flúe un *líquido abrancazado*"[63].

Pero tamén se lle chama hipómanes a unha excrecencia carnosa, así mesmo afrodisíaca: "En canto pare –di Aristóteles–, inmediatamente devora as parias e córtalle a dentadas a excrecencia que lle sale na fronte e que se chama 'loucura de egua'. Esta excrecencia é, no que respecta ó tamaño, un pouco máis pequena ca un figo paso, e, en canto á forma, plana, redonda e negra. E se un se anticipa á egua conseguindo facerse coa referida substancia, e a cheira a egua, esta alporízase e ponse furiosa ó cheirala. Esta é a razón pola que tamén as magas buscan esta substancia e fan provisión dela"[64]. "A excrecencia chamada 'loucura de egua' –engade noutro lugar– sáelles, xusto na maneira que se conta, ás crías de egua, pero as eguas devórana de raíz lambéndoa e limpándoa. Pero as narracións referidas verbo disto son, máis ben, ficcións inventadas por mulleres e as persoas dedicadas ós encantamentos. Por outro lado, segundo todos conveñen, tamén as eguas expulsan antes que á cría a membrana do poldriño"[65]. Na exquisita prosa de Eliano: "Cando unha egua pare, din uns que un pequeno anaco de carne queda adherido á fronte do poldro; outros que ó seu lombo, e outros, pola súa vez, que ós órganos xenitais. Esta carne a nai destrúea a dentadas e chámase 'frenesí da egua'. Isto sucede pola piedade e compaixón que a Natureza sente polos cabalos, porque se o anaco de carne se conservase adherido ó poldro para sempre, os cabalos e as eguas veríanse inflamados por un desexo irrefreable de realiza-la cópula... Saben isto moi ben os que

61. Aristóteles VI, 18 (572a).
62. *Xeórxicas* III, 280.
63. Espasa.
64. Aristóteles VI, 22 (577a). Plinio di o mesmo: VIII, 165 (66). Ver Virgilio *Eneida* IV, 515; Juvenal VI, 132.
65. Aristóteles VIII, 24 (605a).

coidan cabalos, e se algunha vez necesitan o devandito anaquiño de carne para acende-lo lume amoroso nalgunha persoa, vixían a egua preñada e, cando pare, quítanlle o poldriño ó momento, córtanlle a este a devandita carne e póñena ante o pezuño dunha femia, porque só alí estará ben coidado e vixiado; ó poldro sacrifícano ó sol nacente, porque a nai non quererá aleitalo por perde-lo seu distintivo e non posuí-la proba do seu amor –xa que a nai empeza a demostra-lo seu amor apaixonado ó fillo mediante o acto de come-lo anaco de carne-"[66].

Cangrexo

Tendo en conta as súas mudas e que a enfermidade chamada cancro recibe o seu nome da palabra latina correspondente a cangrexo, entenderémo-lo tratamento seguido por Andrés de Laguna para as chagas cancerosas: "O po de cangrexos aplicado sobre calquera chaga corrupta e cancerada, logo atalla toda a corrupción... Estando Diego Galván xa desafiuzado de cirurxiáns e médicos a causa dun certo apostema que se lle cancerou e que lle ía comendo case tódalas tripas, ordenei que lle botasen sobre toda a chaga o po de cangrexos queimados, feito isto, xerouse naquela noite, sobre a parte enferma, unha bostela dura e moi negra, que arrincou consigo toda a carne infecta e corrupta, deixando a chaga limpa e avermellada como un coral; a cal cicatrizou despois facilmente dentro de poucos días"[67].

Con cangrexos atállanse os efectos do veleno. Asegura Plinio que "son un remedio contra a picadura das serpentes"[68]. Segundo Dioscórides "son útiles contra as mordeduras das serpentes e contra as picaduras do alacrán"[69]. Aristóteles di que os cervos úsanos para contrarrestar calquera veleno: "Cando os cervos foron mordidos por unha tarántula ou algún bicho polo estilo, recollen cangrexos e cómenos: parece que esta medicación é tamén boa para as persoas, pero desagradable"[70].

Por dúas razóns puideron supoñe-los antepasados que os cangrexos servían de antídoto contra o veleno. Por un lado temos que, coa armadura formada polo *cacho* e coas temibles *pinzas*, o cangrexo encóntrase entre os animais cuns medios de defensa naturais máis chamativos; non debe sorprender, entón, que animal tan ben defendido se convertese en *medio de defensa* simbólico. Por outro lado está un feito observable: "Certos cangrexos levan no seu lombo unha variedade de *anémona* mariña, un animal con forma de planta que é capaz de aguilloear á súa víctima ó xeito da medusa. Ó verse atacada, a anémona mariña dispara unha gran cantidade de diminutos proxectís que teñen agullas para penetrar na pel do inimigo; como o seu veleno é moi forte, poucos son os que se atreven a agredir ó afortunado animal".

66. Eliano XIV, 18; ver III, 17. *Bestiario de Oxford*, Latini.
67. Laguna II, 10.
68. Plinio IX, 99 (31). Ver Dioscórides II, 10; Thompson 1947, 106, 193; McCulloch 173.
69. Dioscórides II, 10.
70. Aristóteles IX, 5 (611b); ver Plinio VIII, 97 (41).

Naturalmente, o cangrexo é inmune a ese veleno[71]. E de aí deduciuse que os cangrexos, en xeral, anulaban os efectos de calquera pezoña.

Cantáride

Seguindo unha crenza común, o Marqués de Sade utilizaba o po de cantáride como afrodisíaco[72], desexoso de copular coa mesma paixón que amosa o insecto: "O *emparellamento* dura un día e unha noite, despois do cal o macho se desmaia, pero segue unido polo pene á femia, que o arrastra, indo de folla en folla. Ás veces tamén devora o corpo do macho, pouco a pouco, aquí e alá. Cando a abandona é para morrer. A femia pon e á súa vez morre"[73].

Castor

Utilízase para atalla-la dor de dentes[74]. Utilización que comparten outros roedores de dentes fortes, pero o castor é especialmente indicado porque "para corta-las árbores está dotado de *recios incisivos*"[75]. Di Aristóteles: "Está provisto duns dentes potentes. En efecto, sae a miúdo da agua pola noite e secciona cos dentes os álamos da beira do río"[76]. Plinio fai unha comparación que tería éxito: "Corta as árbores coma cun ferro" [77] Segundo Cantimpré "é de moi poderosa dentada". Laguna copia a Plinio: "Ten entre outras cousas uns dentes de aceiro".

Cegoña

A cegoña, amais doutras cousas, come *cóbregas*[78]. Como se alimenta de serpentes, o seu estómago –supuxo Cantimpré– debe servir de antídoto contra os velenos.

Cervo

Di Plinio: "Este animal non é sensible ás febres, e incluso as cura"[79]. Latini: "Nin un só día da súa vida padece febre; é por esta razón que algunhas persoas comen a súa carne cada día antes de comer, e desa maneira permanecen a salvo da febre"[80].

71. George 333.
72. Clébert.
73. Gourmont 137.
74. Laguna II, 23.
75. Grassé III, 340; George 177.
76. Aristóteles VIII, 5 (595a).
77. Plinio VIII, 109 (47).
78. Brehm II, 209; Francé 341.
79. Plinio VIII, 119 (50).
80. Ver tamén *Bestiario de Oxford*; *Bestiario de Cambridge*; Covarrubias; McCulloch 174

¿Como se deduciu que non padecía febres? Do seu carácter covarde inferiuse que carecía de fel[81], pois a valentía asociábase coa bile[82]; e que o seu era *frío* de natureza[83]. Nesta clasificación tamén influíu a súa fama de animal melancólico –a melancolía ou bile negra é fría e seca–[84]. Cantimpré estima que a súa carne é melancólica. Como animal frío non é propenso a padecer *febres*, que se caracterizan por producir calor[85].

Chorlito

Considerábase que coa mirada podía cura-la ictericia. Segundo parece deducirse dun fragmento de Hiponacte, os que se dedicaban a vendelos levábanos cubertos ó mercado, a fin de que non absorbesen a ictericia dos posibles enfermos que os mirasen[86]. Di Plutarco: Os ictéricos "curan mirando un chorlito; tal natureza e temperamento parece te-lo animal, que atrae e recibe a afección cando sae, como unha corrente, pola vista. De aí que os chorlitos non lles dirixan a mirada ós que teñen icterica nin llela aguanten, non porque lles neguen, como algúns cren, o seu poder curativo, senón porque son feridos como polo golpe"[87]. Eliano: "Se unha persoa se ve infestada de ictericia e o mira fite a fite, aquel aguanta a mirada coa mesma impasibilidade que se sentise celos dela, e esta mirada retadora cura a mencionada enfermidade da persoa"[88]. O *Fisiólogo* latino di: "Se alguén está enfermo, o *charadrio* coñece se a súa enfermidade é mortal ou non. Se o é, o *charadrio* aparta del a mirada e todos comprenden que morrerá; pero se a enfermidade non é mortal, o *charadrio* mira de fronte ó enfermo e o enfermo ó charadrio. O charadrio absorbe a enfermidade do doente e, voando polos aires cara ó sol, queima a enfermidade e esparéxea"[89]. Tomás de Cantimpré: "É de tal natureza que nalgunhas ocasións se se achega a un enfermo, amosa con certeza ós presentes se o enfermo vai morrer ou vivir. En efecto, se mira a cara do enfermo e aparta os seus ollos, é sinal de morte, e se non aparta os ollos, é signo de vida, pois fíxase na súa cara e recolle tódalas enfermidades daquel enfermo inmediatamente". Honorio de Autun –coma no *Fisiólogo*– engade que o paxaro, unha vez que absorveu a enfermidade, voa cara ós raios do sol ata que o mal que absorbeu

81. Aristóteles II, 15 (506a); Plinio XI, 191 (74).
82. Mariño 1988. Plinio considérao o máis pacífico dos animais: VIII, 112 (50).
83. Dioscórides e Laguna II, 52; López 142; Durayhim 29.
84. Chevalier, Méndez Ferrín, Gervaise.
85. Mariño 1988 "Fiebre".
86. Gil 208. Os médicos hipocráticos receitaban caldo de chorlito para a ictericia (*Sobre las afecciones internas* VII 260, 4L). A razón era a mesma que imos ver despois.
87. Plutarco *Charlas de sobremesa* V, 7.
88. Eliano XVII, 13; ver Plinio XXX, 28 (11).
89. O mesmo di a versión atribuída a San Epifanio.

sae e o enfermo queda curado[90]. *De Bestiis et aliis rebus* ofrécenos unha versión un pouco máis imaxinativa: "Se se trata dunha enfermidade mortal, o *caradrio* aparta inmediatamente o seu rostro daquel home, e non hai dúbida de que morrerá. Se, ó contrario, debe fortalecerse e curarse, o *caradrio* mírao atentamente e, achegándose a el, ponlle o pico na boca e mediante o seu alento absorbe toda a enfermidade no seu propio corpo; despois, bótase a voar cara ó sol, queima a enfermidade e dispérsaa, e o enfermo cura"[91]. *Alexandre* remata: "Ó dirixi-la mirada, reciben en si mesmos a enfermidade do enfermo, e lévana polos aires para que morra no lume, que é o cuarto elemento, que consome tódalas enfermidades, sexan as que sexan"[92].

A explicación é a seguinte: o chorlito, coma o alcaraván, ten *grandes ollos amarelos*[93]. Se, posto ante un enfermo de ictericia, fixa os seus ollos nel –o cal é bastante probable–, coa cor amarela dos seus ollos absorbe a cor amarela dos ollos do enfermo –lugar onde primeiro se detecta a enfermidade–. (É práctica moi coñecida en Galicia cura-la ictericia mirando plantas que se poñen amarelas). Se deixa de miralo, suponse que tal comportamento non se debe á pura casualidade, senón a que o paxaro intúe que a enfermidade está demasiado avanzada para poder curala. Logo sóltase o paxaro, que sairá voando. Honorio de Autun interpretarao como que voa cara ó sol para que o lume, que queima tódalas impurezas, destrúa a enfermidade[94].

Cigarra

Dioscórides recoméndaas para as dores de vexiga[95] e os campesiños provenzais utilízanas como diurético. É que esa utilización baséase nun signo, do que os campesiños provenzais son aínda conscientes: "Todos saben que a cigarra *escapa lanzando* á faciana do que quere collela un brusco *chorro de ouriños*. Logo, deben transmitírno-las súas virtudes evacuadoras. Así deberon razoar Dioscórides e os seus contemporáneos; así razoa aínda o campesiño provenzal"[96]. Que os antepasados coñecían o particular sistema de defensa das cigarras próbao Aristóteles: "Cando alguén as asusta lanzan un líquido que parece auga, o que os labradores interpretan como que mexan"[97].

90. Cit. por Sebastián 122.
91. Cit. por Malaxecheverría 117.
92. *Alexandre* 239 cit. por Malaxecheverría 118.
93. Thompson 311.
94. Queima-las impurezas-enfermidades é moi común na medicina popular: Mariño 1985, 158 ss.
95. Dioscórides II, 45.
96. Fabre II, 32.
97. Aristóteles V, 30 (556b); ver Plinio XI, 94 (32).

Corvo

A medicina máxica propoñía ó negro corvo para ennegrece-lo cabelo. Eliano: "Os ovos de corvo ennegrecen o cabelo. E é preciso que quen tinxa o cabelo teña na boca aceite de oliva cos labios cerrados. Se non o fai así, non só o cabelo, senón tamén os dentes, ennegrécenselle e faise difícil devolverlles de novo a súa brancura"[98]. Plinio engade que o sangue, o cerebro ou a carne producen o mesmo efecto[99].

Do corvo destaca, en efecto, a cor *negra* da súa plumaxe[100]. A miúdo serve como termo de comparación. A Noiva do *Cantar de los Cantares* di do seu Amado: "As súas guedellas, pólas de palmeira, negras coma o corvo"[101]. Covarrubias comeza a tratar do corvo desta forma: "Ave coñecida, e entre todas a máis negra, e tanto que para incrementar esta cor noutro suxeito, dicimos: é máis negro có corvo".

"Hai quen di –comenta Aristóteles– que os corvos e o ibis se unen pola boca. Esa é a opinión de Anaxágoras e dalgún outro naturalista"[102]. O Estaxirita coñecía a base en que se apoiaba tal crenza: "Sacan esa falsa conclusión tendo en conta que rara vez se ven emparellarse e si, en cambio, se ven a miúdo peteirar un ó outro... Por outra parte, iso mesmo fan as pombas, pero como non resulta difícil velas copulando, non teñen dereito a esa reputación"[103].

Como as femias paren por onde conciben, "o vulgo cre –di Plinio– que os corvos *poñen pola boca*"[104]. "Por esa razón, se unha *muller embarazada* come un ovo de corvo, *expulsa pola boca o froito das súas entrañas*, e, en xeral, pare con moita dificultade, se alguén leva á súa casa ovos de corvo"[105]. Cantimpré recolle a crenza.

Crocodilo

Non sorprende que o utilizasen para *non envellecer* ou para recobra-lo aspecto xuvenil. Di o *Bestiario de Cambridge*: "As súas feces proporcionan un ungüento co que as prostitutas vellas e engurradas untan o rostro, recobrando a beleza". O mesmo aseguran o *Bestiario de Oxford* e Guillaume Le Clerc.

E non sorprende porque, segundo sinala Dröscher, os crocodilos seguen a regra xeral que di: mentres un ser crece, *non envellece*. Se chegan a *centenarios* débese a que *nunca deixan de medrar*[106]. Os antepasados sabíano, pois Aristóteles escribe:

98. Eliano I, 48. Ver Covarrubias.
99. Plinio (34).
100. R. de la Fuente VI, 215.
101. Ct. 5, 11.
102. *Xeración dos animais* III, 6 (756b).
103. *Xeración dos animais* III, 6 (756b).
104. Plinio X, 32 (12).
105 Plinio X, 32 (12).
106. Dröscher 21; Freericks 301: "Llegan a los cien años e incluso más".

"Determinados autores argumentan que está medrando ó longo de toda a súa vida"[107]. E Plinio: "Algúns autores pensan que é o único animal que medra mentres vive; e vive moitos anos"[108].

Donicela

Por ser capaz de inxerir animais velenosos sen sufrir molestias, suponse que serve de antídoto contra a mordedura das serpes. Ademais, adoitaba traducirse por donicela o nome da mangosta, inimiga da velenosísima cobra. Segundo asegura Dioscórides, "é eficaz remedio contra as mordeduras de todo tipo de serpes e tamén contra o tóxico"[109]. Cantimpré: "A súa pel é un remedio contra o áspide".

Foca

Segundo unha crenza recollida por Plinio, "a aleta dereita posúe virtude soporífera: colocada debaixo da cabeza –escribe o enciclopedista romano– incita ó sono"[110]. Nada raro se temos en conta que aínda hoxe se di "dormir coma unha foca". E existen boas razóns para esa expresión porque estes mamíferos mariños víronse obrigados a amañarse para dormir sobre a auga. "Algunhas *dormen en posición vertical,* como flota unha botella, mantendo os seus orificios nasais fóra da auga e respirando regularmente. Outras, en cambio, *dormen* entre dúas augas, e de vez en cando, sen espertar, ascenden á superficie e toman varias profundas bafaradas de aire antes de volver somerxerse. Comprobouse que, mesmo durmidas en terra firme, varias especies respiran así"[111]. "Ó regresar á praia, a foca é o símbolo da preguiza máis absoluta: expón ós raios do sol unhas veces o ventre, outras o dorso, outra os costados; e abre e cerra os ollos con *aire somnolento*"[112].

Aristóteles e Eliano sinalan que dormen en terra firme[113], sen engadir ningún comentario sobre a profundidade do seu sono. Plinio, en cambio, afirma que "ningún animal ten un sono máis pesado"[114].

Galo

Os galos amosan un grande *ardor sexual* e pelexan entre eles encarnizadamente polas femias[115]. Aristóteles destaca a súa fogosidade: "As aves na época do emparellamento aumentan o tamaño dos testículos: as que se emparellan máis

107. Aristóteles V, 33 (558a).
108. Plinio VIII, 94 (38).
109. Dioscórides II, 24. Covarrubias cítao.
110. Plinio IX, 42 (13).
111. R. de la Fuente X, 108.
112. *Albumes Noguer* IV, 274.
113. Aristóteles VI, 12 (566b); Eliano IX, 50.
114. Plinio IX, 42 (13).
115. R. de la Fuente VII, 140.

auméntano dunha maneira máis clara, por exemplo galos e perdices, e as que non se emparellan continuamente, menos"[116]. E ó falar, en xeral, do emparellamento dos animais, escribe: "Uns son moi dados ó acto amoroso, como, por exemplo, o xénero das perdices e das galiñas"[117]. Opiano, para resalta-la paixón amorosa dos cervos, compáraa coa de "os lascivos e belicosos galos"[118]. Covarrubias: "O galo, por ser tan lascivo e tan continuo en galea-las galinas, perde presto as súas forzas. El só entre tódolos animais, despois do coito queda louzán e alegre, porque adoita cantar". "Pelexan o pai e o fillo sobre galea-la galiña" e por iso botan galos, e outros animais, na cuba dos *parricidas*[119].

Os galos domésticos emparéllanse con numerosas galiñas. "Os *bankiva* –galos silvestres– adoitan reunir nos seus territorios de tres a cinco femias"[120]. Ramón Llull: "Ademais de ser de fermosa apostura e sabio, ten grandes dotes de mando, pois sabe exercer absoluto dominio sobre gran número de galiñas"[121]. O *Libro das utilidades dos animais* ve a *poligamia* do galo baixo a óptica musulmana: "O galo caracterízase pola valentía e os celos, e polo ben e moito que cobre, non se satisfai cunha soa femia, senón que reúne con el a varias galiñas, ás que trata con equidade, sen preferir unha a outra".

Segundo Pérez de Heredia, "chámanlle 'turco' porque ten moitas mulleres. Non hai ave que tan gallardo e gozoso se amose con elas"[122]. Como "gallo" ou "gallito" compórtase o MACHO, O DON JUAN, ó que non lle abonda unha soa femia. O tema aparece en moitas cantigas populares.

Os testículos de animal tan ardente "fortalecen o coito e aumentan o desexo del"[123].

Lagarto

O *Libro de San Cipriano*, de ampla difusión en Galicia e Portugal, asegura que se consegue *o* amor dunha persoa dándolle a tomar pos de lagarto[124]. "En Estremadura aínda se elaboran os pos do querer e do aborrecer cun lagarto, ó cal se atravesa de parte a parte, sécase ó sol e móese; o home que refregue tales pos nas mans será amado pola muller que toque"[125]. Do *Libro das utilidades dos animais* é esta

116. Aristóteles VI, 9 (564b).
117. Aristóteles I, 1 (488b).
118. Opiano *De la caza* II, 190.
119. Covarrubias "Gallo", "bíbora", "cuba" (Ó parricida metíano nunha cuba e tirábano á auga)
120. R. de la Fuente VII, 141.
121. Llull 21.
122. Pérez de Heredia 129v.
123. Durayhim. Ver Laguna II, 44. A súa carne é a máis equilibrada con respecto ó corpo humano: Jatib 118, Durayhim.
124. Cit. por Bouza I, 75.

receita: "Se se coce a súa carne, se colle a súa graxa, se mestura con lirio e se unta con iso o pene, é maior o coito"[126].

Os lagartos son certamente *apaixonados no amor*. "O lagarto segue á lagarta nunha característica marcha de emparellamento, achégase cada vez máis ó corpo dela, lámbea e, de súpeto, mórdea con tódalas súas forzas no costado ou na caluga"[127]. "A femia permanecerá quieta e permitirá que o macho lle colla a cabeza coa queixada mentres insire un dos seus apéndices cloacais coñecidos co nome de hemipenes"[128]. "É practicamente imposible separar dous lagartos emparellados"[129].

A cola separada do tronco segue movéndose durante uns minutos. Existe unha lenda catalana que di: "Nun alto que fixo no transcurso da longa viaxe, a Nai de Deus sentou ó pé dunha árbore para darlle de mamar ó Neno. Estaba tan cansa que quedou durmindo. O lagarto aproximouse a ela solapadamente coa intención de chuparlle os peitos. Foi maldito por ter esa audacia, e é por iso polo que a xente o tortura e lle corta a cola: é tan rabiosa e chea de veleno que continúa movéndose e corre como se tivese patas, mesmo cando está separada do tronco"[130].

Ós *movementos da cola cortada* encontróuselles parecido coas contraccións musculares producidas polas cambras e cos tremores que acompañan á febre. De aí que en Galicia se fagan cruces cunha fouce mollada en sangue de lagarto sobre a parte afectada por unha cambra[131]; e de aí que en Gascogne e en Andalucía lle colguen ó pescozo do enfermo con febre un lagarto vivo[132].

"Os lagartos e as serpentes perden periodicamente a súa capa córnea tegumentaria, a cachos en case tódolos lagartos"[133]. Noutras palabras: sofren *mudas*. Aristóteles cita o lagarto entre os animais provistos de escamas que mudan a "vellez" (camisa)[134]. De aí que –segundo recomenda Alberto el Grande– "as mulleres de certa idade e que, sen embargo, queren parecer fermosas, deben aprecia-lo esterco de lagarto, porque quita tódalas engurras, branquea toda a pel, dálle un ton rosado á carne e fai agradables ás damas"[135].

125. Gómez Tabanera 104.
126. Durayhim 56.
127. Wendt 1964, 300.
128. Frazer 63.
129. Wendt 1964, 300.
130. Amades 273.
131. Bouza I, 76 (A fouce é unha arma para espanta-lo mal: ver Mariño 1985).
132. Sébillot 296; Machado 338.
133. Grassé III, 145.
134. Aristóteles VIII, 17 (600b). A palabra grega para camisa de réptil é "vellez".
135. Alberto 118.

Lebre

Os estremeños cren que tomando lebre se volven fecundas as mulleres estériles[136]. Na lebre destaca, en efecto, a súa fecundidade. Xa Heródoto sinala que as lebres e os coellos, animais tímidos, conseguen sobrevivir gracias a que "son una raza extremadamente fecunda"[137]. Plinio: "La Naturaleza dio fecundidad a los animales inofensivos y buenos para comer"[138]. Opiano: "Esta tribu es la más prolífica de cuantas alimentan la inmensa tierra"[139]. Cantimpré e Covarrubias tamén citan esta característica. En palabras dun naturalista: "Su alta tasa de nacimientos viene determinada por la elevada mortalidad que sufren sus poblaciones, debido a una intensa presión predadora"[140].

"Sus incisivos crecen continuamente"[141]. O cal explica esta receita de Dioscórides: "Si se friegan las encías de los niños con cerebro de liebre, o si se lo dan a comer, hace salir más presto los dientes"[142]. Alberto el Grande: "Para que los niños denten sin dolor, tomad el cerebro de una liebre, hacedlo cocer, y cuando ya esté cocido, frotad con él las encías de los niños que están a punto de dentar. Es cierto y está experimentado que salen los dientes sin dolor"[143]. Gregorio López no seu *Tesoro de medicinas*: "Si con el cerebro de liebre friegan las encías a los niños, o se lo dan a comer, les hace salir más presto los dientes"[144]. O mesmo uso se lle daba en Francia[145].

En Vosges e en Vendée fanlles tomar lebre ós nenos que padecen *incontinencia de ouriños*. A receita xa se coñecía no século XIV[146]. Quizais sexa porque o macho sabe manexar moi ben os ouriños: durante a parada nupcial *molla* á súa compañeira con *ouriños,* proxectándoos desde *gran distancia*[147].

Dioscórides asegura que a cabeza de lebre "*hace renacer los cabellos* derribados por la alopecia"[148]. Pode que tivese na mente unha característica que apunta Laguna nos comentarios á súa obra: "Sólo este animal tiene las plantas de los pies y los labios *pilosos*"[149]. Pero tamén pode que pensase nesta outra particularidade: "Ciertas *calvas* que aparecen en su pellejo –di Eliano– denuncian su edad"[150]. Cer-

136. Hurtado 214, 246.
137. Heródoto III, 108.
138. Plinio VIII, 219 (81).
139. Opiano *De la caza* III, 518.
140. R. F. *Fauna ibérica* II, 256.
141. R. F. *Fauna ibérica* II, 242.
142. Dioscórides II, 18.
143. Alberto 112; ver 133.
144. López 157.
145. Sébillot 64.
146. Sébillot 65.
147. Grassé III, 335; *Gran Enciclopedia Gallega.*
148. Dioscórides II, 18.
149. Laguna II, 18.
150. Eliano II, 12.

tamente o máis normal era pensar que o semellante produce o semellante, pero tampouco se rexeitaba a idea de que o semellante evita o semellante. De feito tamén había quen recomendaba carne da medrosa lebre para superar calquera medo[151].

León

Segundo o *Libro das utilidades dos animais*, a carne de león é *afrodisíaca*[152]. Uso que se basea no comportamento amoroso dos leóns. Durante a *cópula,* "que se *repite moitas veces ó día*, o macho mórdelle á femia no pescozo e esta roxe aparatosamente e túmbase sobre o dorso, contorsionándose, tan pronto como o macho se retira"[153]. Cantimpré: "Son de natureza tan ardente que se di que copulan en calquera tempo". Valeriano, para quen a leona é unha PUTA, compara o mal olor da súa boca[154] co da vulva.

Lobo

Usouse como afrodisíaco. Di Plinio: "Cree la gente que un pelito situado en la cola del lobo constituye un talismán amoroso; que el lobo suelta y arroja este pelo cuando lo apresan, y que tiene virtud sólo cuando se lo arrancan a un animal vivo"[155]. O mesmo repetirán o *Bestiario de Oxford* e Latini. En Francia cren no efecto estimulante dos ollos de loba[156].

Tamén neste caso se basearon no comportamento amoroso do animal. Durante o celo presenta signos externos do seu estado: os testículos do macho aumentan de peso; pola súa parte, "las hembras muestran una gran actividad en sus órganos genitales, la zona vulvar enrojece"[157]. Despois da cópula, o macho e a femia quedan unidos entre oito e dezaseis minutos, coma os cans[158]. Aspecto este ó que parece referirse Aristóteles: "El lobo cubre y la loba es cubierta por el mismo procedimiento que el perro y la perra"[159]. Plinio: "Los perros, las focas y los lobos se dan la vuelta durante el acoplamiento y, a pesar de ellos, quedan todavía unidos"[160].

151. Alberto 80, 133.
152. Durayhim 39.
153. R. de la Fuente I, 176.
154. Ver Aristóteles VIII, 5 (594b); Plinio VIII, 46 (18); Eliano V, 39 di que o león bota o alento sobre a comida para marcala como da súa propiedade. Calderón *Los encantos de la culpa*: "Olfato murmurador de lo malo y de lo bueno, que fuiste león que diste dañado olor con tu aliento".
155. Plinio VIII, 83 (34).
156. Sébillot 60.
157. Grande 85.
158. R. de la Fuente VI, 298.
159. Aristóteles V, 2 (540a).
160. Plinio X, 173 (63).

Mula

A mula é *estéril,* aínda que se coñecen casos excepcionais de machos fecundos[161]. Como é estéril impide a concepción. Velaquí unha receita do *Ciprianillo* para non ter fillos: "Procúrese conseguir una porción de maíz masticado o mordido por una mula, y después se echa en un vaso de vidrio con un poco de pelo del mismo animal, cortado en la cola, junto al cuerpo". No momento do coito a muller destapará o vidro e recitará: "¡Oh, mula maldita, que por haber querido matar al Divino Redentor en la choza de Belén, cuando nació, fuiste condenada a nunca dar fruto de tu vientre, que tu saliva que está en este frasco me defienda de ser madre"[162].

Ostra

Como toda cuncha, a ostra é símbolo do ÓRGANO SEXUAL FEMININO e, en consecuencia, do nacemento, tanto físico coma espiritual. Se a iso engadímo-lo seu extraordinario poder xenésico, resulta comprensible que se utilizase para favorecela fertilidade de persoas e campos. En moitos casos substitúea o seu froito: a perla. Eliano di das perlas que "enhechizan el ánima de los lascivos"[163]. O *Libro das utilidades dos animais*: "Cogiendo la ostra antes de que se termine de formar la perla en ella, se abre, se le extrae el agua, se hace con ello una mezcla con licor y se administra a una mujer que no quede embarazada; entonces quedará embarazada y parirá"[164]. Habituados a que os poetas lles chamen perlas ós dentes e ás bagullas, comprendemos perfectamente que Laguna asegure que estas pedras preciosas "paran como unas perlas los dientes" e que "enjugan las lágrimas"[165]. (Neste último caso, ó signo formal súmase a idea de que toda substancia fría detén os fluxos)[166].

Ourizo

A parte frontal da cabeza, o ventre e as patas encóntranse cubertas de pelo; o resto do corpo lévao cuberto de *espiñas*[167], que son sedas modificadas[168]. Aristóteles estivo acertado: "Algúns pelos que progresivamente e pouco a pouco se endurecen chega un momento en que xa non parecen pelos senón espiñas, como, por exemplo, os dos ourizos". "Hai que considerar como unha especie de pelo os propios pelos espiñentos do tipo dos que teñen os ourizos de terra e o porco espiño"[169].

161. Nota de José Vara a Aristóteles VI, 24 (577b).
162. *Ciprianillo*. Akal, páx. 229.
163. Eliano X, 13.
164. Durayhim 115.
165. Laguna II, 4. Ver López 98.
166. Ver Mariño 1988.
167. *Gran Enciclopedia Gallega*. Opiano *De la caza* II, 598.
168. Grassé III, 270.
169. Aristóteles III, 11 (517b); I, 6 (490b). Ver Aristóteles *Xeración dos animais* V, 3 (781b).

Sabendo que as espiñas do ourizo son pelos fortes e vigorosos, entendemos esta receita de Eliano: "Se se queima un ourizo terrestre e se mestura a cinza resultante con pez e, logo, se estende nas partes onde caeu o pelo, este *pelo* fuxitivo (permítaseme a broma) *volve nacer*"[170].

Crese que o ollo esquerdo obra como poderoso somnífero[171]. É que "no inverno o ourizo constrúe para si un niño de follas ou de feo debaixo dunha mata e permanece *aletargado*. A duración do letargo pode ser de seis meses no norte de Europa; no sur é máis breve"[172]. Como era de esperar, a bioloxía humoral, que asociaba o sono coa frialdade[173], viu nesa prolongada hibernación un sinal da súa natureza *fría*. Cantimpré estima que posúe unha natureza moi fría. Laguna: "É de frixidísima complexión"[174]. A preferencia polo ollo esquerdo débese a que ese lado se consideraba máis frío.

Ourizo de mar

Desfai os cálculos urinarios. Di Laguna: "Comido o ourizo mariño, purga as areas e desfai a pedra"[175]. As súas espiñas, de natureza pétrea –segundo afirmación de Aristóteles[176]–, indicarían a súa facultade de obrar sobre as pedras ou cálculos.

Ovo

En canto á súa *complexión* o ovo aproxímase ó *equilibrio*[177]; algúns autores atribúenlle un pouco de frío[178], outros unha lixeira calor[179]. O equilibrio débese a que a frialdade da clara compensa a calor da xema. A atribución de calor á xema baséase, sen dúbida, na súa cor de lume; a clara, que semella auga espesa, tiña que ser fría, tanto por ser auga coma por ser viscosa[180]. Digamos que é un paso intermedio entre a auga e a roca: "Deixando en repouso nunha vasilla, durante un mes, moitas claras de ovo, fórmase –sostén Alberto el Grande– un cristal duro como a roca"[181]. Por fría –segundo asegura Dioscórides– "refresca, aperta, tapa os poros e mitiga a inflamación dos ollos. Aplicada inmediatamente ás queimaduras do lume, non deixa que se fagan bochas, e defende o rostro contra o ardor do sol"[182]; tamén

170. Eliano XIV, 4. Tamén en Dioscórides II, 2.
171. Durayhim (O lado esquerdo é máis frío: Mariño 1988).
172. Grassé III, 350.
173. Mariño 1988, 168.
174. Laguna II, 2.
175. Laguna II, 1.
176. Aristóteles *Xeración dos animais* V, 3 (783a).
177. Vigo.
178. Durayhim 66.
179. Aviñón.
180. Sobre a auga como elemento frío e sobre a solidificación ligada á frialdade: Mariño 1988.
181 Alberto 102.
182. Dioscórides II, 44.

por fría –engade Laguna– detén o sangue, corta a disentería, solda as feridas frescas e mesmo os vidros e os mármores rompidos[183]. Da súa frialdade dedúcese que *non arde*: "Belinus ensina que, friccionando un trapo con clara de ovo e pedra alume mesturados, despois de lavalo con auga de sal e estar seco, faise incinerable"[184]. Alberto descúbrenos un "segredo marabilloso que proporciona poder para pasa-los homes polo lume sen queimarse, levar na man ferros candentes sen causárlle-lo menor dano: tomar zume de malvavisco e clara de ovo, e semente de perexil e cal reducidas a po"[185]. Se os ovos de Venres Santo serven para apaga-lo lume –como se cre en moitas rexións de Francia[186]– débese a que á natureza ininflamable da clara se une a sacralidade do día en que foron postos.

Ó nacer, o polo rompe a *casca;* da mesma forma espérase que se rompan os *cálculos*: "Asegúrase –escribe Alberto el Grande– que a casca da que naceu un polo, moéndoa e tomándoa con viño branco, fai bota-las pedras dos riles e dos ouriños"[187].

Paspallás

Plinio sorpréndenos coa afirmación de que padece epilepsia[188]. San Isidoro, e logo os Bestiarios medievais, repetirán o mesmo: "É o único animal, xunto co home, que sofre a epilepsia"[189]. Por esa razón Galeno receitáballes ós epilépticos un ungüento a base de cerebro de paspallás.

Ra

"Los anfibios se definen como animales de *piel lisa* por su carencia de escamas"[190]. Por ter pel lisa sen pelos é polo que a súa cinza –coma a da salamántiga– posta no baño quita os pelos do corpo[191]. Di Dioscórides: "La sangre de las verdes ranas impide que no renazcan en las cejas los pelos"[192].

Rato

Velaquí unha receita máxica de Alberto el Grande: "La porquería del ratón mezclada con miel hace nacer y crecer el pelo en cualquier parte del cuerpo"[193]. Grego-

183. Laguna II, 44. Ver Durayhim 66.
184. Alberto 100.
185. Alberto 108 (Nese preparado hai mestura de productos quentes e fríos).
186. Van Gennep III, 1339.
187. Alberto 119.
188. Plinio X, 69 (23).
189. *Etimologías* XII, 7, 65; ver Cantimpré, Latini, *Bestiario de Oxford.*
190. Alvarado VII, 273.
191. Cantimpré.
192. Dioscórides II, 25.
193. Alberto 117.

rio López: "Cabezas de ratoncillos quemadas y aplicadas en ceniza con aceite de arrayán hace renacer los cabellos"[194]. Laguna: "El estiércol de los ratones majado con vinagre hace renacer los cabellos a los que se pelaron del mal francés"[195].

Parece que esta utilización se debe a que nacen sen pelo[196]. Ademais, coma tódolos roedores, mudan de pelaxe periodicamente[197].

Dioscórides di que "dados a comer a los niños les desecan la saliva que les abunda en la boca"[198]. En Navarra, para que os nenos non mexasen na cama, "había que coger un ratón de campo, despellejarlo vivo y ponerle la piel al niño en los testículos, antes de meterlo en la cama, teniendo que estar la piel un poco húmeda"[199].

Moi probablemente eses usos débense a que algúns roedores subterráneos non beben nunca, segundo parece[200]. O rato caseiro "necesita muy poca agua"[201]. Cantimpré cría que os ratos non beben.

Reiseñor

En tempos de Eliano dicían que "la carne de este ave es buena para *mantenerse despierto*. Pero las personas que se deleitan con tal alimento son malvadas y terriblemente necias, pues es terrible el privilegio concedido a este manjar: ahuyentar el sueño, que es rey de los hombres y de los dioses, como dice Homero"[202]. A mesma crenza perviviu en Haute-Bretagne: "El que come el corazón de un ruiseñor... no duerme más que dos horas al día"[203].

Non cabe dúbida de que se basearon en que canta pola noite[204]. O *Bestiario Valdense* di isto moi claramente: "No duerme en dos meses del año, sino que canta toda la noche, esto es, en los meses de abril y mayo".

Serpente

Aristóteles compara o cambio de camisa das serpentes co nacer: "Se desprenden de la camisa exactamente igual que las crías se desprenden de la placenta"[205]. Plinio di que, trala muda, "reaparece brillante de juventud"[206]. Eliano

194. López 158.
195. Laguna II, 62.
196. Rodríguez de la Fuente V, 48; R. F. *Fauna ibérica* III, 4.
197. R. F. *Fauna ibérica* III, 8.
198. Dioscórides II, 62; ver López 157.
199. Mugarza II, 206.
200. Matthews 245.
201. *Gran Enciclopedia Gallega.*
202. Eliano I, 43 (Homero *Ilíada* XIV, 233).
203. Sébillot 215.
204. R. F. *Fauna ibérica* V, 23, 24.
205. Aristóteles VIII, 17 (601a).
206. Plinio VIII, 99 (41).

cóntanos como adquiriu a capacidade de desprenderse da *gêras*, palabra grega que posúe o dobre significado de "vellez" e "camisa de serpente"[207]. *Libro das utilidades dos animais*: "Cuando crecen y se debilita su vista, evitan la comida y dejan de beber agua hasta que se le cae la piel. Luego buscan un agujero estrecho y entran en él, o entre dos piedras, dos ramas de árbol o dos espinas, para quitársela. Cuando lo hacen, se renueva su juventud, se les pone bien la vista y les vuelven sus fuerzas. Se dice que viven trescientos años y algunas personas afirman que no mueren si no se las mata"[208]. No *De bestiis et aliis rebus* dise da víbora: "Al envejecer pierde la vista, pero hace lo siguiente: ayuna cincuenta días y noches hasta que su piel se afloja; entonces, busca una piel hendida y rugosa, pasa a través de ella, se libra de su piel y rejuvenece".

A medicina máxica viu na serpente que se renova un medio para alonga-la vida[209]. E aconsellou a súa camisa para recupera-la saúde danada. En varias rexións españolas aseguran que a súa camisa "quita males"[210]. Se temos en conta a comparación de Aristóteles entre camisa de serpente e placenta comprenderemos este remedio galego: "Para favorecer la expulsión de las secundinas es cosa muy recomendada dar de beber a la parturienta el caldo de piel de cóbrega"[211]. No País d'Oc metían unha camisa de serpente na cama da muller que ía parir[212].

207. Eliano VI, 51. En Eliano II, 21 sinálase a lonxevidade das serpentes.
208. Durayhim 121.
209. Dioscórides II, 16.
210. Cabal 360; Llano 143; Rodríguez Marín I, 215.
211. Rodríguez López 141.
212. Piniès 159.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERTO EL GRANDE (1982): *Los admirables secretos de Alberto el Grande*. Barcelona, Alta Fulla. 215 pp.

ALFONSO X EL SABIO (1970): *Lapidario*. Ed. de M. Brey Mariño. Madrid, Castalia. 275 pp.

_____ (1981): *Lapidario*. Ed. Sagrario R. Montalvo. Madrid, Gredos. 329 pp.

ALMAGRO, F. e FERNÁNDEZ, J. (1977): *Heurística a Villena y los tres tratados*. Madrid, Editora Nacional. 193 pp.

AL-RAZI, Abu Bakr M. (1979): *Libro de la introducción al arte de la medicina o Isagoge*. Edición bilingüe de M.ª Concepción Vázquez de Benito. Salamanca, Universidad. 153 pp.

ARISTÓTELES (1957): *Histoire des animaux*. Ed. J. Tricot. Paris, Vrin. 2 t.

_____ (1961): *De la géneration des animaux*. Ed. P. Louis. Paris, Les Belles Lettres. 231 pp.

AVERROES (1987): *La medicina de Averroes. Comentarios a Galeno*. Trad. M.ª Concepción Vázquez de Benito. Zamora, Colegio Universitario.

BARRIOLA, I. M. (1979): *La medicina popular en el País Vasco*. San Sebastián, Ed. Vascas. 167 pp.

BECOÑA IGLESIAS, Elisardo (1981): *La actual medicina popular gallega*. Ed. Autor. 321 pp.

CÁRDENAS, J. de (1913): *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*. México, Museo N. de Arqueología, H. y Etnología, 222 pp. 1ª ed., 1591.

CÁTEDRA, María (1976): "Notas sobre la envidia: los ojos malos entre los Vaqueiros de Alzada". En *Temas de antropología española*. Madrid, Akal.

CELSO, Aurelio Cornelio (1966): *Los ocho libros de la medicina*. Barcelona, Iberia. 2 t.

COVARRUBIAS, Sebastián de (1979): *Tesoro de la lengua castellana o española*. Madrid, Turner.

DIOSCÓRIDES (1563): *Acerca de la materia medicinal*. Trad. Laguna. Salamanca.

DUBLER, C. E. (1953) *La "materia médica" de Dioscórides. Transmisión medieval y renacentista*. Barcelona, Emporium. 6 t.

EGGERS, C. e outros (1981): *Los filósofos presocráticos*. Madrid, Gredos. 3 t.

FONT QUER, Pío (1981): *Plantas medicinales. El Dioscórides renovado*. Barcelona, Labor. 1033.

GALENO (1854): *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien*. Trad. Daremberg. Paris, Baillière. 1º t., 706 pp. 2º t., 786 pp.

GOICOETXEA, Ángel (1982): *Las enfermedades cutáneas en la medicina vasca*. Bilbao, Euskal Medikumtzaren Historia. 100 pp.

GOURSAUD, A. (1978): *La société rurale traditionelle en Limousin*. Paris, Maisonneuve. 551-748 pp.

GUILLAMET, Joan (1976): *Bruixeria a Catalunya*. Barcelona, La Paraula Viva. 230 pp.

HALLEUX, Robert (1974): *Le problème des métaux dans la science antique*. Paris, Les Belles Lettres. Univ. Liège. 236 pp.

HIPÓCRATES (1836): *Oeuvres de Hipocrate*. Trad. D. M. Gardeil. Paris, Encyclopedie des Sciences Médicales. 2 t.

_____ (1983): *Tratados hipocráticos*. Ed. C. García Gual. Madrid, Gredos.

HUIZINGA, J. (1971): *El otoño de la Edad Media*. Madrid, Revista de Occidente. 512 pp.

JATIB, M. Ibn al (1984) *Libro de higiene*. Trad. M.ª C. Vázquez de Benito. Salamanca, Universidad. 272 pp. Orixinal de 1362.

JOLY, R. (1960): *Recherches sur le traité pseudo-hippocratique du régime*. Paris, Les Belles Lettres. 260 pp.

_____ (1977): "Le système cnidien des humeurs". En *Corpus Hippocraticum*. Mons, Université. 374 pp.

KINKADE, Richard P. (ed.) (1968): *Los lucidarios españoles*. Madrid, Gredos. 346 pp.

KRAEMER Y SPRENGER (1976): *El martillo de las brujas*. Madrid, Felmar. 607 pp.

LAFEUILLE, G. (1964) *Les commentaires de Martin de Saint-Gille sur les amphorismes Ypocras*. Genève, Droz. 388 pp.

LAÍN ENTRALGO, P. (1982) *La medicina hipocrática*. Madrid, Alianza. 456 pp.

LAGUNA, Andrés de (1563): *"Comentarios" a la obra de Dioscórides*. Salamanca.

LANCRE, P. de (1622): *L'incredulité et mescreance du sortilege plainement convaincue*. Paris.

LAWN, BRIAN (ed.) (1979): *The prose salernitan questions*. London, The B. Academy. 416 p.

LIS QUIBÉN, Víctor (1980): *La medicina popular en Galicia*. Madrid, Akal. 335 pp.

LISÓN TOLOSANA, Carmelo (1979): *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid, Akal. 462 pp.

LÓPEZ, Gregorio (1982): *El tesoro de medicinas de Gregorio López*. Ed. Francisco Guerra. Madrid, Cultura Hispánica. 428 pp.

LORENZO, X. (1979): "Etnografía: cultura material". En OTERO PEDRAYO, R. (dir.): *Historia de Galicia*. Madrid, Akal.

MARIÑO FERRO, X. R. (1984): *Satán, sus siervas las brujas y la Religión del Mal*. Vigo, Edicións Xerais. 408 pp.

_____ (1985): *La medicina popular interpretada*. Vigo, Xerais. 2 t.

_____ (1987): *Las romerías/peregrinaciones y sus símbolos*. Vigo, Xerais.

_____ (1988): *La medicina mágica (Hipócrates)*. Vigo, Xerais. 228 pp.

_____ (1989): *La llave de la astrología*. Barcelona, Edicomunicación. 318 pp.
_____ (1991): *Plantas, carnes y minerales medicinales*. Pontevedra, Deputación. 216 p.
MERCADO, Pedro (1574): *Diálogos de Philosofía natural y moral*. Granada.
MORALES, Gaspar (1977): *De las virtudes y propiedades maravillosas de las piedras preciosas*. Madrid, Editora Nacional. 586 pp.
MORIN, Jean-Baptiste (1982): *Observaciones astrológicas*. Barcelona, Humanitas. 215 pp.
PLINIO (1850): *Histoire naturelle*. Trad. M. E. Littré. Paris, Garnier. E tamén en Belles Lettres.
PUIGDÉNGOLAS, M. e MIRANDA, R. (1978): *La medicina popular*. Barcelona, Dopesa. 77 pp.
SAINTYVES, P. (1985): *Las madres vírgenes y los embarazos milagrosos*. Madrid, Akal. 137 pp.
SALILLAS, R. (1905): *La fascinación en España*. Madrid.
SEIJO, F. G. (1974): *Curanderismo y medicina popular*. Alicante, Biblioteca Alicantina. 271 pp.
VILLENA, Enrique (1977): H*eurística a Villena y los tres tratados*. Ver ALMAGRO.

NAS TERRAS DA COVA DA SERPE: PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS E CONSECUCIÓN DA SAÚDE

Xosé Antón Fidalgo Santamariña
Ponencia de Antropoloxía Cultural do CCG
Universidade de Vigo, Campus de Ourense

I

A miña intervención versa sobre o corpus de prácticas terapéuticas que aparecen na comunidade rural San Xulián de Grixalba[1], situada nas terras baixas da Serra da Cova da Serpe nos límites interprovinciais da Coruña e Lugo. Trátase de constata-los procedementos que se usan relacionados coa prevención e tratamento de enfermidades e doenzas que padecen os veciños, así como de reflexionar sobre o significado cultural que levan consigo as ditas prácticas tradicionais. Os datos de campo que se constatan na elaboración deste estudio foron recompilados durante varias visitas e permanencias na parroquia, levadas a cabo entre os meses de maio e agosto de 1995. As entrevistas e conversas mantidas cos campesiños residentes na parroquia resultaron todas doadas de manter debido a que se trata dunha zona rural onde conservo parentes e amigos da infancia. Cada un dos informantes que visitei no fogar,

1 Comprende esta parroquia rural 33 km^2 que se estenden polas terras baixas da Serra da Cova da Serpe, liña divisoria interprovincial Lugo-A Coruña. O perímetro parroquial de San Xulián de Grixalba pertence ó concello de Sobrado dos Monxes (A Coruña). Aparece delimitado polas parroquias de Foxado (Curtis) ó N, e de Cidadela e Foxado ó O. Polas de Roade e Cumbraos ó S. As de Negradas, Anafreita e Nodar ó E, estas pertencen á provincia de Lugo. Trátase dunha parroquia que conta actualmente cunha poboación de 630 persoas distribuídas en trinta asentamentos tipicamente rurais e illados, cunha economía de subsistencia baseada nunha modalidade de producción mixta agrícola-gandeira en transformación na actualidade, e cun ideal de autarquía aínda presente en tódolos aspectos: no económico (autosuficiencia doméstica), no social (endogamia parroquial), no sanitario (terapéutica tradicional), no espiritual (salvación da alma).

nos labradíos, en diferentes lugares do interior parroquial, fixo un esforzo para reproducirme aquela práctica médica que el mesmo sabía facer, ou os rituais da medicina popular que lles viran practicar ós demais membros do lugar.

Os datos que dispoño amosan que os membros da área de estudio comparten o actual modelo da biomedicina, que dispoñen nos consultorios e ambulatorios da zona, cos vellos sistemas tradicionais das medicinas naturais e populares, conservando así, aínda hoxe, un rico pluralismo médico que non dubidan en poñer en práctica cando as circunstancias o requiren de acordo coa propia ideoloxía sobre a enfermidade. Polo tanto, calquera proposta de estudio destas estratexias terapéuticas locais deberá ter en conta que a enfermidade "ademais de ser un feito obxectivo, é tamén un 'senso', un feito cultural" (Gondar, 1992:17) e, polo tanto, para a superación da situación traumática individual (física) e social (comunitaria) que leva consigo a presencia continuada da enfermidade é lóxico que estes paisanos continúen botando man tanto do arsenal técnico que lles ofrece o Sistema Sanitario da Seguridade Social como das outras alternativas terapéuticas tradicionais que tamén lles proporciona o sistema de cultura local.

II

Se ben cada sociedade xera as súas propias enfermidades, tamén cada sociedade se converte nun sistema de tratamento daquelas que nela se dan. Os seus membros amosan non só unhas maneiras propias de cura-las doenzas que lles afectan senón tamén de entendelas. Pero aínda sendo certo isto, os que nos dedicamos a estudia-las comunidades rurais nas investigacións de campo, que efectuamos como unha fase da investigación que nos propoñemos realizar, a penas lles damos importancia ós seus membros enfermos. Tendemos tan só a fixarnos na sociedade de sans, e os enfermos case nunca nos interesan. Non nos preocupamos de visitalos, nin de integralos nos nosos estudios. Mesmo nos importan máis os mortos da comunidade, ós que lles reservamos un espacio no estudio de campo, debido a esa extendida presunción de que hai unha comunidade de mortos xunto á comunidade dos vivos que estamos a observar.

Sen embargo, na vida cotiá das comunidades tradicionais a enfermidade está case sempre presente, e a comunidade sometida a estudio non constitúe unha excepción. Aquí, coma en calquera outra comunidade rural galega que estudiemos, a miúdo obsérvase, tal como refire R. Valdés (cfr. Valdés, 1976:183-198), como unha persoa hoxe, outra mañá, din experimentar ou presentar visiblemente alteracións corporais de tal xeito que ás veces por decisión propia, outras por consello, outras por imposición dos demais, a persoa abandona as súas actividades normais ou restrínxeas, apártase, sepárase da vida cotiá, *encámase*. Os outros familiares fanse cargo do seu traballo, proveno do sustento, dispénsanlle coidados e atencións inu-

suais, prepáranlle variados remedios caseiros e ofrécenlle compañía. A nova de que "fulano" está enfermo na cama propágase pola aldea e a parroquia, e máis xente vén visitalo. Modifícase o ritmo da vida da casa, mércase da mellor dieta que o grupo dispón, vélase o sono... e, no mellor dos casos, ó cabo de poucos días esta persoa empeza a curar, empeza pouco a pouco a reincorporarse na vida cotiá da casa, a reintegrase no grupo local e na sociedade xeral. Restaurouse o equilibrio familiar e local e a vida segue con normalidade.

Pero é posible que non mellore e teña necesidade de empregar outras técnicas curativas máis "especiais". Pode que se estime necesario buscar axuda en certos especialistas. Neste caso na casa discútese se os precisa ou se non. O propio enfermo tamén opina, se sí ou se non. Pero, curiosamente, o seu status sofre nese momento unha reversión, que pode ser de diminución, degradación. A opinión da persoa enferma ata agora sempre escoitada, quizais verbo disto non se escoite, non se faga caso dela nin das súas protestas. Obrígase a permanecer na cama aínda que non o queira, váiselle polo médico aínda que non o queira, ofrécese a un santo aínda que non lle guste, fáiselle tomar unha determinada infusión aínda que lle repugne. A reversión tamén pode ser de incremento ou mellora de status no sistema familiar. O enfermo pode ser un neno, un solteirón, unha persoa vella, o último da casa en prestixio. Non importa, pois mentres lle dure a enfermidade, en calquera das aldeas que integran a parroquia estudiada, vai se-lo centro de atención. San, ningún caso se lle fai, é o "Xan" do fogar, pero enfermo é o centro da familia, o eixe que fai xirar todo arredor de si. A primeira preocupación ó volver do traballo é preguntarlle cómo se atopa. A primeira resposta é a de "estou mellor", "estou igual", "estou peor". Neste último caso, vaise busca-lo "especialista" ou lévase a el haxa ou non con que pagarlle. Explícaselle o que lle ocorre, o que lle doe, díselle como vive, o que se lle fai, e espérase do "doutor" que saiba identifica-lo que o enfermo ten e llo notifique ó familiar ou a el mesmo para con estes datos escolle-la práctica terapéutica a seguir, na que intervirán a posición económica e as crenzas coas que conte a familia afectada polo mal: algúns, máis ricos, sempre frecuentarán máis os médicos especialistas e os hospitais privados; outros, máis pobres, achegaranse máis a miúdo ós "especialistas" locais, visitarán máis as "fontes santas" e os santuarios de preto e de lonxe da comunidade. Pero nalgún momento todos foron adictos ó seu pluralismo médico das medicinas científicas, naturais, populares. Se ó final do proceso terapéutico o enfermo sanda, calquera estratexia das seguidas queda como un referente a ter en conta para a seguinte ocasión de ter unha doenza ou enfermidade semellante. Se, pola contra, o enfermo morre, o fracaso da terapia practicada racionalizarase con algún dos argumentos que os campesiños destas terras baixas da Serra da Cova da Serpe transmiten así: "estaba tan maliño que xa non podía sanar", "veulle o cura co Viático a poñerlle a extremaución e quedou como un santiño", ou "anduvemos en tódolos especialistas pero non había cura para el", "cando finou que-

douse sen enterarse. Estaba de Dios así e non se lle pudo facer nada", ou argumentos de estilo semellante.

III

Esta descrición da maneira como os veciños de Grixalba viñeron afrontando as enfermidades serve para as demais parroquias veciñas asentadas por ámbolos lados da Serra da Cova da Serpe, partícipes dunhas condicións moi semellantes ás que se observan aquí: un acentuado illamento xeográfico, situación de pobreza no económico, analfabetismo no social e humano, e temor de Deus no relixioso. Ademais comprobamos por todo este contorno rural que, cando o visita a enfermidade, ningún dos residentes descarta acudir á consulta dos médicos do ambulatorio, nin tampouco visita-los curandeiros máis coñecidos ou ben os santuarios parroquiais para practica-las cerimonias relixiosas nas que intervén o poder de Deus e dos santos especialistas no tratamento do mal. Achámonos, polo tanto, nun ámbito xeográfico galego no que seguen vixentes os tres sistemas ou discursos terapéuticos que lles son familiares ós paisanos:

a. O da "medicina científico-experimental", que adquire cada vez máis importancia a medida que a maxia e a relixión van deixando o lugar á ciencia, e a medida que os servicios da Sanidade pública chegaban a estas aldeas illadas do interior da Galicia rural[2].
b. O "sistema de medicina natural", vixente nestas aldeas nun corpus de receitas domésticas elaboradas sobre todo polas mulleres, a base preferentemente de vexetais (fitoterapia), aínda que tamén estea integrada por bebidas e augas mineromedicinais de fontes da comarca que coñecen ben estes paisanos.
c. O "Sistema de medicina popular" (medicina folk), integrado nesta área rural por outro corpus heteroxéneo de prácticas de relixiosidade popular encamiñadas unhas veces a previ-las enfermidades e males e outras a curalos. Constitúen todas elas unha terceira alternativa médica máis antiga e social que as dúas precedentes[3].

2. Ata hai unhas décadas os enfermos que debían ser internados nun hospital eran transportados desde estas aldeas ata a estrada local, ben nun carro arrastrado por vacas, ben nun colchón que se dispoñía sobre unha esteira ou un somier que transportaban a ombros os familiares e veciños do enfermo. Desde a estrada era recollido por un vehículo de alugamento ata o hospital público ou sanatorio particular. Actualmente o sistema biomédico é o que alcanzou máis influencia en toda a zona de estudio.

3. No amplo abanico de alternativas médicas que vai desde o internamento do enfermo no hospital urbano ata oír unha misa na capela do avogoso Santo local, cabe toda unha serie de estratexias terapéuticas e de intermediarios activos no diagnóstico e tratamento das diferentes enfermidades: equipo médico, equipo paramédico formado polo persoal sanitario (enfermeiras, auxiliares...), curandeiros e sandadores diversos, "sabios" e "sabias" locais, mesmo persoas normais da comunidade aparecen desempeñando un papel activo no proceso de tratamento dos males que afectan á poboación, ó ser eles os dedicados a observar, apoiar, acompañar e protexer ó enfermo.

Dentro das alternativas médicas que se dispensan nesta área de estudio, as máis abondosas viñeron sendo ata as últimas décadas aquelas que non foron capaces de acceder ó status da ciencia, como as que integran o abanico de remedios caseiros, nin de relixión oficial, como o corpus de cerimoniais máxico-relixiosos, que non son verdadeira relixión. Este emprego de cataplasmas, infusións e rituais de relixiosidade popular, vai ser criticado tanto pola medicina como pola relixión oficial. Para aquela as ditas prácticas non son máis que "unha charlatanería" e "un atraso"; e para esta unha "superstición" ou va observancia.

Pero é precisamente con relación a este dobre rexeitamento ó que vén estando sometido o corpus de prácticas terapéuticas tradicionais que se conserva na zona de estudio, que foi alcanzando ese enraizado status que hoxe segue tendo na zona. Trátase dun corpus de prácticas curativas que de ningún modo son atrasadas, nin vas, senón procedementos terapéuticos que chegan por camiños alleos ás institucións médica e relixiosa oficiais, como son certas formas de tradición oral e xestual, e sobre todo polas institucións "da familia e da veciñanza" (Laplantine e Rabeyron, 1987:47). Sempre que no fogar se interprete a enfermidade do paciente como "non de médico", o afectado deberá andar para curala por outros camiños diferentes ós que son válidos para tratar unha "enfermidade de médico", segundo a distinción clásica que fan os sandadores locais das enfermidades.

De seguido farei a presentación das principais estratexias que poñen en práctica os veciños de San Xulián de Grixalba en relación coas enfermidades e males que lles afectan. En primeiro lugar constatarei aquelas relativas ó modelo de medicina oficial, tamén coñecido como biomedicina ou medicina científico-experimental. A continuación tratarei do corpus de estratexias locais, isto é, aqueles procedementos que entran no campo da medicina tradicional, tanto as da medicina empírica (hidroterapia, emplastos, remedios da ama de casa, etc.) como as prácticas de relixiosidade popular (rituais terapéuticos, curas "milagrosas" de santos locais...), sempre coa finalidade posta de recupera-la saúde.

IV

En relación coa práctica médica hospitalaria, que implica a estadía dos enfermos da zona nun medio hospitalario urbano, o cadro de actuación que hoxe se observa pouco variou desde hai anos. Presentado sucintamente desenvolveríase máis ou menos así: declarado o enfermo cunha doenza que precisa hospitalización será conducido ó Hospital "Juan Canalejo" da Coruña, onde ingresa voluntariamente ou impulsado pola familia, quedando atendido por certos coidadores profesionais: equipo médico e demais persoal sanitario. Pero cando este enfermo sae para ingresar, a miúdo percorreu o camiño extra-médico dos sandadores

locais[4]. Ó chegar este enfermo ó hospital ou sanatorio privado, o máis seguro é que entre desconfiado, e incluso pode que escéptico sobre a eficacia da medicina que lle vai ser aplicada no tratamento da doenza que padece, pero faino porque se trata dunha "enfermidade de médico" e o sistema de cultura local advírtelle que ese é o camiño que se debe andar.

Debido a esta desconfianza do resultado da terapia biomédica e, en especial, tratándose dun enfermo de idade, antes de decidi-lo ingreso o paciente ocuparase de "deixar todo ben arranxado", o que implica da-las últimas mensaxes á familia, e se pode e aínda non o fixo, ocuparase de ir a Betanzos (A Coruña) visitar un notario para testar. Así se explicou o informante grixalbés comentando o seu período de hospitalización: "Eu non as tiña todas conmigo. Decidín ir face-lo testamento antes de me operar, e fun a Betanzos facelo, xunto D. Agustín. Quería deixa-las cousas ben feitas por se me pasaba algo na operación, pero gracias a Dios saín ben". Coma neste caso, a dúbida da eficacia do modelo médico é o principal factor que leva ós enfermos de máis idade a tomar estas medidas antes de entregarse a el. Tamén a ruptura co contexto social aldeán no que o enfermo recibe todo o apoio familiar e dos veciños da comunidade que agora é substituído por este outro medio hospitalario máis impersoal, no que se contempla como un enfermo anónimo e só, sen diálogo cos demais, persoa na espera de intervención dun persoal especializado (médicos, anastesistas, enfermeiras, padioleiros...) que observa revestidos duns uniformes especiais e practicando unhas técnicas tamén especiais, que para el lle resultan estrañas. Todo este ambiente fai que o noso paciente non chegue a ter claro que todo o que se lle ofrece no medio hospitalario resulte suficiente para trata-los males que está a padecer.

É por isto, tamén, que agardará que a enfermidade avance ata que xa non pode máis para abdicar da resistencia de operarse. Son o malestar, a dor, o medo ás consecuencias devastadoras da enfermidade que padece, e, sobre todo, darse de conta de que ten perdida a loita que ten establecida co mal, o que fai aínda hoxe que estes paisanos da zona de estudio se poñan nas mans do equipo médico e demais intervenientes nas prácticas terapéuticas da medicina oficial e se deixen manipular e facer para que cada un cumpra co seu traballo. Mais penso que o fan non porque confien de todo na eficacia probada das técnicas ás que van ser sometidos, senón porque desexan seguir vivindo.

Pero é moito o que se lle escapa a este modelo da medicina "oficial", inclinada máis a diagnosticar e trata-las partes enfermas do corpo do paciente que ó enfermo mesmo, se o comparamos cos outros modelos da medicina tradicional, nos que

4. Visita a curandeiros, "sabios" e "sabias" locais, medicina familiar composta de receitas con base esencialmente vexetal (pero tamén animal e mineral) elaboradas por persoas que saben anda-los vieiros da receitoloxía tradicional, ou ben dos rituais curativos fixados pola tradición para trata-lo mal en xeral.

a miúdo é o enfermo quen se converte en protagonista do procedemento curador. Desde o momento en que no sistema de medicina oficial se recoñece socialmente a existencia da enfermidade e se interna ó enfermo, ata que se proclama o éxito da intervención cirúrxica, quedan desapercibidos polo modelo biomédico moitas influencias, acontecementos, persoas e procesos sociais que tentan enche-los ocos que deixan estas prácticas curativas oficiais.

Dentro deses procesos atópase a figura do intermediario, cunha ideoloxía e función importante a desempeñar. A maioría destes *intermediarios* son persoas que proveñen do mundo sanitario como aquelas que pertencen a sectores profesionais (asistentes sociais, auxiliares, enfermeiros, membros do equipo administrativo e de servicios), mentres que outras son membros da propia familia e localidade do hospitalizado. Estes intermediarios non son curadores do enfermo senón *traductores da situación* e auténticos aliviadores das tensións ás que se ve sometido o paciente. O seu papel é, sobre todo, traducirlle a situación hospitalaria na que se atopa o enfermo á colectividade de procedencia –familia, amigos, veciños e outros membros da parroquia,– e mantela en todo momento informada. Con isto alivian a tensión motivada pola falta de diálogo entre médico-paciente, e pola escasa inserción social do hospital en que este se atopa, que redunda na falta de comunicación entre ámbolos dous polos implicados no proceso terapéutico: o da Institución sanitaria na que se atopa o paciente e o da parroquia da que provén o paciente. No caso concreto dos enfermos da parroquia de San Xulián de Grixalba (Sobrado) quen adoita facer de intermediario vai ser alguén coñecido ou familiar do enfermo, que traballe no Hospital onde está internado. Teño coñecemento dalgunhas destas persoas que desenvolven este papel na actualidade, para aquelas familias da parroquia con pacientes no Hospital "Juan Canalejo". Estas persoas acompañan ó paciente no ingreso, amósanlle o servicio ó que teñen que ir e onde teñen que esperar. Unha vez internado visítano a miúdo mentres permanece hospitalizado e procuran traducirlle –á súa maneira– ó paciente, ós familiares que o acompañan, ós que o esperan na aldea, ós que lle preguntan por el, a sensación que teñen os membros do equipo médico que o tratan do proceso postoperatorio de rehabilitación posterior. Por ser estes intermediarios uns traballadores da institución onde convalece o enfermo, e por proceder ambos da mesma área rural, estas persoas constitúen uns intérpretes axeitados para vincula-los contextos institucional (sistema médico) e cultural (comunidade rural) entre os que se desenvolven os procesos de diagnóstico e tratamento da enfermidade. O outro tipo de intermediarios constitúeo a propia parentela e a comunidade aldeá. Como o enfermo non está no fogar nin na aldea, agora son os que residen nestes lugares os que se trasladan ó hospital para velo ou estar con el. A presencia dalgún familiar próximo é esencial para a recuperación do enfermo, aínda que tal presencia continuada sexa vista polos profesionais do hospital como un factor perturbador. Para efectuar estas visitas, os veciños e amigos prefiren as tardes dos domingos e festivos pero aprovéitase calquera ocasión para acudir visitalo ó hospital e permanecer un tempo con el.

É basicamente deste xeito como os enfermos hospitalizados da zona de estudio continúan sentíndose vivos e se afirman na súa identidade local. Gracias ó papel destes intermediarios máis que dos equipos especializados da institución e ós contactos que manteñen con persoas alleas á institución sanitaria, o paciente internado no Hopital percibe que é algo, que conta algo na comunidade de pertenza, e que non é un obxecto de experimentación senón un enfermo apreciado no seu grupo de parentesco e de veciñanza. Pola súa parte, todos estes intermediarios axudan, con tal xeito de proceder, a que o enfermo vaia aliviando a tensión producida pola propia enfermidade que vive en ausencia de diálogo cos demais, e que se poña en práctica aquela máxima humanística que o modelo da biomedicina parece esquecer: a de que "non hai enfermidade senón enfermos".

V

O vello escepticismo sobre a eficacia da biomedicina, longamente practicado por estes campesiños das terras baixas da Serra da Cova da Serpe, conduciunos a explorar outras vías paralelas á práctica médica hospitalaria que acabamos de presentar, tales como as da medicina empírico-natural e as da medicina máxico-relixiosa ou medicina popular. A xente destas aldeas distingue con claridade os "médicos" do consultorio que visitan a miúdo para solicitar algunha receita, ou para que os informen do que ven no corpo dun familiar enfermo, dos curandeiros e sandadores que adiviñan as doenzas e fanas saír coa aplicación dun emplasto caseiro ou mediante unha axeitada práctica ritual. Os médicos auscúltanos, miran a raios X, diagnostican e fanlles receitas pero non os curan. Isto é o que comproba o enfermo cada vez que visita o ambulatorio e sae da consulta médica no estado en que entrou. O médico oficial fai de diagnosticador mais non de curador. Tal como subliña, acertadamente, García Sabell, o enfermo rural galego "solo o cree [ó médico] capacitado para decirlle o que ten, pero non de curalo" (García Sabell, 1991:53), o que explica que os informantes puideran amosarme as máis variadas caixas de medicinas que deixaron de tomar moito antes de rematalas.

Polo tanto, a maioría das enfermidades e trastornos destes paisanos van ter outra adecuada terapia na medicina tradicional da comunidade. Se o consideran oportuno, para curalas visitarán outros especialistas da saúde –compoñedores, curandeiros, sandadores, "sabios" e "sabias" locais– que coñece ou dos que escoitou falar sobre o éxito na curación da doenza que el está a padecer. Así atopámonos coa variada receitoloxía comunitaria integrada por series de remedios elaborados polas "persoas sabidas", coñecedoras das propiedades das plantas que medran no medio rural e das augas que manan nas comunidades do seu contorno. Aínda que xa non se abandonan ás cegas a este corpus de prácticas terapéuticas que nos refiren os informantes locais, e que na maioría das ocasións decidan ir ó médico oficial para

que diagnostique e os poña ó corrente da doenza que están a sufrir, tampouco é estraño que antes, ou despois de ir ó médico, decidan consultar a un "experto" local que entenda dese mal, para que lles aconselle o procedemento terapéutico a seguir, contribuíndo, así, a manter vixente a tradición e o "corpus" local de remedios de aplicación doméstica considerados adecuados para o tratamento do mal.

Todo isto lévase a cabo tendo en conta os elementos do sistema de cultura local. Xa nos dous principais ritos de paso como son: o do *nacemento,* polo que se pasa da natureza á cultura local na que ingresa a criatura, e o do *bautismo,* polo que se deixa o paganismo para ser un membro da comunidade católica parroquial, os nenos destas aldeas van ser marcados polos trazos da cultura local, que dende agora continuará condicionando o seu futuro. Tódolos elementos do subsistema ecolóxico (natureza, plantas, árbores), social (sociedade: costumes, normas, tabús), relixioso (espíritos, crenzas, oracións) aparecen postos ó servicio destas novas xeracións que medran sas e enfermas. Para as enfermas a comunidade conta coa mediación dunha serie de *sandadores tradicionais*. Sobre todo conta:

a. Coas *amas de casa* e mulleres adultas da zona, hábiles na preparación dos remedios e aplicación dos rituais populares. Elas convértense nas mellores gardianas da saúde dos membros da comunidade. Van se-las encargadas de preparar e aplica-los remedios ós enfermos, e de acompañalos ós santos "milagreiros" de dentro e de fóra para practica-lo axeitado ritual popular.
b. Con algúns *compoñedores* coñecidos que dispoñen de "certas habilidades de cirurxía" (Gondar, 1993:184) que usan para compoñer ósos de animais e de persoas. Coñecín na infancia algunha destas persoas que chegaron a gozar de recoñecida sona entre estes veciños[5].
c. Tamén aparecen determinados *sandadores locais* que tentan proporcionar saúde por medio de ensalmos e accións, e prácticas de carácter ritual. Neste sentido Galicia contou sempre con dous tipos de *sandadores* dos que tamén participan estas aldeas: os *pastequiros,* que reciben o nome da palabra *pax tecum*, que empregan a miúdo, e os *saudadores* –dadores de saúde–, que reciben o poder, segundo di Vicente Risco, de nace-lo mesmo día e á mesma hora que o Noso Señor ou en Venres Santo (Risco, 1979:449)[6].

5. Un era coñecido por "Chambón" (D. Luís Santos), que practicaba emplastos ás persoas que sufrían luxacións e rompeduras de ósos. O segundo, "o latoeiro da Conexeira" (D. José Saavedra), a quen se acudía para extrae-las moas cando a dor era continua e insoportable. Tamén "o ferreiro do Coto" tiña sona de aplicar emplastos e de preparar receitas domésticas para alivia-las doenzas de moitos aldeáns. Hoxe en día son as fillas deste último as que conservan un amplo coñecemento das propiedades medicinais das herbas que medran no chan da parroquia e da aplicación ás doenzas que sofren os aldeáns.
6. Tamén, segundo recollo en Grixalba, nace con virtudes de saudador o que sexa o sétimo ou noveno fillo varón, que teña os seis ou oito irmáns varóns. Estes "saudadores" curan con saliva o co aleno que botan sobre a parte dorida do corpo. Non teño datos sobre a existencia física, nesta parroquia, deste tipo de sandadores. Pola contra, son abundantes as referencias ó costume de botar saliva e/ou soplar sobre a parte do corpo mancada para que diminúa, ou pase, a dor.

d. Están por último os *diagnosticadores* ou identificadores das series de "males que non son de médicos", isto é, persoas que observan o enfermo e logo emiten un xuízo en ton dogmático, do tipo, por exemplo, que refiren as seguintes informacións: "Ten [o enfermo] o estómago caído" ou "Ten caída a paletilla", ou "Ten [o neno] o mal do Sartego", e similares, recomendando de seguido o tratamento terapéutico local a seguir.

VI

O paso seguinte, unha vez diagnosticada a enfermidade, é acudir ós procedementos que dispón a comunidade para tratala. Neste caso, pode ser unha práctica curativa propia da medicina empírico-natural, ou ben un cerimonial terapéutico integrante da relixiosidade popular. Tocante á *medicina empírico-natural* da localidade, o corpus de prácticas curativas que estes paisanos aplican para trata-las enfermidades que padecen é amplo. De seguido presentarei aquelas que recompilei facendo notar que só comprenden unha pequena mostra das que aínda quedan por recoller. Esta mostra estructurarémola como segue:

Primeiramente aquelas *prácticas curativas que se aplican ás feridas e traumatismos de persoas que se mancan*. De acordo co tipo de luxación e fractura había na zona curandeiros coñecidos que aplicaban diversos emplastos. Así, a rompedura de ósos tratábase cocendo "dente de agrón", que se recolle na beira do río Mandeo. Faise unha cataplasma que se deposita sobre a parte afectada, véndase e déixase permanecer así uns días ata substituíla por outra. Así ata que se cura a rompedura. Para as *cortaduras* aplícase a "tea de araña" sobre todo cando sangran para que o sangue calle. A *inflamación dos dedos* trátase "introducindo o dedo en auga fervendo" unha vez e outra, recalcando os informantes que o fixeron que esta cocción do órgano enfermo é tan salutífera como dolorosa a aplicación. Unha *queimadura* cúrase tratándoa con aceite ou con fomentos de vinagre. As *feridas, picaduras, gretas nas mans* pódense tratar "lavándoas con mexo" (ouriños) que bota sobre elas o que as sofre.

Virían agora as *xaquecas e dores de cabeza* que sofren estes paisanos. Estas cúranse ademais de coas aspirinas mercadas na farmacia da capital municipal (Sobrado) ou na de "A Castellana", con "compresas de auga fría postas sobre a testa" para que refresque, ou ben, "indo lava-la cabeza á fonte das Pías" (santuario de "Santa Columba das Pías" na parroquia de Roade –Sobrado dos Monxes-), ou a outras fontes santas como a "Fonte da Virxe do Hermo", no adro da igrexa parroquial de Carlín, do concello de Friol (Lugo).

Cando estes campesiños tentan facer fronte á miopía e á "vista cansada", mércanlle ó quincalleiro ambulante que os visita ou nas feiras que frecuentan uns anteollos que axustan *in situ;* e para a conxuntivite "é moi bo lava-los ollos con auga de manzanilla". Tamén para cura-las "belidas", nome que lles dan ás úlceras dos ollos, ademais de lavalos con auga de manzanilla empregábanse algúns esconxuros e ritos de relixiosidade popular[7].

Sobre a serie de doenzas que se poderían asociar á especialidade practicada polos otorrinolaringólogos tamén dispoñen de experimentadas prácticas terapéuticas locais. Así, se a unha persoa "se lle toma a voz", ou "se pon ronca", recoméndaselle "poñer unha bufanda arredor da gorxa", ou "beber leite templado mezclado con xema de ovo batida", ou "aplicar panos quentes á gorxa"; e se lle vén de imprevisto unha hemorraxia nasal deberá pór "o fociño cara arriba", ou "un pano mollado en auga fría na cabeza", ou ben "unha chave de ferro no cocote" e así deixará de sangrar. Os catarros cúranse nestas aldeas cuns días de cama e bebendo "viño quente con azucre", ou ben "mel quente con limón", ou tamén "leite quente con mel e coñá".

A estes paisanos tamén lles doen as *moas* e os *dentes*. Estas dores alívianse con enxaugaduras de augardente ou de xenebra. E extráenselles ós nenos tirando dun fío, e ós maiores coa antedita técnica ou someténdose ás habilidades dalgún "sacamoas" ambulante ou "atrevido" veciño, ó que eu mesmo llo teño visto facer[8]. Tamén preveñen este mal recomendando non comer moi frío e moi quente alternativamente. En canto á dor de enxivas recoméndase atendela con "enxuagues de viño branco con romero".

7. Un consiste en coller entre os dedos índice e polgar un gran de trigo e facer con el tres cruces sobre o ollo enfermo recitando unha oración. Faise nove días seguidos, ó remate dos cales o ollo debe estar curado. Pronúnciase unha oración, pero xa non atopei en Grixalba quen ma soubese reproducir. Na súa ausencia, constato aquela que usan os fregueses de Santiago de Trasmonte (Friol, Lugo), parroquia situada nas terras baixas lucenses do monte da Cova da Serpe. Este ensalmo, que tiven ocasión de recollelo hai uns anos, transmitíronmo así:

> "Nuestra Señora la Virgen María
> Tres libritos en la mano tenía
> con uno leía
> con otro rezaba
> con otro *belidiñas* dos ollos quitaba.
> Por el poder de Dios y de la Virgen María
> un Padre Nuestro y un Avemaría". (Fidalgo, 1988:194)

8. Fun testemuña, cando era neno, dunha extracción de moas levada a cabo polo xa citado "latoeiro da Conexeira" (D. José Saavedra), na que empregou uns alicates dos que utilizaba no desenvolvemento do oficio artesán, e tratou a pequena hemorraxia sufrida polo dorido paciente con auga ácida que colleu da pía do obradoiro artesán.

As *doenzas da barriga* que padecen estes aldeáns teñen igualmente a súa resposta cultural. As mulleres poden padecer regra dolorosa que lles impida durante eses días traballar normalmente. Neste caso o remedio máis estendido vai ser tomar unha "infusión de herba luísa" ou "un grolo (trago, copa) de augardente", e se é "augardente de herbas" mellor. Tamén recomendan "unha copa de xenebra", pero esta é de introducción máis recente na parroquia. Se a dor provén dunha parasitación intestinal, isto é, se se collen lombrigas, neste caso a infusión a tomar é de "herba boa" (menta), ou exorcizalas mercando "un escrito contra as lombrigas dos que había nos tempos antigos", din os informantes de Grixalba.

En canto ós *males do peito* poden consistir en non encherse de alento debido a ter "o estómago caído" ou "caída a paletilla". Neste caso o mal trátase de acordo cun ritual popular capaz de levantala e retorna-lo doente ó estado normal. Pero se a enfermidade consistise nun simple andazo –mal que anda–, isto é, unha gripe de catarro, esbirro, tose, isto trátase quedando uns días na cama tomando "leite quente con ovo batido e azucre ou mel", "leite ben quente con coñá", "viño quente con azucre". Despois da toma hai que taparse ben para romper a suar. O catarro forte tamén se cura con infusións de flor de sabugo. Tamén se pode sufrir un ataque de "hipo", se é nun neno dirase que está medrando. Para quita-los *salucos* recoméndase beber uns grolos de auga e dete-la respiración por un instante, ou ben adoptar unha posición incómoda, consistente en poñerse de cabeza abaixo, e mesmo dando un bo susto ó que o padece. O malestar dun *empacho* trátase cunha infusion de "auga cun pouco de bicarbonato de sosa", "con herba luísa" e con "manzanilla cun pouco de anís".

Outras doenzas e males internos como o do cólico renal (que chaman mal da pedra), e dores da vesícula, trátanas eficazmente indo bebe-las augas das fontes que hai nos asentamentos mineromedicinais de Parga e Guitiriz (Guitiriz, Lugo). Con isto aparece entre os campesiños das terras baixas da Serra da Cova da Serpe estoutro tradicional recurso para trata-la enfermidade: o das augas mineromedicinais.

Son dúas fontes de augas sulfuradas, as mellor coñecidas e apreciadas por estes paisanos, baseándose nas propiedades que teñen. Unha localízase no asentamento de Parga e outra no de Guitiriz, ambas na provincia de Lugo. Das augas que manan delas díxosenos que "son moi boas para a vesícola e para o riñón". Das augas do Balneario de Guitiriz dise que "quitan as pedras da visícola", referíndose ós cálculos da vesícula e inflamacións de vesícula biliar. Tamén se afirma que son boas para cura-los padecementos de retraemento, gases, flatulencias, dores abdominais, cefaleas, etc. Sobre as augas da fonte de Parga coméntase que "non teñen tanto sabor pero sanan igual que as [augas] de Gutiriz". Hoxe a xente da zona segue acudindo ás dúas. Pero matízase que toma-las augas a Parga "vai máis o pobo llano" e á fonte do balneario de Guitiriz "vai a xente máis fina". Sabemos que a fonte de Parga é frecuentada só desde hai unhas décadas, sendo as augas de

Guitiriz as de máis tradición nesta zona rural[9]. Situada no centro do "Balneario de San Xoán de Guitiriz" (Guitiriz, Lugo) esta fonte de augas sulfuradas está actualmente atendida por unha auxiliar, que llela serve ós enfermos que acoden a toma-la, e por un médico e unha enfermeira que consultan dous días por semana. Aínda que as instalacións da Hospedería deixaron de funcionar hai arredor dun cuarto de século, iso non impide que sigan acudindo anualmente toma-las augas xentes de tódalas partes, que permanecen residindo na vila os nove días que a tradición vén recomendando[10].

Aqueles veciños que contraen *males da pel* tamén dispoñen para curalos das augas mineromedicinais. Así dísenos que "son boas as augas sulfuradas das fontes de Parga e Guitiriz". Estas sono especialmente para os "granos da pel" (acne xuvenil) e "para a caspa". Pero os homes da Serra da Cova da Serpe dispoñen doutros remedios para trata-los grans, en especial os *carafunchos,* que tratan con panos quentes para apura-lo proceso de maduración e consegui-la abertura espontánea do "clavo" e a supuración. Tamén se lles pode aplicar aceite para abrandalos. E as *verrugas,* que nalgún caso proveñen de forma intencionada por contar estrelas e dicir "estrela alí verruga aquí" marcando co dedo onde se vai depositar. Segundo informan, non hai mellor para curalas que "untalas con leite de figo", ou tamén "ofrecerse a un San Benito", pero isto xa non é practica empírico-natural.

VII

Con respecto ó sector das *prácticas curativas de relixiosiade popular* que teñen por obxecto a curación dos males padecidos por estes veciños, sérvense para desen-

9. Á fonte de augas mineromedicinais do asentamento de Parga (Guitiriz, Lugo) acódese dende o ecuador do século actual unha vez que se acondicionou o manancial, despois de que o propietario doara o lugar para servicio dos que alí se achegasen a beber. Agora seguen indo toma-las augas a ela os interesados. Din que se debe "toma-las [augas] nove días seguidos para que faga efecto". Isto vale tanto para a fonte de Guitiriz como para a de Parga. Como este novenario continúa resultándolles difícil de realizar, sempre que van, especialmente domingos e festivos, aproveitan para encher botellas e garrafas que transportan para a casa co fin de continua-la dose no fogar. Os informantes consultados no momento de tomalas eran conscientes de que "mellor é tomala [auga] ó dereito da fonte, porque nas botellas perde propiedades e non fai tanto efecto. Pero –continúa a informante– a xente vén, e a leva. Nós vimos aquí por ela desde Ferrol. Bebemos aquí a que queremos e tamén a levamos. Ata a utilizamos para cociñar de tan boa que nos é". (Información recibida *in situ* o terceiro domingo de agosto, maio 1995).

10. Hai outras fontes, ás que lles atribúen propiedades especiais os informantes de Grixalba. Son a coñecida "fonte da fame", porque lle abre o apetito ó que "por desgaña" non quere comer. "Ó tomar auga desa fonte, de pronto vén unha fame de raio. Esa auga abre a vontade de comer", afirma Ánxel, o informante da aldea da Costoia (Grixalba, Sobrado dos Monxes, maio 1995). A "fonte da Cañota" no monte de Codesoso (Grixalba) dá unha "auga moi boa", que os campesiños da mencionada aldea transportaban ó fogar para servila nas comidas. Outras aguas con virtudes moi especiais son as da "fonte de San Vitorio", que "curan as enfermidades", "quitan as verrugas", etc. (José López, Casal (Grixalba, Sobrado–, maio 1995).

volvelas dunha ampla serie de obxectos simbólicos (escapularios, cruces, estampas, escritos, evanxeos, auga bendita...), de xestos (palabras, ensalmos, oracións) e de intermediarios humanos (sandadores, "sabias"...) que se sitúan a medio camiño entre o natural e o sagrado, de aí a súa forza salutífera. No caso dos santos, que aparecen como intermediarios espirituais, estes poden cura-las enfermidades directamente sen necesidade de elemento intermediario ningún máis que a fe do paciente na súa mediación. Neste sector do corpus de prácticas terapéuticas parroquiais tanto os enfermos coma os sandadores aprenden as oracións e procesos rituais que deben desenvolver sen se trabucar e nas condicións requiridas polo cerimonial curador[11]. Velaí un intento inicial de organiza-la recolleita de datos deste sector.

– Empecemos lembrando que moito antes do nacemento das persoas, as cautelosas embarazadas poñen as súas precaucións terapéuticas tendo coidado de cumpri-los antollos para que os seus meniños saian sans. A nai preñada cre que non debe tocar cun peixe ou con amoras sobre a propia pel para que non lle naza o fillo con manchas; e antes de dar a luz mandou "poñe-la imaxen de San Vitorio pequeno á cabeceira da cama" para que a asista no momento do parto e durante a corentena posparto. Ó seu lado outros santos como un Cristo e a Virxe do Carme son colocados e invocados a cotío no caso de que as dores sexan fortes ou o parto se prolongue máis do considerado normal.
Despois do parto nai e fillo permanecen sometidos a uns tratamentos especiais. Con respecto á parideira, terá que permanecer durante "corenta días recuperándose". Toda esta tempada na que se encontra co "corpo aberto", "esmagado", "enfermo" –e por iso se di que "ten un pé na casa e outro no cemiterio"–, a parideira vai apoiar máis o pé da casa permanecendo na cama e recuperándose cunha dieta recomendada, a base de tomar pola mañá o "ponche", que consiste en "medio vaso de viño quinado ('sansón') no que se deixou cae-la xema dun ovo", ou o "chocolate" preparado con leite, con auga, e tamén onzas de chocolate, sempre consumido acompañado de pan. Polo día comerá "sopas de pan", consistentes en rebandas finas de pan sobre as que se bota azucre, leite e manteiga, ou senón "sopas de viño con azucre", feitas a base de anacos de pan sobre os que se bota azucre e viño morno, e sobre todo a "sustancia de galiña", que consiste nunha cunca de caldo de galiña, pola, ou galo, ó que se lle mestura algo de pan, e continúase co consumo da carne cocida das ditas aves de curral, que é costume regalarlles cando se van visitar. Con isto e unha reducida gama de doces e galletas que tamén se reciben de regalo, ou se mercan, é suficiente para que a parideira se recupere antes de face-la "entrada na igrexa", isto é, presentarse en público na misa dominical.

11. Convén lembrar que estas prácticas non están en contra do modelo da medicina científico-experimental, senón fóra del, nin do modelo de medicina natural da que se achan máis preto, e, polo tanto, son compatibles con el.

Non falaron as informantes desta zona do bautismo anticipado do non-nado, como nolo recollen noutras comarcas de Galicia o médico V. Lis Quibén (1989) ou o psicólogo E. Becoña (Becoña, 1989:49-51), pero si do costume de anticipa-lo bautismo do neonato cando se sospeita que corre perigo de morrer antes de chegar á Igrexa. Este bautismo faino calquera persoa que saiba reproduci-la fórmula relixiosa "oficial": "bótaselle un pouco de auga e dise: Yo te bautizo en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo". As informantes coas que tratei dubidaban sobre se algún neno podía traer virtudes especiais: "Decíase que se un neno era o noveno fillo e que tódolos irmáns foran homes coma el, que tiña poderes de curandeiro. Decíase pero non sei se será verdade". A informante reproduce aquí aquela crenza máis xeral á que fixen referencia máis arriba ó falar dos "saudadores" –dadores de saúde–, que teñen a virtude de curar con saliva, como son o sétimo ou noveno fillo varón que xa ten seis ou oito irmáns varóns. Pola súa parte, desde o momento que nace, o neonato é obxecto de protección e coidados especiais. A ninguén se lle permitirá ser padriño do bebé antes de ter ben aprendido o credo. Trabucarse no rezo desta oración na cerimonia do bautizo pode traer algun mal ó catecúmeno, ó que desde agora novos coidados seguirán as fases de crecemento no seo da comunidade. Como indica F. Loux sobre os coidados a que son sometidos os bebés de Francia (Cfr. Loux, 1978:153), tamén aquí todo é prevención minuciosamente regulada na vida do rapaz. A nai non debe dar sufocada de mamar ó neno para que non se descompoña, tampouco debe comer ensalada con vinagre para que ó leite non lle sente mal, nin debe beber auga mentres aleita ó neno para non afrouxar (adelgazar) o leite[12], ter coidado de que "non trague pelos de gato para non contraer enfermidade", e de non corta-las uñas os días de R (martes, mércores e venres) para que non lle saian "pelexos" arredor, ofrecelo ó San Alberte que se venera preto de Baamonde (Lugo) para que non prenda na fala ou se prende cando empeza a falar, etc.

- Outras moi variadas crenzas superan este sector dos coidados dispensados á poboación infantil e adulta do fogar. Nese sentido debemos facer referencia ós rituais de evitación das pestes, néboas, xeadas dos campos cultivados, e aqueloutros de evitación dos males do fogar. Naquel caso o membro do fogar que o practica asperxe nas catro esquinas da leira auga bendita que se recolleu na Igrexa o Sábado de Gloria, empregando un ramo de oliveira bendito. O ritual tamén implica que en cada esquina que se asperxe se rece un Noso Pai, e se coloque no centro da leira unha cruz feita de ramo de loureiro ben-

12. O costume é contraposto ó que se vén practicando cos animais. Á hora de muxi-las vacas dábaselles tradicionalmente "un caldeiro de auga con nabos, ou berzas e algo de fariña", quizais para estimula-la producción do leite. A herba seca, palla de trigo, etc. botábaselle despois.

dito. En canto ós cerimoniais de protección do fogar, estes campesiños cravarán anualmente ó lado das portas de entrada da casa unhas cruces feitas de pao de loureiro bendito o Domingo de Ramos, coa crenza de que con iso basta para que non entre ningún mal. Outros males que poden afectar ós veciños evítanse mediante o emprego de determinados talismáns: cruces, escapularios, escritos, imaxes, estampas, ferraduras, etc. que levan permanentemente as persoas, ou depositanos nos elementos (tractores, turismos, apousentos) que desexan protexer.

- Un antigo cerimonial preventivo do mal nas persoas e animais que se celebra anualmente é o que consiste en "salta-la fogata do lume novo de San Xoán". Para que produza efecto, no momento de saltar sobre el as persoas deben recitar este ensalmo que di: "Salto o lume novo de San Xoán para que non me trabe cobra nin can, nin cousa que me faga mal". Tocante ó gando que habita no fogar, cando chega o día pásase sobre as cinzas da fogueira para protexelo da mordedura das cobras e outros animais pezoñosos. Con tal potencialidade salutífera da lumieira derivada de arder na noite do 23 ó 24 de xuño, en pleno solsticio de verán, a colectividade humana e os animais domésticos que residen na zona quedan dende agora inmunizados para todo o ano. Doutro lado, quen decida na mañanciña de San Xoán refregrarse en coiro contra a cortiza dun carballo negral e de seguido envorcallarse nun prado de herba verde, para recolle-la máxima rosada salutífera do día de San Xoán, verase libre durante o ano da sarna que puidese ter.
- Pero sobre calquera dos cerimoniais populares citados sobresaen aqueloutros practicados cos santos protectores deste contorno. Os residentes destas aldeas invocan ós seus santos convencidos de que serán atendidos[13]. A un dos que acoden máis a miúdo para que lles devolva a saúde perdida é o santo San Vitoiro, que veneran no santuario parroquial. Na parroquia de Grixalba non hai santo con tanto poder de convocatoria como "o avogoso San Vitorio". Fóra dela hai outros como son "Santa Columba das Pías" na parroquia de Roade (Sobrado), "o Corpo Santo de Xurío" na parroquia de San Martiño de Churío (Irixoa) e a

13. Entre os santos protectores locais nos que teñen depositada a maior confianza estes aldeáns da zona de estudio están: San Vitoiro, que honran con romaría o 14 de cada mes de maio; a Virxe do Carme, que veneran o 16 de xullo; o "Corpus", que celebran un domingo de agosto; e San Xulián, padrón da parroquia, venerado cada 7 de xaneiro. A Virxe do Rosario tamén conserva capela propia na aldea de Codesoso do Monte, pero non nos consta que lle teñan unha devoción destacable. A "Santa Columba das Pías", que se venera na parroquia de Roade (Sobrado), acoden un día do mes de xuño. Cando os veciños de Grixalba (Sobrado dos Montes) corren algún perigo e sobre todo cando teñen dores ou padecen calquera clase de males, a vivencia do problema está salpicada de exclamacións que reclaman a axuda de tipo: "¡Ai, San Vitorio me valla!", "¡Ai, Virxe do Carmo me protexa!", "¡Ai, Virxe bendita me protexa!","¡Ai, Virxen querida me salve!", "¡Ai, Cristo bendito me axude!" e semellantes.

"Virxen de Pastoriza" na parroquia de Santa María de Pastoriza, no concello de Arteixo (A Coruña). En cada un destes santuarios o devoto pide, rézalle ó santo, deposita exvotos, dá esmolas, recolle as augas das "fontes santas" para levalas ó fogar, e, sobre todo, renova a súa confianza no poder salutífero do santo ou santa protector.

VIII

Recollemos de seguido unha mostra de actos salutíferos atribuídos ó "avogoso San Vitorio", de quen se di que "ten feito moitísimos milagres", a maior parte atendendo peticións destes veciños de San Xulián de Grixalba. As intervencións que lle atribúen estes paisanos sobre os animais e persoas da parroquia constitúen unha proba da vixencia desta terceira estratexia terapéutica local consistente no recurso ás prácticas terapéuticas de relixiosidade popular.

Este avogoso San Vitoiro de Grixalba parece que atendeu, ó longo do tempo, tódalas peticións que os seus devotos das terras baixas da Serra da Cova da Serpe lle fixeron con confianza e fe no propio poder mediador. Tantos eran os favores que os seus devotos lle viñan pedir ou agradece-lo "día do santo", ó longo do tempo, que a concentración ó redor da capela o 14 de cada mes de maio tivo que reorganizarse nas últimas décadas coa prohibición da presencia dos animais no santuario local. Un informante describía deste xeito a antiga amálgama de persoas e bestas que acudían á capela de San Vitoiro o día da romaría que honra ó santo protector:

> O día de San Vitorio as misas empezaban moi de mañá. A xente acudía cos animais ofrecidos, e aquelo semellaba unha feira. Viñan cabalos e bestas nos que chegaban dacabalo os romeiros. Pero o que máis había eran vacas que ás veces traían a cría. Tamén teño visto porcos ofrecidos ó Santo [...]. A xente empezou a queixárselle ó cura, D. Antonio, decíndolle que os animais manchaban a roupa e que quedaba o campo da festa con excrementos e eso. Foi entón cando o cura impediu leva-los animais á capela, e agora nos últimos anos, o San Vitorio xa non é coma antes. A xente continúa acudindo coma sempre, pero os animais non. Tampouco se vén de merenda como antes. A xente agora acude en coche para oí-las misas e cando rematan case todos volven para as súas casas.

Os males que sofren os animais eran os que máis a miúdo ocasionaban a necesidade de intervención salutífera deste santo protector. Pero ningún problema parroquial lle era alleo nin queda fóra do seu poder. Tal como imos ver, o Santo local atende tanto os males que lles afectan ós animais como ás persoas, e mesmo se ocupa de intervir sobre os elementos naturais se é necesario. No seguinte suceso o informante atribúelle a recuperación da saúde dun animal que xa se atopaba a piques de morrer. Trátase da curación dunha vaca propiedade dunha familia da comunidade. O etnotexto foime transmitido así:

– O que pasou coa vaca do Ferreiro da Costoia cóntocho eu. Ó Ferreiro púxoselle unha vaca moi enferma que non comía nada nin daba de si. Como non se daba posto ben, foise xunto dun tratante que merca destas vacas enfermas. Pero o vaqueiro ó chegar xunto da vaca e vela así tan mal, non quixo mercala porque non se levantaba e díxolle que non a podía levar.

O comprador marchouse e entón a tía Andrea –que era a muller do ferreiro– vendo así o animal colle e dixo:

– Bueno pois voulle ofrecer unha limosna a San Vitorio a ver se mo curara.

E ofreceulle a limosna a San Vitorio. Pero o tío Domingo, cando escoitou isto o aproveitou para decirlle á muller:

– Ti ofréceslle a limosna a San Vitorio pero o comprador marchouche.

A tía Andrea calou. Pero foi buscar unhas verzas e deullas á vaca. O animal vai e comeunas, e ó comelas vai e ergueuse.

Entón un curmán do tío Domingo que estaba con eles, ó ver que a vaca se erguera díxolles:

– Vou ir ata a taberna da Conexeira, que o tratante aínda estará alí e dígolle que volva merca-la vaca que xa se levantou e xa lle anda para levala.

Pero a tía Andrea dixo que non. –Non, agora non vaias. Espera a ver que fai a vaca.

E de pronto tróuxolle un caldeiro de caldo e o animal o comeu. A vaca foi curando en pouco tempo e quedou sa coma as demais. Esto pasoulle ó tío Domingo do Ferreiro desta aldea da Costoia[14].

Outro suceso semellante é este que relata a intervención do santo sobre a vaca enferma dunha familia de Casal de Abaixo (Grixalba, Sobrado). Velaquí como se resolveu o problema de saúde segundo a versión dos propietarios do animal:

O feito que che vou contar pasounos a nós cunha vaca que se puxo enferma. Foi moi parecido a outro caso que lle pasou ó Ferreiro da Costoia con outra vaca, pero nós xa tiñamos o burato feito para enterra-lo animal.

A vaca caeunos enferma e non sabíamos que clase de enfermidade tiña. Estaba case totalmente morta. Nin se movía nin se lle notaba a vida, e xa fixéramo-lo burato para enterra-la vaca. Estaba parida de pouco e tiña unha cría que, claro, berraba de fame porque o animal non o podía manter.

Entón chegou unha veciña de aquí da aldea, que se chamaba Marica e díxolle a meu avó:

– Home, e ese animaliño dá lástima sentilo berrar así.

– E que se lle vai facer se a vaca está tirada e eu non sei que lle facer –díxolle o meu avó.

– Pois eu ofrecíalle unha limosna a San Vitorio a ver se a criara –matizou a veciña.

– Se me criara a cría, a vaca doulla toda –dixo meu avó.

E ofreceulle a vaca a San Vitorio.

O detalle non quedou así, porque de alí a un pouco foi ve-la vaca unha tía nosa que se chamaba Dominga, e entón vai a vaca –que ata daquela non facía caso a nada– levantou a cabeza e mirou para ela. Como viu que a mirara, a tía volveu á casa por un anaco de pan e deullo, e vai a vaca e comeulle o pan. Sin dicir nada volveu por unha verza e doulla, e vai a vaca e comeulla tamén.

Entón a tía xa non se detuvo. Foi xunto ó meu avó a contarllo e díxolle ó avo:

– Oia a vaca comeume un cacho de pan amais unhas verzas. E el respondeu:

14. Información recibida de D. Ánxel Fidalgo Lodeiro, 59 anos, A Costoia (Grixalba, Sobrado dos Monxes), agosto de 1995.

– ¡Caraspio! Esto non é broma.

E nesto, foron ve-los dous ó animal.

E vai a vaca e levantouse diante deles e deulle de mamar á cría.

E mira que enfermidade debía ter, que a carne dunha pata caeulle toda d'arriba a abaixo, ademais o gueso, do presullo para abaixo, caeulle todo e a uña do pé tamén. Caeulle o gueso, ademais da uña pola xunta do presullo, e quedou a vaca coa pata máis curta pero curou de todo, criou a cría, e foi unha vaca como as demais. Despois aquela vaca foi subastada en San Vitorio tal como prometera o avó. A xente ten fe no San Vitorio porque destas cousas fixo moitas por aquí[15].

Hai outra clase de relatos que falan da acción salutífera que San Vitoiro exerce sobre outros animais. Así, tamén cura o gando porcino, se facemos caso de relatos como o que segue:

Tiñamos unha porca preñada que se nos puxo enferma. Empezou a non querer comer e a poñerse cada vez peor. Daquela non había veterinario e non sabíamos como facerlle. Eu dáballe o que pedía pero non comía nada; estaba deitada na corte e non se movía. O animal estivo a piques de morrer.

Entón decidín ofrecerlle unha limosna a San Vitorio para que a sanase: – Hai San Vitorio querido, se me sacaras a porca adiante e me criara os ranchos, un dos que traia ha de ser para ti. Ofrecinlle o rancho de verdade porque a porca estaba moi mal. Marchei, e máis tarde volvín ve-la porca e vin que o animal xa parecía estar mellor. Dinlle algo de comer e xa comeu algo, e dende aquela foise poñendo mellor ata sanar. Sanou de todo e pariu catro ranchos. Cando valeron para vender collín un deles e leveino a San Vitorio. Alí subastouse e o que deu foi para el[16].

Tamén o gando equino foi obxecto da súa acción salutífera, tal como recolle o seguinte relato, do que se deduce que é preciso cumpri-los compromisos contraídos co Santo protector para que o equilibrio se instaure. O acontecido foi narrado así polo versado informante:

– Esto sucedeulle a un veciño de Mariz [Guitiriz, Lugo] que tiña unha besta que se puxo de parto. Púxoselle o parto mal e o animal non daba parido. Ó ver que non saía a cría vai o dono e ofreceulle mitade da cría a San Vitorio no caso de que parira ben. A besta pariu e trouxo un poldro moi feito.

Un día o home achegouse ó San Vitorio a cumpli-la promesa, pero como daquela os poldros valían moito, en vez de darlle a mitade parece que lle deixou algo menos. Seica lle deu só unha cuarta parte do valor da cría.

15. Información recibida de D. Xosé López. 65, anos, Casal de Abaixo (Grixalba, Sobrado dos Monxes), agosto 1995. Dispoño doutros sucedidos de curacións en animais desta especie que decido omitir para non supera-lo espacio asignado á comunicación. A maioría gardan un esquema narrativo semellante ó que usa o seguinte informante cando constata: "A Domingo de Peteiro se lle puxo unha vaca a morrer. Estaba tirada na corte e xa pensaron que nunca ía a sanar. Ofrecéronlle unha esmola a San Vitorio e a vaca sanou" (Información de María Santamariña Ares, 82 anos, Grixalba –Sobrado dos Monxes–, maio de 1995).

16. Información de D.ª María Santamariña Ares, 82 anos, A Costoia (Grixalba, Sobrado), maio de 1995.

O caso foi que cando lle chegou a hora de irse para a casa montou na besta, pero nin a besta nin a cría querían saír d'arredor da capela de San Vitorio. Xuntouse a xente e uns por un lado, e outros 'afala' polo outro, pero non había maneira de bota-lo poldro de xunto a capela.

Ó ve-la cousa tan difícil, o home deuse conta e pensou para si: Non me vaia pasar esto por non cumpli-la ofrenda do santo. E colleu, baixou da besta, e entrou da-la parte que faltaba do que lle ofrecera a San Vitorio. Volveu saír e montou de novo no animal. ¿Queres ver que agora o poldro seguía tra-la besta sen facer falta que lle afalara ninguén? Eu teño escoitado moitas veces que este feito pasoulle a un de Mariz, e que foi verdade[17].

Pero o San Vitoiro protexe sobre todo ós humanos. A este nivel os informantes atribúenlle dous tipos diferentes de protección. Unha máis xeral deriva do cerimonial coñecido como "poñe-lo Santo", e outra que exerce sobre persoas concretas portadoras dun problema particular.

O ritual de "poñe-lo santo" lévase a cabo no interior da capela o "día de San Vitorio", o 14 de maio, e o "día de Nosa Sra. do Carmo", o 16 de xullo. O encargado de practica-lo sinxelo cerimonial protector é o sancristán. Utiliza para iso a imaxe de "San Vitorio pequeno", duns 40 cm de alto, que ten disposta unha asa por detrás. O sandador colle pola asa a imaxe do "santiño" e pásao arredor do paciente á altura da cabeza mentres recita unha indescifrable oración. Rematado o acto, o devoto deposita a esmola voluntaria na bandexa disposta diante do Santo, e sae da capela coa crenza de que vai minuciosamente protexido contra calquera tipo de mal durante o resto do ano.

Este amparo de carácter xeral que o San Vitoiro sempre se acha disposto a proporcionar ós devotos increméntase no caso dos enfermos da parroquia, homes e mulleres con problemas de saúde, e, en especial, no caso das mulleres parturientes das aldeas espalladas por esta área rural. O seguinte relato recolle esta protección específica que lle afectou, neste caso, a unha dona da parroquia que tivo problemas no momento de dar a luz. O etnotexto recolle as circunstancias que levaron ós veciños da aldea de Sante (Grixalba, Sobrado dos Monxes) a pedi-la súa salutífera mediación. O acontecido foi transmitido como segue:

17. Información de D. Xosé López, 65 anos, Casal de Abaixo (Grixalba, Sobrado dos Monxes), agosto de 1995. Os campesiños desta parroquia non só lle atribúen a San Vitoiro esta acción protectora dos animais cando paren senón tamén a capacidade para minguarlle-la agresividade no caso de que a orienten sobre as propias crías. Observemos, no seguinte suceso, esta referencia que se fai ó tema:

"Aquí na aldea tamén pasou outro caso cunha besta que tiñan os de Cabado. Tiñan unha besta que cando pariu non quería a cría. Trabáballe. A besta comía a cría e tiñan que poñerlle un 'bitillo' como o que se pon ás vacas sempre que se lles botaba a cría a mamar. Pero despois a besta remataba por non lle baixa-lo leite á cría. Entón, tamén os de Cabado lle ofreceran un cuarto da mula a San Vitorio –lémbrome ben que a cría era unha mula–, e dende ese momento empezou a acollela e a quererlle como queren os animais [ás crías]. Tivera aquela besta máis crías e sempre as amamantou e lles quixo como á que máis" (Información de Ramón López, 59 anos, Casal –Grixalba, Sobrado–, maio de 1995).

Estoutro caso pasou en Sante. Ocurriu que a muller de [nome] tiña un parto difícil e non conseguía dar a luz. Foron polo médico de Cabado e cando veu e mirou a muller díxolles:

– Hai, ela, parir nunca máis pare se non se lle saca.

Pero entón, daquela, se un ía ó hospital parecía que xa saía para o cementerio, e os da casa dixéronlle ó médico:

– ¡Ai D. Antonio! ¡Ai señor! Se vostede o intentara; se se puxera a ver se lle facía algo...

– ¡Eu só non! Ide buscar outro médico. Ide por D. Emilio á Carregosa, que entre os dous mal sexa que non lle saquémo-la criatura.

Entón decidiron ir polo médico da Carregosa –que Cabado e el eran amigos–, pero nestes medios tamén chegaron alí, á casa, uns veciños da aldea de Sante e comentáronlle:

– Era mellor que forades busca-lo San Vitorio a ver se o Santo querido a axudara a parir.

E tamén foron. Uns saíron polo médico da Carregosa e outros cara a San Vitorio polo 'San Vitorio pequeno'.

Pero o médico de Cabado comentoulles ó ver que saían polo Santo: – Ir, iredes, pero non hai San Vitorio que faga parir esta muller.

Trouxéronlle a San Vitorio, e o caso foi que antes de chega-lo médico da Carregosa a muller pariu sen axuda de médico ningún. Agora que dende aquel día D. Antonio nunca máis deixou un ano sen acudir ó San Vitorio o día da romería. Nunca máis faltou da festa do San Vitorio[18].

E desta presencia do santo mediador e dador de saúde pasamos á acción salutífera da auga da súa fonte. Situada nun prado particular moi preto do santuario, dise desta auga da fonte de San Vitoiro que "nunca fai dano" e que "é boa para todo". Os romeiros acoden á "fonte do Santo" para sacia-la sede coa que chegan, lavar nela as mans, os ollos, e aquelas partes do corpo afectadas por algunha enfermidade, confiados en que lles van curar. Boa sobre todo para quita-las verrugas e os tirizós dos ollos, esta auga da fonte do Santo ata é capaz de facer levedece-la masa coa que os campesiños preparan a fornada de pan. Velaquí tres segmentos de relatos que avalan o que dicimos:

– Eu tiña esta man con bastantes verrugas. Fun lavalas tres veces á fonte de San Vitorio e empezáronme a desaparecer. Sen lles votar outra cousa desaparecéronme de todo. Aquí as tes (amosa as mans limpas de verrugas).

– Eu tiña aquí (sinala o ollo esquerdo) un tirizó que me daba a lata. Ofrecínme a lavalo na fonte de San Vitorio e de contado desapareceu. Nunca máis me volveu aparecer.

– Na nosa casa queríamos cocer. Estaban aquí "Angelita" e Enrique e queríamos que levaran pan para alá. Entón esa (fai un sinal cara á dona) fixo o fermento pero á fariña parece que non lle chegou para levedar, porque ó outro día cando chegamos aínda non levedara nada. Puxémonos a amasala e amasámola. Como non regañara (abrira) nada dixemos nós: A mellor cousa é facer lume ó forno, que vai tardar en quentarse, e namentras a ver se leveda o pan.

18. Desta crenza na protección do Santo sobre as parturientes deriva o costume na parroquia de Grixalba de poñe-la imaxe de San Vitoiro nas mesas de noite daquelas donas que se dispoñen a dar a luz.

Quentei o forno e non apurei moito o lume para dar tempo, pero o forno queceu e o pan non levedou. Entón díxenlle á muller: – Isolina, mete aquí unha pouca leña mentres eu vou á casa. Collín e vin á casa, e collín unha botelliña e arranquei a escape con ela á fonte de San Vitorio. Recei uns padrenuestros e cheguei coa auga. A masa seguía sen levedar e boteilla por riba así facendo unha cruz. Entón díxenlle a Isolina: – Agora imos facer lume uns 20 minutos máis a ver se levede a masa ou que pasa. Púxenme a face-lo lume e pasaron os vinte minutos pero o pan non levedeu. A masa estaba como ó principio.

Entón eu dixen: Bo, pois hai que votalo no forno do mesmo xeito porque así non facemos nada. E vin á casa xunto da Isolina a decirlle: – Vente, vamos bota-lo pan no forno. – ¿E levedeu?, preguntou ela.

Non. Levedar non levedeu pero ímo-lo botar igual. Entón vai esta, ergue a tapa da artesa e dixo: –¡Ai, pero o pan levedeu! Mira, levedeu. ¡Mira! ¡Parece incrible que o pan levedera no tempo de ir eu do forno á casa chamar esta! ¡Iso pareceume incrible! O caso foi que botámo-lo pan no forno e salíunos un pan coma sempre. Esto que che conto pasounos a nós aínda non fai un ano[19].

Existen nesta zona rural outro tipo de prácticas e rituais terapéuticos máis complexos cós mencionados, que os paisanos practican para protexerse e/ou curarse dos males que lles afectan. Un é o que ían desenvolver a un sartego sito no cemiterio da igrexa de Santiago de Trasmonte e á fonte da Virxe do Ermo, no campo da Igrexa de

19. Información de D. Xosé López, Casal de Abaixo (Grixalba, Sobrado dos Monxes), agosto de 1995. Existen outras fontes santas ás que estes paisanos lles atribúen variadas virtudes. Varias son extraparroquiais pero os campesiños acoden a elas para curarse dalgún mal. Dúas que son visitadas anualmente e das que se recolle auga para levar para a casa son a "fonte das Pías" [santuario de Santa Columba das Pías, Roade, Sobrado dos Monxes] e a "fonte do Corpo Santo" [Churío, Irixoa]. A crenza nas virtudes salutíferas destas augas aparece fortalecida pola transmisión de sucesos como o que segue, que tivo como protagonista a unha veciña do informante. O relato foime transmitido así:

"O que che vou contar pasoulle a [nome] cando foi ó Corpo Santo, co home e outros cantos d'aquí. Despois que oíron misa foron coller auga á fonte para traela. O caso foi que [nome] levaba unha botella para enchela de auga e traela para a casa. Pero a auga daquela fonte –que non parece fonte nin nada–, ó mirala parece así algo manchada. Entón [nome] ó vela así manchada, dixo: 'Bueno ho, vou collela mais esta auga a min non me gusta moito'.

¡Oes! Conforme dixo esto escapoulle a botella da man e non a viu máis.

Desapareceulle da man aquela botella sen saber para onde foi.

Silvestre de Naveira tiña unha caña, e revolveron na fonte coa caña a ver se caera nela, e revolveron tamén coas mans. Miraron co que poideron por todas partes pero a botella non apareceu. Marchou das mans de [nome] e aínda non apareceu hoxe. Nunca máis se atopou. ¡A muller, mais Silvestre quedáronse fríos...! ¡Calquera se queda porque con estas cousas non se debe xogar!

A min foi [nome] quen me contou esto, e díxome que ela aquelo non o dixera por mal nin nada. Pero tamén dixo que en canto dixera que non lle gustaba a auga da fonte do Corpo Santo, vai e... ¡zas! De repente a botella marchoulle das mans e nunca máis a viu. Fíxate que a botella non lle caeu senón que escapoulle da man".

(Información de Avelino López, Casal de Abaixo Grixalba, Sobrado dos Monxes, agosto de 1995). Pola mesma lóxica pensarase que así como desaparece a botella das mans da persoa agnóstica, tamén lle desaparece o mal da parte do corpo afectada ó crente que chega solicitándoo con fe e empregando esta auga como parte da terapia familiar.

Carlín (Friol) para trata-lo raquitismo agudo infantil (Cfr. Fidalgo, 1981:307-27), ou aqueloutro co que se tratan as cefaleas e outros males da cabeza no santuario de Santa Colomba das Pías (Roade). Trátase, neste último caso, dunha práctica ritual máis complexa, que precisa un estudio con maior detalle do que aquí podemos presentar. En ámbolos casos, achámonos diante de cerimoniais terapéuticos complexos nos que aparecen implicados pacientes, palabras e procesos rituais cheos de simbolismo e de soportes naturais, sociais e con elementos sagrados que chegan á actualidade como supervivencias de hipotéticos cultos dos máis ancestrais devanceiros. Así, nos dous últimos cerimoniais populares citados, que se desenvolven nas parroquias de Trasmonte (Friol) e Roade (Sobrado dos Monxes), van se-las pedras, as árbores, as augas depositadas no sartego e nas "pías" pétreas, as "fontes santas", os espacios sagrados do interior das capelas, o soar dos santurarios, os rezos e os comportamentos regrados, etc., os elementos que posibilitan a vistosidade e a eficiencia curativa das prácticas terapéuticas populares que neles se practica. Máis que en calquera dos outros rituais enumerados, é nesta clase de cerimoniais terapéuticos onde o Todo cultural local aparece actuando como estratexia terapéutica de carácter biomédico, psíquico e, mesmo, sociolóxico, para os campesiños que poboan estas aldeas.

IX

A partir dos comentarios e datos que expuxemos xa se poden facer algunhas consideracións relativas á pluralidade de estratexias terapéuticas que atopamos nesta marxinada zona rural. Parece, en principio, que dependendo da concepción que se ten do mal así escollen uns ou outros procedementos terapéuticos daqueles que dispón a comunidade para facerlle fronte, o que favoreceu a xénese, asimilación, transmisión e conservación deste heteroxéneo "corpus" de estratexias orientadas a diagnosticar, tratar e ata xustifica-la súa presencia no seo destas aldeas. Todos estes procedementos que levamos constatado poden ser considerados esencialmente médicos. Dende un punto de vista teórico, dependendo da natureza dos mesmos, podémolos incluír dentro do sistema médico (biomedicina), ou do paramédico (medicina natural), ou do extramédico (medicina folk)[20], cos que conta o *Todo* cultural local.

20. Dos tres sistemas médicos que funcionan hoxe no interior desta zona rural, o *Sistema da Biomedicina* (medicina científico-experimental) foi superando ós demais unha vez que a Seguridade Social Agraria penetrou e se difundiu polo interior destas comunidades campesiñas. O *Sistema de Medicina Natural* veu respondendo desde o tempo inmemorial ás doenzas dos paisanos a base de técnicas terapéuticas baseadas na utilización de elementos naturais, como a fisioterapia local, a hidroterapia local, a alimentación e nutricionismo locais, e o "corpus" variado de remedios das amas de casa locais. No caso do *Sistema de Medicina Folk* (ou popular, ou máxico-relixiosa), constitúe nesta zona outra alternativa terapéutica aínda máis antiga, tradicional e social que as outras dúas citadas.

Tocante a aquelas respostas que proveñen do *modelo médico científico-experimental*, os protagonistas parten sempre dunha concreción científica do poblema (doenza, enfermidade) que presenta o paciente. A enfermidade concíbese como un feito que se manifesta a través do corpo, por medio duns síntomas que poden ser descritos obxectivamente e regulados por un tratamento alopático de carácter químico. Neste modelo, o curador aparece prisioneiro da racionalidade e do método da biomedicina, e interpretará as doenzas e molestias dos pacientes de acordo co repertorio de modelos interpretativos segundo o costume: biomédico, inmunolóxico, viral, xenético, ambiental, psicodinámico, etc. Fóra deles, todo síntoma que non encaixe no modelo, o "experto" non terá reparo en prescindir del, considerándoo como inexistente, ou interpretándoo como de orixe psíquica. Mergullado neste racionalismo biolóxico, a terapia que emprega no tratamento da enfermidade consiste nun mero *acto técnico* que aparece desprovisto de todo soporte social e humano. Así, o modelo que se desenvolve na práctica hospitalaria actual, aínda que se presente provisto dunha *eficacia probada*, sen embargo é posible cualificalo de *reduccionista* porque este modelo biomédico empobrece o labor terapéutico da medicina moderna, ó traballar só de acordo cos modelos de interpretación imperantes na ciencia sen ter en conta a propia personalidade dos pacientes, o seu medio social, o seu ethos local. De aí que os nosos pacientes teñan a necesidade de compensa-las propias deficiencias do modelo terapéutico oficial coa presencia ó redor deles dos variados intermediarios locais ós que nos referimos máis arriba, e que estes cumpran a función de aliviadores das tensións producidas polas prácticas médicas científico-experimentais.

Xa non ocorre o mesmo coa *medicina empírico-natural,* que supera á precedente en humanismo e sociabilidade. Dos datos achegados sobre este modelo terapéutico tradicional dedúcese que, sobre todo nalgúns tipos de terapias, os "médiums" tentan reproduci-la estratexia específica da medicina oficial, tal como ocorre no caso dos lugares de saúde (fontes mineromedicinais, balnearios, etc.). Así, aínda hoxe, a persoa que vaia "toma-las augas" á fonte do antigo balneario de San Xoán de Guitiriz atoparase cunhas instalacións abandonadas, pero o ambiente e comportamentos das que chegan seguen estando regulados por normas que se parecen ó que acontece na medicina oficial. Así, aparecen regulados os horarios de apertura e peche do recinto, o servicio da auga medicinal, as tomas servidas pola moza encargada de dalas, a presencia dous días por semana dun elemental equipo sanitario formado por médico e enfermeira uniformados, etc. Pero, se ben estes procedementos se parecen ós que existen nas clínicas da medicina oficial, outros moitos aproxímannos estas fontes á medicina tradicional, en canto que nin os enfermos que van a elas bebe-las augas nin as tomas que fan ó día precisan ser reguladas por médicos e enfermeiros, nin estas fontes aparecen desvinculadas da relación que se establece coas divindades e os costumes locais. Dáno-la impresión de que nestes recintos de saúde, que son as fontes termais e os balnearios, os enfermos sérvense

das potencialidades do mundo natural máis que do mundo dos espíritos, o que non impide que aparezan mutuamente implicadas as técnicas empírico-naturais e o contexto profano do paciente con algúns ritos de relixiosidade popular, a propia concepción da enfermidade, e a ideoloxía relixiosa do paciente. De feito, quen acode a estas fontes, á fitoterapia, ás receitas da ama de casa, etc. non renega tampouco dos demais bens de saúde (ensalmos, exvotos, rezos, propiciatorios ós santos...) que pon á súa disposición o sistema de cultura local. Cando o enfermo, en ocasións, acode a outros balnearios de sona nestas aldeas (Caldas, O Carballiño, Verín...) esas curas naturais das augas, baños, paseos, descansos, etc., pódense atribuír tamén a ese sincretismo que neles se produce entre o empírico e o simbólico, o medio natural e o cultural. Incluso non contando cunha especialización oficial, os "médiums" que traballan nestes centros de saúde aparecen dedicados a regular unha orde de vida sa, e a facer que se practique un réxime de vida relaxado e saudable, que nos balnearios mellor equipados aparece máis deseñado para o gozo das persoas sas que para que os enfermos se recuperen. Tamén os remedios domésticos curan, sobre todo se van asociados con saudables racións de descanso, mellor alimentación e unha maior atención e coidados da persoa enferma.

No que respecta, por último, ás prácticas terapéuticas do modelo de *medicina folk* (máxico-relixiosa ou medicina popular), aquí o compoñente socio-cultural é moito maior có natural. Neste caso xa non somos capaces de distingui-la fronteira que separa nelas o natural e o sobrenatural, o profano e o sagrado, o humano e o espiritual. Estas respostas populares pasan a introducirnos na concepción maniquea que ten esta comunidade campesiña, que lle vai posibilitar explicar calquera doenza e malestar orgánicos pola acción maléfica dalgún espírito malo que se achega ós campesiños. Dentro de tal concepción calquera tipo de mal que non sexa propio de médico por ser producido por un "aire especial", un espírito, ou mesmo a vontade divina, tamén terá a súa receita cultural adecuada, a súa "auga santa", o seu esconxuro, o seu Santo curador local, e mobiliza os membros do grupo necesarios en número e adecuada sabedoría popular para desenvolve-lo cerimonial salutífero máis eficaz. Achámonos así na outra banda do abanico curador relativa ó campo da estructura social no escenario do cerimonial terapéutico, onde pacientes (enfermos), "médiums" (expertos), acompañantes (pobo) aparecen empregando con fins curativos os medios que o propio sistema de cultura dispón (terra, árbores, herba, auga, cruces, ensalmos, oracións, espacios, santos, sandadores, ensalmadores, "sabias", etc). Aquí todo parece funcionar como práctica terapéutica local e como metacomentario da realidade social. En moitos destes rituais o paciente terá que someterse a un proceso en que se ven implicadas as seguintes "catro etapas que seguen unha orde evolutiva de sucesión: quebra, crise, acción reconductora, conclusión, xa sexa por retorno, por restauración dunha situación 'normalizada' ou pola aceptación consensuada dunha quebra irremediable e, polo tanto, dunha nova orde" (García, 1991:13). Xa non se trata, pois, duns meros actos técnicos como os que atribuïamos

á medicina oficial, senón de actos que superan o racionalismo biolóxico para considerar mellor ó paciente como un ser biolóxico (corpo) e un ser social, é dicir, como persoa e membro dunha comunidade que o inclúe sen reducilo.

Non me gustaría da-la impresión de que neste nivel da medicina folk se trata de reduci-la enfermidade ou a saúde a unha dimensión exclusivamente social, pois non se pretende afirmar ningún vínculo causal entre "poñe-lo santo" ou desenvolver calquera outro ritual relixioso, como o de da-la volta de xeonllos á capela das Pías, etc., coa curación dos males que lles afectan ós campesiños da zona de estudio. Do que están a falarnos todos estes cerimoniais populares nos que entran xente, elementos simbólicos (xestos, ensalmos), elementos sagrados (rezos, misas, santos...) e outros compoñentes do ritual popular, non é da eficiencia salutífera que poidan ter ou non, senón do sistema complexo de procedementos, valores, crenzas, filosofía, pensamentos e aspiracións dos pacientes, e os seus familiares e veciños residentes por estas aldeas. Todas estas prácticas curativas que identificamos na zona, máis que falarnos da súa eficacia curadora *fálannos do sistema de cultura* que teñen estes veciños das terras baixas da Serra da Cova da Serpe, que actualizan sempre que o empregan para trata-lo problema da enfermidade que de vez en cando os visita.

Tampouco estes campesiños teñen claro que sexan suficientes estas prácticas populares para se curar. Por iso, salvo moi raras excepcións, cando enferman non dubidan en acudir á *medicina científico-experimental* para tratar de recupera-la saúde perdida. Pero nestas aldeas que visitei continúa sendo certo que os campesiños, ademais de someterse a acción dos "médiums" (cirurxiáns, anestesistas, enfermeiras, padioleiros...) e técnicas especializadas do Sistema Sanitario oficial, non se esquecen de anda-los "outros camiños" parellos da medicina natural e da medicina folk que conserva a comunidade. Así, non falta quen decide acudir ás fontes santas, ás encrucilladas, ós camiños, ás herbas, ás augas mineromedicinais e dos ríos; nin quen continúa a servirse dos compoñedores, curandeiros, exorcistas, "sabias", saudadores, de xestos, palabras, rezos, esmolas, e outros elementos da cultura local entre os que se atopan os espíritos e os santos protectores.

Tocante á eficacia que poidan ter estas prácticas terapéuticas da medicina popular pódese dicir que pasa o mesmo que coas do sistema de medicina oficial e medicina natural. Dependendo das características dos pacientes, da súa enfermidade específica, do nome, procedencia e reputación do "médium", das palabras significantes, os elementos e fórmulas que se poñen a disposición do "experto" (médico, curandeiro, saudador, santo protector) curador, dirase que para uns estas terapias son unha fonte de alivio e tranquilidade, que lles compensa a súa utilización, para outros son unha fonte de mellora, pois despois da práctica empezan a sentir unha mellora real, segundo os testemuños daqueles que as practicaron, e para outros son unha fonte de curación real, como afirman os que teñen unha fe cega nas virtudes das augas salutíferas ou no poder salutífero do santo local protector.

BIBLIOGRAFÍA

BECOÑA IGLESIAS, E.: *Medicina popular*. Vigo, Ir Indo, 1989.

FIDALGO SANTAMARIÑA, X. A.: *Antropología de una parroquia rural*. Orense, Caja Rural de Orense, 1988.

FIDALGO SANTAMARIÑA, X. A.: "Prácticas supersticiosas en el tratamiento de enfermedades en la Galicia rural: Descripción y análisis del 'Sartego de Trasmonte'". En *Cuadernos de Estudios Gallegos*. Tomo XXXII, núm. 96-97 (1981), pp. 307-327.

GARCÍA, J. L.; VELASCO, H. e outros: *Rituales y proceso social. Estudio comparativo en cinco zonas españolas*. Madrid. Ministerio de Cultura, 1991.

GARCÍA SABELL, D.: *Análese existencial do home galego enfermo e outros ensaios*. Vigo, Galaxia, 1991.

GONDAR, M. e GONZÁLEZ, E.: *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*. Santiago, Edicións Laiovento, 1992.

GONDAR PORTASANY, M.: *Crítica da razón galega. Entre o nós-mesmos e o nós-outros*. Vigo, Edicións A Nosa Terra, 1993.

LAPLANTINE, F. e RABEYRON, P.-L.: *Les Médecines parallèles*. Paris, Presses Universitaires de France, 1987.

LIS QUIBÉN, V.: *La medicina popular en Galicia*. Madrid, Akal editor, 1989.

LOUX, F.: *Le Jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris, Flammarion, 1978.

VALDÉS DE TORO, R.: "La medicina popular en la sociedad rural catalana". En: *Expresiones actuales de la cultura del pueblo*. Cuadernos de Estudios sociales del Valle de los Caídos. Madrid, 1976, pp. 183-198.

RISCO, V.: "Etnografía. Cultura espiritual". En: OTERO PEDRAYO, R. (dir.): *Historia de Galicia*. 3 vols. I. Akal Editor, 1979.

EL MAL DE OJO EN EUSKAL HERRIA

Anton Erkoreka

El mal de ojo es, posiblemente, la creencia supersticiosa que mayor difusión ha alcanzado en todo el mundo, apareciendo en los países y culturas más dispares. Sus características son muy parecidas en todos los pueblos de la tierra, presentando unos perfiles idénticos en cuanto a la etiología, prevención y los tratamientos que se le aplican.

Vamos a revisar, muy someramente, cuales son las características que presenta la creencia entre los vascos: su concepto, los amuletos que se utilizan para desviar el "mal", los tratamientos más usuales, para terminar con algunas interpretaciones teóricas que se hacen sobre esta creencia mágica.

DENOMINACIÓN

El nombre más generalizado para designar al mal de ojo en Vasconia es el de *begizkoa* o *begizko*. Se conocen también otras denominaciones, de uso estrictamente local, como *begi gaiztoa,* utilizado en algunas comarcas navarras, *begi gaixtoa, begigolpe* y *begiguna* en las provincias vascofrancesas y *begisantarra* o *begiskune* en la costa vizcaína.

El nombre es idéntico al que se utiliza en todos los idiomas del mundo: en español se le dice aojo y mal de ojo. El primero propiamente designaría el acto de transmitir el "mal" y el segundo sería el nombre del cuadro clínico en sí. En latín *oculus*

fascinus o *fascinatio;* en gallego se le dice *mal de ollo*, *ollo malo* o *ferida de ollo*; en bable *mal de filu*; en catalán *mal d'ull*, *prende de ull* o *pres de ull;* en occitano *mau dat*; en francés *mauvais oeil*; en italiano *malocchio* o *jettatura;* en inglés *evil eye,* etc...

SINTOMATOLOGÍA

El aojo es un "mal" que pertenece fundamentalmente al ámbito doméstico, protagonizado en la vida tradicional por las mujeres. La mayoría de las fascinadoras, la elección y elaboración de los amuletos y casi todas las curanderas especializadas en el *begizko* son del sexo femenino. En mi caso concreto, todas las informantes y magas que me han facilitado información sobre el tema han sido mujeres añosas.

Según estas informantes, el aojamiento afecta principalmente a los niños pequeños, a las muchachas jóvenes y a las ancianas, colectivos considerados como los más débiles y vulnerables de la población, aunque nadie queda excluido del mismo, ya que también los hombres de todas las edades, las mujeres adultas, los animales, los vegetales e incluso los objetos inanimados pueden ser afectados.

Su sintomatología es difícil de precisar. Según Barandiaran (1972-83, I, 60), es creencia popular que,

> cuando un enfermo está sumido en tristeza y aplanamiento continuado; se halla amodorrado, siente nauseas, desgana; no halla gusto en los entretenimientos, se debilita y enflaquece, y en general, cuando padece por largo tiempo una enfermedad interna, se dice que alguien le ha hecho el *begizko*.

Por mi parte (Erkoreka 1985, 261-262) añadiría que

> la sintomatología que presentaban los afectados era muy diversa y muy poco específica: mal estado general, pérdida del apetito, de la vitalidad, de la fuerza, aparición repentina de enfermedades diversas, accidentes, golpes, caídas inesperadas, etc. No sólo se manifestaba por dolencias corporales, sino también por malas rachas en los negocios, pesca escasa, malas cosechas, enfermedades en el ganado, accidentes, incendios o catástrofes naturales que afectaban a la familia o a la hacienda, etc.

TRANSMISIÓN

El *begizko* lo ocasionan personas del entorno del afectado, en algunos casos de una manera involuntaria, con sólo la mirada o algún sentimiento de envidia o admiración. En otras ocasiones se produce por una maldición, por la acción de personas catalogadas como brujas, de mendigos, por derramamiento de aceite en el portal o contra la casa del afectado, por algunos ritos mágicos, etc...

El principal mecanismo de transmisión del mal de ojo es la mirada de la persona con capacidad de dañar a otros. Barandiaran (1972-83, I, 59), haciéndose eco de las creencias populares, afirma que

> ciertos individuos proyectan con su mirada una energía misteriosa, *adur,* que puede perjudicar a personas, animales y cosas dentro de su campo de visión... Hay personas que tienen la virtud de fascinar aun sin intentarlo: lanzan con sus ojos el *betadur* (fuerza mágica de los ojos).

En la costa vizcaína (Erkoreka 1985, 257-260), las "maldiciones" *–male dictio–*, se expresan mediante

> fórmulas varias, por ejm. la maldiciente puede decirle a la otra: *Aú pásako iatxu!* (–¡Te va a pasar esto!) concretándole el daño. O bien: *Esú gosáko ori seúk!* (–¡Eso no lo vas a disfrutar tú!). La persona a la que le han lanzado la maldición o que cree que se la están lanzando, también dispone de una serie de fórmulas con las que defenderse e intentar devolverle el mal. Por ejm, *Zeuretxako orí!* (–¡Eso para ti!), o bien *Diñosuné seuretxako isan bijjík!* (–¡Lo que dices que sea para ti!) o incluso frases más elaboradas como *Zeure áutik urteten dauená , seurétxako!* (–¡Eso que sale de tu boca, que sea para ti!).

La "envidia" es otra variante menor del aojo. En algunos países tiene personalidad propia, suplantando o igualándose al mal de ojo. La creencia generalizada en Vasconia es que este tipo de sentimientos, tanto negativos –la envidia, el odio o el mal deseo– como positivos –la admiración, el deslumbramiento, el asombro, etc.– pueden ocasionar daño a la persona o animal hacia quien van dirigidos. El simple hecho de alabar las cualidades o virtudes de un niño o animal, si no se añaden las frases rituales enconmendándole a Dios o a algunos santos, puede producirle el *begizko.*

AMULETOS CONTRA EL *BEGIZKOA*

Según Castiglioni (1972, 83) "el término 'amuleto' indica un objeto que posee la cualidad mágica y pasiva de defender al portador de las influencias malignas". Gil en su *Therapeia* (1969, 200-201) los define como "objetos de la más variada índole y materia, animal, vegetal y mineral que se ponen en contacto estrecho con el cuerpo del usuario, ora colgados al cuello... del brazo, de la muñeca o del muslo".

En Euskal Herria he recogido alrededor de 30 tipos diferentes de amuletos usados específicamente para preservar a sus portadores del mal de ojo. El vocablo con el que se designa, en general es el de *kutun,* en plural *kutunak.* Algunos amuletos concretos, como los de carácter religioso o los minerales, reciben nombres específicos como *ebanjelioak, ugatzarri, zinginarri, arraiarri,* etc... El vocablo "higa" con el que se conocen los amuletos contra el aojo más usuales en España, sólo se usa de una manera generalizada en las provincias francófonas de Vasconia.

Los llamados "evangelios" son los más utilizados en todos los países de tradición cristiana; son pequeños escapularios que contienen un papelito con textos evangélicos, entre los que nunca faltan los primeros versículos del evangelio de San Juan:

Evang. de S. Juan, c. 1
In principio erat Verbum
et Verbum erat apud Deum,
et Deus erat Verbum Hoc erat
In principio apud Deum.
Omnia per ipsum facta sunt:
et sine ipso factum est nihil...

Las "nóminas" o "patentes", las medallas, las cruces de San Benito, de Caravaca, el agua o pan bendito, etc. completan los amuletos de carácter religioso.

Hay un segundo gran grupo de amuletos, en desuso desde mediados de este siglo, que están formados por sustancias orgánicas mezcladas entre sí e introducidas en una bolsita. De estos elementos el más repetido e importante es el fragmento del cordón umbilical del propio niño, que, en algunas localidades, incluso, se utilizaba como único *kutun* infantil. Se incluían también algunas plantas –fundamentalmente el apio–, estiércol de gallina, ceniza del hogar, carbón, jabón, etc. En un elevado número de localidades se introducía igualmente una moneda.

Las defensas de animales –garras de tejón, dientes de diversos animales o porciones distales de asta de ciervo– han sido muy utilizadas. El uso de algunos de estos amuletos, como los dientes perforados, se remonta hasta la prehistoria, apareciendo sistemáticamente en yacimientos arqueológicos de diversas épocas históricas. En el caso del asta de ciervo, tenemos referencias de su uso desde la Edad Media, apareciendo citado, por ejemplo, en el *Codex Calistinus*, escrito por Aimery Picaud en el siglo XII (Vielliard 1978, 30) que textualmente afirma: "Ubicumque Navarrus aut Basclus pergit, cornu ut venator collo suspendit".

Se han utilizado, igualmente, piedras, cristales, corales, azabache y carbón vegetal. En algunos yacimientos romanos de Navarra se han encontrado también objetos que hacen ruido, como campanillas y cascabeles, así como amuletos representado órganos sexuales humanos o gestos obscenos (higas).

RITUALES PRECAUTORIOS

El simple hecho de alabar las cualidades de un niño o de un animal puede producirle el *begizkoa*. Para prevenirlo ha estado muy difundida la costumbre de añadir, cuando se alababa a un niño, la coletilla "Dios le bendiga": *Jainkoak bedeinka deijela!*

Cuando se trata de un animal "San Antonio le bendiga": *San Antoniok bedeinka deijela!*

Si alguna mujer no respetaba esta prescripción, al alabar las cualidades de un niño, o si se sospechaba que le había dirigido una mala mirada, nada más volverse la presunta aojadora, la madre de la criatura escupía, o hacía como que escupía, en su dirección, con el fin de devolverle el posible aojo.

El "bautizo a la ventura" es un tercer ritual precautorio, que se ha practicado en algunas poblaciones de la costa vasca, para evitar que los más allegados al niño, de una manera involuntaria, le hicieran el *begizko* antes de bautizarlo, pudiendo causarle incluso la muerte. Al poco de nacer, el recién nacido era llevado a bautizar a la parroquia o a un santuario de gran devoción en la comarca, solicitándole al primer hombre y a la primera mujer que se encontraran en el camino, que fueran los padrinos de la criatura.

TRATAMIENTOS CONTRA EL MAL DE OJO

A lo largo y ancho de Vasconia se reparten una serie de santuarios cuya fama trasciende el ámbito comarcal y a veces el provincial, a los que han acudido tradicionalmente los aojados, maleficiados, posesos, etc...

Cerca de Estella, en Navarra, se venera a la popularmente denominada "Virgen de los Conjuros", donde acudían de Navarra, Álava, La Rioja, etc.; A Roncesvalles acudían fundamentalmente desde Iparralde; en Olaberria (Gipuzkoa) les "leían los evangelios" y les entregaban una "patente" que luego se empleaba a modo de amuleto; desde Álava se acudía principalmente al monasterio de Barria y al santuario de los Santos Antonios de Urkiola, donde también llegaban desde Bizkaia y Gipuzkoa.

En la comarca del Gran Bilbao, el santuario por excelencia para recibir la bendición y surtirse de "evangelios" ha sido la iglesia de San Felicísimo en el barrio de Deusto. Por fin, en Las Encartaciones se encuentra la iglesia de San Pedro de Zarikete, donde se "desembrujaba" a los niños, debiendo seguir la familia las clásicas prescripciones, que recoge Arregi (1987, I, 438), de "dar una vuelta alrededor de la ermita, entrando por una puerta y saliendo por la otra, arrojando sal", y no volver nunca a casa por el mismo camino.

El agua es un elemento purificador universal que no podía faltar entre los tratamientos del mal de ojo: se ha empleado el agua bendita procedente de tres pilas o iglesias diferentes; el agua manipulada por la propia aojadora o, si se producía el aojamiento con motivo de una reunión, introduciendo los presentes sus dedos en el agua. Este agua bendita o manipulada se daba de beber al niño presuntamente aojado, o se le lavaba con ella.

Un remedio, bien documentado en la provincia de Bizkaia (Erkoreka 1995a, 119-126), es el llamado *begizkune*. Consiste en derretir estaño en una sartén,

hacer cruces con el mismo sobre el aojado y arrojarlo en agua para que se solidifique. La labor de la maga que practica este ritual consiste en interpretar las figuras que salen en la masa de estaño y seguir su evolución hasta que las figuras de las últimas tiradas indiquen que el sujeto se ha curado del mal de ojo. La ceremonia es de gran complejidad, las nueve tiradas que se realizan por lo general duran varias horas, y, durante todo este tiempo la curandera no para de hablar, dirigiéndose a la aojada y a los presentes. No sólo interpreta las figuras que van apareciendo en la masa, sino que interroga a la afectada sobre aspectos de su vida, sus enemigos, sus preocupaciones, etc... realizando lo que, en nuestra terminología, llamamos una psicoterapia.

INTERPRETACIONES

La creencia popular en el *begizkoa* es muy compleja y variada. Personalmente creo que no se puede analizar esta creencia mágica en una única dirección, sino que, en cada caso o en las circunstancias de cada curandera –que es la que en última instancia diagnostica y cura el mal de ojo– se puede cambiar la interpretación que se hace del mismo.

Para aproximarnos al fenómeno desde una óptica racional –o si se quiere, desde un punto de vista teórico–, vamos a distinguir varios apartados o lecturas diferenciadas de esta creencia, que en muchos casos se superpondrán. Por ejemplo, si analizamos el caso concreto de una persona presuntamente aojada, nos podremos encontrar, en el mismo sujeto, un pool de creencias previas sobre el demonio o el magnetismo, vivir en un determinado ambiente social propenso a estas creencias y tener una personalidad paranoide o depresiva.

Sistematizando las interpretaciones que se le pueden dar al *begizko,* hay que adelantar que, a lo largo de la historia, se ha intentado explicar esta creencia supersticiosa con planteamientos tan dispares como aceptar su existencia real como una enfermedad tipificada por el galenismo durante la Edad Media; vincularla al mundo de las brujas a principios de la Edad Moderna; considerarla como una posesión demoníaca; integrarla en la parapsicología y el magnetismo, o juzgarla como una patología social o psiquiátrica.

POSESIÓN DEMONÍACA

El concepto popular del *begizko* tiene un cierto parentesco conceptual con algunas enfermedades que, en la antigua Grecia, se calificaban como posesiones demoníacas. La más antigua de todas es la noción de *Keres,* que Gil en su *Therapeia* (1969, 252) dice que "se muestran algo así como *personified bacilli*, como enjambre de minúsculos seres alados, como fuerzas dañinas que se posan en las cosas,

manchándolas y deformándolas hasta causar su destrucción". Lo mismo cabe decir de conceptos que aparecen posteriormente, como la noción de *daimon, ephialtes* o las explicaciones que se dan a la locura en el mundo clásico.

PARAPSICOLOGÍA Y MAGNETISMO

En determinados círculos se considera el mal de ojo como un fenómeno paranormal, provocado por una forma desconocida de energía que existe en la naturaleza y que todavía no ha sido identificada por la ciencia oficial.

La energía que, según creencia popular, surge del aojador y se proyecta a través de la mirada, dañando a los que le rodean, se podría interpretar también en claves de magnetismo. Esta relación de energías también podría hacerse, en mi opinión, a la inversa, y ser el afectado el que pierde una cantidad variable de su propia energía vital, que sería absorbida por el aojador. Para recuperar su equilibrio necesitaría acudir a determinados lugares sagrados o recuperarlos de otros seres vivos o inanimados.

PATOLOGÍA SOCIAL

En el *Symposium* celebrado sobre el mal de ojo (*The Evil Eye*), en Toronto (Canadá) en 1972 (Maloney, 1976), se plantearon varias hipótesis.

La "Teoría Funcional", que tiene dos vertientes: una se ocupa de la función del concepto de mal de ojo en relación con necesidades individuales: la otra se ocupa de cómo el concepto funciona dentro de la estructura de la sociedad con el fin de desalentar a sus miembros de exceder los límites de sus roles, bajo pena de llamar la atención y, consecuentemente, de ser castigados con el mal de ojo.

La "Tesis Transcultural" de Roberts, es una variación de la teoría funcional que podía denominarse "Enfoque Ecológico". Este autor sugiere que la creencia en el mal de ojo se puede generar por alguna de las siguientes condiciones: la vida en una sociedad compleja, el miedo a la fertilidad, el miedo a la productividad, etc.

La mayoría de los antropólogos españoles que han tratado el tema orientan su análisis del mal de ojo en las mismas direcciones:

Cátedra (1976, 9) dice que "a través de los "ojos malos" se delimitan las tensiones de los hombres y las mujeres en relación a la comunidad, la oposición hombre–mujer, los problemas intergrupales y la distorsión existencial de la enfermedad y la muerte. Los "ojos malos" aparecen en un grupo con una débil estratificación social y una marcada tendencia igualitaria para sancionar las diferencias sociales, fisiológicas y sexuales".

Según Lisón Tolosana (1979, 404), se "perciben las conexiones del aojo con la multiplicidad de relaciones sociales tensoras y con la falta de recursos que puede agudizar la dureza de aquellas".

Para Prat, Pujadas y Comelles (1980, 50-51) "el mal de ojo expresa las tensiones internas que sufre la sociedad...: la tensión y la lucha de sexos, la lucha contra el exterior, y las tensiones que provoca la desigualdad. La enfermedad expresa, de este modo y simbólicamente, estos tres conflictos estructurales y la envidia funciona como un elemento de cohesión social. Si no hay envidia, no hay mal de ojo; y si no hay ostentación no hay envidia".

Díaz Ojeda (1982a, 247) afirma que "no se trata simplemente de un mecanismo que expresa un sentimiento de culpa, como atribuye Macfarlane a las acusaciones de brujería, sino que, además de expresar un sentimiento de culpa por la transgresión de un valor o norma social, es un mecanismo de exculpación...".

Transtornos psiquiátricos

En el *Symposium* de Toronto se remarca el papel social de la envidia, planteando la paranoia como el cuadro psiquiátrico que puede explicar el fenómeno del *begizkoa.* Hay que recordar que el Comité de Nomenclatura y Estadística de la *American Psychiatric Association* define los estados paranoides como

> trastornos psicóticos en los cuales la anomalía esencial es un delirio, generalmente de persecución o de grandeza. De este delirio se derivan trastornos en el estado de ánimo, la conducta y el pensamiento (incluyendo alucinaciones) (Freedman, Kaplan y Sadock 1975, 265).

Hay una segunda entidad psiquiátrica que quiero sacar a colación porque, en mi modesta opinión, también hay elementos coincidentes con ella. Me refiero a la neurosis depresiva que según Freedman, Kaplan y Sadock (1975, 389)

> es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de energías, una reducción de la autoestima, autodeprecación, trastornos del apetito y del sueño, y una variedad de otros síntomas. Estos síntomas comprenden con mucha frecuencia grandes necesidades de dependencia, sentimientos de culpa o de insuficiencia, fatiga, disminución del interés, dificultad en la concentración y una variedad de afecciones somáticas.

A este respecto hay que recordar que un descubrimiento reciente señala algunos virus neurótropos como responsables de determinados cuadros depresivos, lo que abriría unas inmensas posibilidades en este campo de la psiquiatría. En el caso concreto del mal de ojo –si lo consideráramos como una forma *minor* de depresión– este descubrimiento podría explicar su extensión a segmentos de población como los lactantes o niños de corta edad, e incluso su aparición en otros seres vivos. Por supuesto que ni los virus explicarían la atribución del aojo a objetos inanimados.

En mi opinión, podríamos catalogar el mal de ojo como una entidad psiquiátrica menor –tal vez más próxima a la neurosis depresiva que a la paranoia–, pero con unas connotaciones históricas, culturales y sociales que le imprimen una personalidad propia.

No podemos empeñarnos en buscar un equivalente médico o sociológico –según nuestros esquemas científicos actuales a todos estos "males" de la medicina popular–, como el "mal de ojo" *(begizkoa)* o el "mal de madre" *(urdailekoa* o *urdillena).* La razón es que difícilmente pueden encasillarse en nuestros esquemas científicos, racionales, y hay que considerarlos, en sí mismos, como entidades nosológicas independientes, y referirnos a ellos como tales, designándolos, incluso, con su propio nombre popular: *begizkoa, mal de ollo, mal de ojo, evil eye,* etc.

Y es que, como dice Arrizabalaga (1993, 33),

> toda enfermedad es una construcción social en la medida en que ninguna enfermedad existe como fenómeno social hasta no haber sido percibida como existente. En consecuencia, las enfermedades que cada sociedad reconoce como tales son, en mayor o menor medida, variables históricas y culturalmente dependientes.

En este caso –termino yo– son los etnopsicólogos y los etnopsiquiatras los que tendrían que aceptar esta entidad, cuyas connotaciones históricas, culturales y sociales son más intensas y definitorias que su propia sintomatología clínica.

BIBLIOGRAFÍA

En el libro *Begizkoa. El mal de ojo entre los vascos,* he publicado una amplia bibliografía sobre el aojo y áreas temáticas afines, que incluye unos 200 títulos de ámbito fundamentalmente vasco, hispánico, anglosajón, germánico e italiano. A continuación recogo una selección de las obras fundamentales, haciendo hincapié en las que he utilizado para elaborar este trabajo y en la bibliografía española sobre el tema.

AGUIRRE, A. (ed.) (1988): *Diccionario temático de Antropología*. Barcelona. 2ª Edición, 1993.

AGUIRRE BELTRÁN, G. (1963): *Medicina y Magia*. México.

ARREGI, G. (1987): *Ermitas de Bizkaia*. 3 vols. Bilbao.

ARRIZABALAGA, J. (1993): "Locura y enfermedades mentales en el mundo medieval". *Historia 16* 18, n.º 211, 33-42.

AZKUE, R. M. de (1935-47): *Euskalerriaren Yakintza / Literatura Popular en el País Vasco*. 4 tomos. Madrid. Reed. (1959-71).

BARANDIARAN, J. M. (1972-83): *Obras Completas*. 23 tomos. Bilbao.

BARONA, J. L. y VALLADOLID, M. J. (1988): "Superstició i pensament mític a la medicina popular valenciana: les malalties 'no de metges'". *Canelobre* 11, 47-54. Alicante.

BARRIOLA, I. M. (1952): *La medicina popular en el País Vasco*. San Sebastián. Reed. (1979).

BECOÑA, E. (1981): *La actual medicina popular gallega*. A Coruña.

BLACK, W. G. (1883): *Folk-Medicine*. En español, *Medicina popular. Un capítulo en la historia de la cultura*. Madrid, (1889). Reed. Barcelona, (1982).

CARO BAROJA, J. (1968): *Las brujas y su mundo*. Madrid.

_____ (1970) *Inquisición, brujería y criptojudaismo*. Barcelona.

CASTIGLIONI, A. (1934): *Incantesimo e magia*. Milano. En inglés *Adventures of the Mind*. New York, (1946). En castellano *Encantamiento y Magia*. México, (1947 y 1972).

CÁTEDRA, M. (1976): "Notas sobre la "envidia": los "ojos malos" entre los vaqueiros de Alzada". *Temas de Antropología española*, 948. Madrid.

COMELLES, J. M. (1973): *Magia y curanderismo en la medicina popular*. Barcelona.

CHANCA, A. (1499): *Libro del ojo*. Sevilla.

DÍAZ OJEDA, M. A. (1982a): "La creencia en el mal de ojo: psicoterapia popular". I Jornades d"Antropologia de la Medicina. *Arxiu d"Etnografia de Catalunya* 2-2, 235-253. Tarragona.

_____ (1982b): *Población y enfermedad: análisis del mal de ojo en la Mancha Alta*. Tesina de Licenciatura inédita. Madrid.

DÍAZ OJEDA, M. A. y SEVILLA, J. L. (1980): "Patología popular y mal de ojo". *La Antropología Médica en España*, 209-223. Barcelona.

DUNDES, A. (ed.) (1981): *The Evil Eye: A Foklore Casebook*. New York-London.

ELWORTHY, F. T. (1895): *The Evil Eye*. London. Reed. New York, 1958, 1967.

ERKOREKA, A. (1976) "Begizkune". *Etniker* 2, 34-46. Bilbao. Reed. (1991) 51-58.

_____ (1983) "Begizkoaren aurkako era askotako osagai organiko kutunak Euskal Herrian" *Actas del Noveno Congreso de Estudios Vascos,* 403-406. Donostia.

_____ (1984): *El mal de ojo en Euskal Herria*. Salamanca.

_____ (1985): *Análisis de la medicina popular vasca*. Bilbao.

_____ (1988): "Etnografía de Bermeo. Leyendas, cuentos y supersticiones". *Contribución al Atlas Etnográfico de Euskalerria. Investigaciones en Bizkaia y Gipuzkoa*, 205-269. San Sebastián.

_____ (1995a): *Begizkoa. El mal de ojo entre los vascos*. Bilbao.

_____ (1995b): "Begizkune. Magia blanca en una práctica médica popular de Bizkaia". *Sukil. Cuadernos de Cultura Tradicional* 1. Pamplona.

FARIÑA, M. A. (1982): "Introducción al estudio del "mal de ojo" en las islas Canarias". I Jornades d"Antropologia de la Medicina. *Arxiu d"Etnografia de Catalunya* 2-2, 287-310. Tarragona.

FOSTER, G. M. (1953): "Relationships between Spanish and Spanish–American Folk Medicine". *Journal of American Folklore* 66, 201-217. En español, "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana". *La Antropología Médica en España* (1980): 123-148.

_____ (1972): "The anatomy of Envy: A study in symbolic behavior". *Current Anthropology* 13, 165-202.

FRAZER, J. G. (1922): *The Golden Bough*. New York (edición abreviada). En español *La rama dorada*. México, (1944). Reed. (1981).

_____ (1994): *Collected Works of J. G. Frazer*. 28 vol. London.

FREEDMAN, A.; KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J. (1975): *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona.

FRESQUET, J. L.: (1994): *Guía para la realización de trabajos de folkmedicina y otros sistemas médicos*. Valencia.

GARCÍA AVILÉS, A. (1990?): "Religiosidad popular y pensamiento mágico en algunos ritos del sureste español. Notas sobre el mal de ojo en la Edad Media". *Verdolay* 3, 125-139. Murcia.

GATTO, C. (1982): *Magia e medicina popolare in Italia*. Roma.

GIFFORF, E. S. (1958): *The Evil Eye: Studies in the Folklore of Vision*. New York.

GIFFORD, D. J. (1979): "Witchcraft and the Problem of Evil Eye in a Basque Village". *Folklore* XC (n.º 1).

GIL, L. (1969): *Therapeia. La medicina popular en el mundo clásico*. Madrid.

GRANJEL, L. S. (1983): *Historia de la medicina vasca*. Salamanca.

HENNINGSEN, G. (1980): *The Witches' Advocate. Basque Witchcraft and the Spanish Inquisition (1609-1614)*. Reno. En castellano *El abogado de las brujas. Brujería vasca e Inquisición española*. Madrid, (1983).

IRIMIA, M. P. y FERNÁNDEZ DE ROTA, J. A: (1976): "Envidia y mal de ojo en la cultura gallega: sus implicaciones sociales". *Ethnica* 12, 25-40.

KENNY, M. y MIGUEL, J. M. de (ed.) (1980): *La Antropología Médica en España*. Barcelona.

LABEAGA, J. C. (1991): "Amuletos antiguos contra el mal de ojo en Viana (Navarra)". *Cuadernos de Sección Antropología Etnografía Eusko Ikaskuntza* 8, 45-58. Donostia.

LAÍN ENTRALGO, P. (1971-75): *Historia Universal de la Medicina*. 7 vol. Madrid.

LEIZAOLA, F. (1991): "Fósiles utilizados como protectores y otras creencias en torno a ellos". *Cuadernos de Antropología Etnografía Eusko Ikaskuntza* 8, 59-66.

LIS QUIBÉN, V. (1949): *La medicina popular en Galicia*. Pontevedra. Reed. Madrid, (1980).

LISÓN TOLOSANA, C. (1971): *Antropología cultural en Galicia*. Madrid.

_____ (1979): *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid. Reed. (1983).

LÓPEZ DE GUEREÑU, G. (1971): "Tradiciones populares. Vírgenes y santos abogados en algunas aldeas alavesas". *Munibe* XXIII, 563-577. San Sebastián.

LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1990): *Lecciones de Historia de la Medicina*. Valencia.

LÓPEZ SELLES, T. (1972): "Contribución a un catálogo de ermitas de Navarra. Merindad de Estella". *Cuadernos de Etnología y Etnografía de Navarra* IV, 312-350.

MALONEY, C. L. (ed.) (1976): *The Evil Eye*. New York.

PERDIGUERO, E. (1986): "El mal de ojo: de la literatura antisuperticiosa a la antropología médica". *Asclepio* XXXVIII, 47-66.

PRAT, J.; PUJADAS, J. y COMELLES, J. M. (1980): "Sobre el contexto social del enfermar". *La Antropología Médica en España*, 43-68. Barcelona.

SALILLAS, R. (1905): *La fascinación en España. Brujas, brujerías, amuletos*. Madrid.

SATRUSTEGUI, J. M. (1978): "Medicina popular y primera infancia". *Cuadernos de Etnología y Etnografía de Navarra* X, 381-398. Pamplona.

SELIGMAN, S. (1910): *Der Böse Blick*. 2 vols. Berlín. Reed. Hildesheim, 1985.

THALAMAS, J. (1931): "Contribución al estudio etnográfico del País Vasco Continental". *Anuario de Eusko-Folklore* XI, 1-85.

VIELLIARD, J. (1978): *Le guide du pèlerin de Saint–Jacques de Compostelle*. Paris.

VILLENA, Marqués de (1411): *Tratado de aojamiento o fascinología*. Edición más reciente, ALMAGRO; FERNÁNDEZ CARPINTERO: *Heurística a Villena y los tres tratados*. Madrid, 1977.

VIZCARRA, B. (1932): *Reseña histórica del multisecular Santuario de los Santos Antonios de Urquiola*. Vitoria.

MEDICINA Y RELIGIÓN ENTRE LOS INDIOS HUICHOLES DE MEXICO

Tomás Calvo Buezas
Catedrático de Antropología Social
Universidad Complutense de Madrid

El proceso de salud-enfermedad no puede adecuadamente explicarse ni comprenderse si no es contextualizado en una determinada sociedad y cultura, es decir, en una específica cosmovisión y sistema de conocimiento, en una singular mitología místico-religiosa y en un arsenal estructurado de tratamientos terapéuticos, tanto técnicos-empíricos, como simbólico-rituales. Y todo ello además implicado en un específico entorno ecológico-tecnológico y en un sistema histórico con su jerarquización político-social.

Esto es aplicable a todas las sociedades, incluidas las desarrolladas y modernas, pero aún más a las culturas de tecnología simple –como los huicholes–, en las que la causalidad de la salud y la enfermedad está basada substantivamente –aunque no exclusivamente– en explicaciones religiosas místicas, y en la que los tratamientos terapéuticos para curar enfermedades graves se ritualizan a través de procesos simbólicos.

La vieja simplificación y división del paso de la magia "primitiva-irracional-sobrenatural" a la medicina "científica-objetiva-racional" no resulta hoy una hipótesis antropologicamente fecunda. Como nos sugiere Claude Lévi-Straus (1964:13, 23-35 ss.), tanto la magia como la ciencia son dos "niveles estratégicos en que la naturaleza se deja atrapar". Cuestionando la "tesis vulgar", según la cual "la magia sería una forma tímida y balbuciente de la ciencia", rechazando por otra parte el que se atribuyan a los mitos exclusivamente "una función fabuladora, que

vuelve la espalda a la realidad". Como enfatiza A. Jores (1967:50) "lo mágico es una realidad y algo inherente a todos los hombres".

Por otra parte, como nos advierte Erwin Ackernecht (1985:139 ss.), "no puede negarse que hay una cierta dosis de *sobrenaturalismo en la medicina moderna*". Iluminadora resulta a este respecto la visión crítica de la medicina moderna de Ivan Illich (1975).

Por otra parte, también los llamados pueblos primitivos, como sucede con los Huicholes, utilizaban en su diagnóstico de enfermedades y en sus tratamientos, particularmente en la selección del herbolario, elementos "tradicionales-objetivos-científicos", como señala Carlos Zolla (1984) y desarrolla espléndidamente Armando Casilla Romo (1990).

Victor Turner (1980:397), al explicar la persistencia de la medicina de los *ndembu*, que según sus palabras "carece casi por completo de fundamento empírico y está basada en ideas místicas", atribuye, entre otros factores, su persistencia a que forma parte de un sistema religioso, que por sí mismo constituye una explicación del universo y garantizan las normas y valores sobre los que descansan los componentes sociales.

Esto es exactamente lo que acontece con los Huicholes. Su proceso de salud y enfermedad forma parte substantiva de su cosmovisión religiosa, de su mitología y nosología, de su ciclo ritual, de su sistema jerárquico de organización social, de su evolución histórico-productiva dentro de un entorno ecológico determinado.

En consecuencia, para comprender el proceso de salud-enfermedad en la sociedad y cultura huichola, hemos de recurrir necesariamente a contextualizarlo en un específico sistema mítico-ritual, en una singular forma de organización social a través de los *chamanes-marakames-curanderos*, quienes no sólo son los terapeutas y especialistas en el conocimiento de un determinado herbolario, sino que "interpretan" las causas "místicas" de la enfermedad y realizan los adecuados rituales religiosos de "limpia" y curación.

Somos, por lo tanto, conscientes de la limitación substantiva en exponer tan omnicomprensivo título como "Medicina y religión entre los indios huicholes de México", por lo que sólo nos queda hacer unos apuntes sobre niveles de tan complejo fenómeno.

Para aproximarnos a tan extenso y pluriforme temática, en una *Primera Parte* esquematizaré unos datos demográficos, ecológicos, sociológicos, mítico-rituales, fijándome en la función crucial de los *Marakames-chamanes-curanderos*, en el mantenimiento de su cultura y religión, y por lo tanto del proceso globalizador de la salud y de la enfermedad. En una *Segunda Parte* expondré unas historias de vida, sacadas de mi trabajo de campo entre los huicholes, que nos ilustrarán y aproximarán a la comprensión empática del complejo proceso de salud y enfermedad en la cultura y sociedad huichola.

I. LA SALUD Y ENFERMEDAD EN EL SISTEMA MÍTICO-RITUAL DE LOS HUICHOLES

Cuarenta millones de *indios*, aproximadamente, viven hoy en América, pertenecientes a varios cientos de culturas. Sólo en México algunos dan la estimación de 15 millones de indios, agrupados en 56 etnias, con 240 variantes lingüísticas.

Los *Huicholes* representan un ejemplo modélico de este mosaico cultural, sobresaliendo por una especialidad e identidad muy relevante; pues, como señala P. Furst (1972:7), "los huicholes representan la única población de Iberoamérica cuyo universo ideológico aborigen ha permanecido básicamente inalterado por la influencia cristiana".

Unos 15.000 indios *huacharicas* o *huicholes* se asientan en la Sierra Madre Occidental del Norte de México, en un enclave de barrancas y picos de hasta 3.000 metros, en una encrucijada que forman los Estados de Durango, Zacatecas, Nayarit y Jalisco.

Unas 400 *rancherías* aisladas, compuestas por cuatro o cinco chozas o jacales de una familia extensa, junto a sus *coamiles,* para sembrar su maíz y hacer su *milpa.* Existen varios *Centros Ceremoniales* con su espacioso *Calihuey* y pequeños oratorios *rikikis,* que son la residencia ocasional de las "autoridades y cargos político-rituales" y el lugar de las fiestas en el ciclo anual. Las rancherías y Centros Ceremoniales pertenecen a una de las *Cinco Comunidades Huicholes*, que tienen tierras comunes y organización administrativa autónoma. A esta trilogía tradicional huichola de "Ranchería-Centro Ceremonial-Comunidad" se superponen y entrelazan los servicios del ESTADO y del Instituto Nacional Indigenista (INI) y los nuevos cargos políticos del Gobierno Mexicano Central, así como las Asociaciones indias centralizadas.

Estas pautas estructurales de asentamientos dispersos en rancherías para cultivar el maíz, su principal modo de subsistencia, y el estar concentrados ocasionalmente en Centros Ceremoniales, está en relación clara con su sistema económico-agrícola, pero también muy trenzado con el sistema *ritual de fiestas y celebraciones comunitarias*. La dispersión y aislamiento en rancherías (no "societas" ni "communitas") se contrapone y complementa con las celebraciones festivas y rituales de "salud global comunitaria y personal", donde se aviva, recrea y reproduce la integración de las "societas" y la vivencia de unas "communitas" con una identidad étnica singular.

La división cíclica del año en dos temporadas, radicalmente diferenciadas en la naturaleza ambiental por la presencia abundante de lluvias (temporada *húmeda de lluvias o invierno*), o ausencia de ellas (temporada *seca, la seca, verano*), es el fenómeno natural más importante de la agricultura y modo de subsistencia de la sociedad huichola, que a su vez condiciona y/o determina sus modos de producción, sus relaciones sociales, su ciclo de fiestas, su mundo simbólico-mitológico, orientando

su cultura en dos grandes goznes de modos de vida e inter-relaciones comunitarias, bien diferenciadas en los tiempos de "aislamiento-trabajo agrícola familiar" durante la temporada de lluvia, y de mayor comunicación central comunitaria en los tiempos de "descanso de la naturaleza" y del ocio-fiesta huichol[1].

Enfatizo la obligación de *hacer fiestas y asistir a ellas*, porque ello forma parte substantiva de *cumplir con la "costumbre"*, es decir, de seguir y cumplir religiosamente con el deseo de los dioses. Y precisamente en cumplir la "costumbre" y realizar las tradicionales ofrendas y fiestas rituales, así como el "Peregrinar a Wiricuta" a buscar el peyote, es donde se encuentra el principio de la *Salud*, tanto espiritual como corporal; y, en consecuencia, en *no* seguir la costumbre y no ofrecer fiestas está la causa profunda y principal de las enfermedades, que son el castigo y mensaje que envían las deidades ofendidas[2]. Hay otras causas místicas explicativas de la enfermedad, como la brujería o hechizo enviado por un malévolo chamán o la pérdida o robo del alma, pero el no cumplir con los rituales festivos supone el abandono de su principal deber religioso, y por lo tanto la causa del enojo de los dioses, expresado en las enfermedades. (A. Casillas, 1991:70 ss.).

La *fiesta* se concierta así en el espacio y el tiempo más denso social y simbolicamente de la vida comunitaria huichola, en su forma más relevante y en la singularidad creativa de su cultura. Mito, ritual y símbolo se trenzan en un portentoso drama comunitario, logrando algunos el más alto grado de experiencia religiosa, gracias a la droga ritual del peyote.

La fiesta, por otra parte, significada simbólicamente como "ofrenda a los dioses", particularmente de su "ambrosía sangrienta", es también "comida y proteínas cárnicas para los humanos", y principio de salud, no sólo material sino espiritual.

1 .Robert Zingg (1982, orig. 1940, p. 30) reduce toda la cultura y panteón religioso huichol a esta dicotomía bipolar de las estaciones húmeda/seca. Son muchos y variados, y desde hace años, los que han estudiado y escrito sobre los huicholes. Entre otros muchos, hay que mencionar al pionero Carl Lumholtz (orig. 1904), R. Zingg (orig. 1940) Peter Furst (1972), Barbara Reed (1973), Fernando Benitez (1976), Ramón Mata (1974, 1976, 1980), Gregorio Gutiérrez (1976), Juan Negrin (1977, 1984, 1986), Basilio Baltasar, editor (1991), A. Casillas (1990), Victor Blanco (1991), Beatriz Rojas (1993) y Phil. C. Weigand (1992), etc.

2. Aunque ya lo saben desde siglos, incluso antes de la llegada de los españoles, los *huicholes* cada vez descubren que hay *otros enemigos* del alma y del cuerpo, que hacen verdadero daño, además de sus dioses enfadados por sus pecados. En mi estancia en México de este verano 95, un periódico traía esta noticia "Seguridad Pública: Hay riesgo de un *estallido* social en las Comunidades Indígenas de Jalisco", causado por la agresividad creciente de sus vecinos-mexicanos en invadir con violencia sus tierras (Diario *Siglo 21*, Guadalajara, Jalisco, México, 20 Agosto 1995).
De igual modo está entrando abundantemente el alcohol y la droga, con el derrumbamiento en los jóvenes de la "fe en la costumbre y religión huichola", sin sustituirlo por otro sistema de creencias y valores. Y parece que estos males del cuerpo y del alma (Kipuri), no saben tratarlos adecuadamente los marokames y curanderos tradicionales (Véase, M. Palafox, *Violencia, droga y sexo entre los huicholes*, 1985).

En el sistema *festivo-ritual* huichol se entrecruzan *tres ciclos*, que corresponden a tres modos productivos históricos de los huicholes: cazadores-recolectores, agricultores y sociedad compleja colonizada (ciclo cívico-cristiano). En el ciclo de cazadores y recolectores, los rituales centrales y omnipresentes en todo el sistema, son los del Peyote y los del Venado. Singular importancia etnográfica tiene la Peregrinación a la Tierra Sagrada de Wirikuta, a 500 Kilómetros de su actual residencia (San Luis Potosí) a donde viajan ritualmente los huicholes a recolectar el peyote, (un cactus) que "cazan" con flechas como si fuera el primigenio venado.

El otro ciclo sería el de *agricultores*, centrado principalmente en la cultura del *maíz*; y así practican rituales de siembra, fiesta de la lluvia, fiesta de la calabaza, etc.

El tercer ciclo corresponde a la influencia colonizadora *cristiano-española-mexicana*, que se sincretiza con sus rituales y dioses, como son las Fiestas de *Año Nuevo o Cambio de Varas (Autoridades) y de Semana Santa.*

Todo esto se ve, a su vez, reflejado en su *sistema mítico y simbólico-artístico.* El panteón religioso huichol es una selva frondosa de divinidades y héroes culturales, en las que parecen existir más dioses en sus cabezas que hombres vivientes. No obstante puede reducirse a la personificación de las grandes fuerzas de la naturaleza, y a la proyección fantástico-poética de sus modos colectivos de existencia, implicados a su vez según sea la *temporada seca (dioses masculinos: Fuego y Aire) o lluviosa-húmeda (diosas femeninas; la Abuela Crecimiento, la diosa Tierra y la diosa Maíz)*, debiéndose añadir los dioses "huicholados" de algunos *mitos cristianos*, como el de *Jesucristo, la Virgen de Guadalupe* y los *Santitos,* todo ello plenamente integrado en su sistema mítico-ritual. Su ciclo ritual-mítico es expresado artísticamente en sus famosa parafernalia artística, como cuadros, ofrendas y vestidos.

Los Chamanes-Marakanes, mediadores en la salud y en la enfermedad

La fiesta, la religión y la sociedad huichola difícilmente pueden entenderse adecuadamente sin los *marakames-cantadores*, el nervio central de su cultura y tradición. Ellos están ligados a dos necesidades básicas: *la salud del cuerpo y la comida material*; ellos tienen el poder de los dioses para curar las enfermedades y para hacer "crecer el maíz".

Imposible exponer aquí, ni siquiera de forma resumida, sus complejas funciones, su proceso de vocación, sus variedades y jerarquía, todo ello conexionado con la mediación básica en los procesos de salud y enfermedad.

Los *marakames* constituyen el nervio fundamental de la singularidad cultural de la sociedad huichola, ellos son los transmisores y reactualizadores de la tradición cultural, los guardianes de la "costumbre", presentes en las fiestas comunitarias y

en los momentos decisivos de la vida del huichol, como el parto, nacimiento, casamiento, muerte; pero sobre todo él es la presencia simbólica principal en las dos necesidades básicas de la sociedad huichola: la salud del cuerpo y la comida material; él es el que puede "curar" las enfermedades, y atraer las lluvias y hacer crecer el maíz, que constituyen las bases materiales de la difícil existencia huichola: salud y comida para el cuerpo. El Chamán es un mediador, un correo de trasmisión, un puente, un mensajero, un aliado de los dioses, que son los que realmente tienen el poder; los marakames son sus embajadores, nunca los propietarios de ese poder.

Son múltiples los nombres que han recibido estos especialistas religiosos, como múltiples son sus funciones: marakame (por otros escrito mara'akame, maráacáme, mara'ákame), cantador, curandero, brujo, (nombres que utilizan los huicholes al nombrarlos en castellano). Y han sido llamados también augures, astrálogos, sabios, cshamanes, sacerdotes, hechiceros, soñadores, funcionarios del templo, vaticinadores. Los anteriores semantemas nos están apuntando a las funciones más importantes del marakame: curar/cantar/saber/hechizar. Y todo este quehacer hay que verlo envuelto en una aura religiosa como mediadores de lo sagrado = poder.

LA CURACIÓN CHAMANÍSTICA: VARIACIONES EN EL ÚLTIMO SIGLO

Para ver en perspectiva histórico-comparativa el proceso de salud y enfermedad en la sociedad y cultura huichola, un método apropiado puede ser visualizando las distintas épocas: 1) a finales de siglo a través de Karl Lumholtz (orig. 1895); 2) en los treinta por las descripciones de Robert Zingg (orig. 1935); 3) en los sesenta a través de Ramón Mata (publicado en los 70 y 80); 4) en la actualidad de los noventa a través de A. Casillas (1990). El intermedio de los ochenta podemos verlo en mi propia aportación etnográfica de campo, que expongo en la segunda parte.

1. La curación hace 100 años

Karl Lumholtz (orig. 1895, publicación de 1986, pp. 235-239) parte del principio fundamental de la cosmovisión huichola de que toda enfermedad proviene de los dioses:

> Toda enfermedad proviene de los dioses, que bajan por la noche a causar mal a la gente, bien sea ofendidos porque no les hacen bastantes sacrificios, o no les cazan suficientes venados, o por alguna falta en que se haya incurrido en las ceremonias de alguna fiesta, o bien invocados por cualquier brujo para aniquilar a un enemigo; pues es creencia muy generalizada que las enfermedades pueden deberse a hechicería. En este caso, todo es cuestión, entre los contrincantes, de ver quien tiene más influencia con los dioses: el malo para hacer mal, y el bueno para curar.

El proceso de curación de enfermedades es el siguiente, según K. Lumholtz. El Chamán sueña para conocer el proceso de enfermedad y conocer los deseos del dios ofendido, quien le revela lo que debe hacer el enfermo o su familia: fabricar objetos ceremoniales, cazar venados y ardillas, celebrar la fiesta, sacrificio, ofrecérsela parte al Dios y el resto comérselo comunitariamente. Mientras tanto, el curandero realiza el ritual de curación, que consiste en "soplos de boca" o los "pases de las manos", más que en toma de hierbas. Esta es la descripción de un ritual de curación típica y tradicional (Lumholtz, 1985, 1986, p. 237).

1. Se restriegan varias veces las manos, como si se las lavaran, y se estiran rápidamente los dedos hasta que les truenan las coyunturas. Esto es para imitar el ruido del fuego, que es el más grande de los curanderos, y con objeto de conservar buenos y fuertes los dedos.
2. Se echan aliento en las manos.
3. Juntan las manos, se las escupen y las extienden hacia el sur, norte, poniente y oriente, y también hacia el suelo.
4. Aplican la boca a la parte adolorida, hacen ruido como de chupar y extraer la enfermedad en forma de grano de maíz, de pedrezuela o lo que sea, tosiendo a la vez. Lo que sacan representa el mal, y lo queman o arrojan al aire para que se lo lleve.
5. Soplan sobre la cabeza del paciente o en el sitio donde siente el dolor, haciendo al mismo tiempo pases con las manos para apartar la enfermedad.

2. Curar y hacer la "limpia" en los treinta

R. Zingg (original 1935, publicación 1982, p. 287 ss.) anota la significación del "pensamiento primitivo... en diametral contraste con los grupos civilizados", precisamente por su tratamiento de la enfermedad, como es el caso de los huicholes, entre quienes es tratada "místicamente como un rito de pasaje o iniciación", carecen de la "lógica de la ciencia" y "jamás atribuyen la enfermedad o la muerte a causas naturales", sino a castigos y advertencias de los dioses, o "magia negra". La enfermedad es un estado de impureza ritual, que debe curarse mediante una "limpia" (palabra que anota Zingg, y que es la que actualmente yo he podido escuchar varias veces en castellano). Este autor describe (p. 288) el tratamiento de curación –similar al expuesto por Lumholtz y practicado hoy– pero analizándolo en forma de ritual de purificación:

> La persona enferma de cualquier mal está contaminada y es una fuente de peligro para sí misma, para cualquiera de sus parientes y para toda persona que deba tocarla, sobre todo el shamán que la cura. La curación obliga a tocar el cuerpo, aunque primero se lo prepara escupiéndole ceremonialmente saliva o agua sagrada. Luego se lo limpia frotándolo con el penacho del shamán o las manos para quitarle como si se tratara de polvo, toda la suciedad. Finalmente esta impureza es extraída del cuerpo del paciente, chupando con los labios, en contacto directo con la parte afectada, el lugar donde se ha juntado toda la suciedad. Se supone que esta succión con la boca desaloja los objetos impuros que están causando la enfermedad. El estado sagrado o de impureza ritual del paciente se transmite al shamán, quien especialmente participa de la enfermedad porque tiene que tocar al

paciente. Incluso las esposas del shamán, aunque se hallen en otra parte, participan de este peligro y en los casos difíciles deben hacer especiales ayunos ceremoniales, como por ejemplo, abstenerse de tomar sal. No sólo el paciente huichol es sagrado o ritualmente impuro, sino que además su estado significa que se halla en una situación intermedia entre el reino social de los vivos y el reino religioso de los muertos. La curación es un rito mediante el cual se hace pasar al individuo afectado de un mal, de su actual estado impuro a las relaciones normales con el grupo social de los vivos.

3. El ritual estructuralmente igual en los sesenta

El ritual de curación sigue siendo estructuralmente el mismo que hace cien años nos describiera Carl Lumholtz. Así lo narra Ramón Matas (trabajo de campo en los sesenta y setenta, 1982, p. 226):

> Aunque algunos marakames conocen muchas hierbas medicinales, rara vez curan con ellas. Usan más bien, los pases con la mano sobre la parte enferma, limpian con su muwieri hecho de plumas de diferentes aves, soban con saliva, escupen y succionan con la boca en la parte donde creen localizar la enfermedad, como tratando de extraerla. La enfermedad se materializa en un clavo, en una piedra, en un gusano, en una espina, granos de maíz, en cabellos, en semillas de chile. Estas y otras muchas cosas sirven al marakame para conocer la causa de la enfermedad: qué dios la causó y por qué, o qué hechicero le hizo mal.

En casos especiales de enfermedad, el ritual de curación es más complejo; y hay que operar no sólo sobre el cuerpo del enfermo, sino sobre otros objetos (sujetos personificados) que no han sido debida y ritualmente tratados, según manda la costumbre. Mata nos refiere (R. Matas, ibíd., pp. 227 ss.) el caso de una niñita que tenía la enfermedad del "mais", y no podía comer ni maíz ni nada relacionado con este cereal, como atole, pinole, tamales, tortillas, esquite, elotes, tejuino, etc. El marakame soñó que la causa de la enfermedad era "porque el padre de la niña no había cumplido con la milpa", es decir, no había limpiado su coamil de maíz en el modo, dedicación y ritual debido. Había pues que "hacer fiesta para que la milpa se contentara, para que la milpa le volviera el alivio a la niña". Esta fiesta ritual debía celebrarse en el sitio físico del coamil, en el campo, que estaba alejado a varias horas de la ranchería familiar. Allí se trasladó toda la parentela y los ranchos vecinos, portando ofrendas y el tejuino (alcohol) para la fiesta, debiendo cruzar en el camino una ciénaga pantanosa, peligrosa para las mujeres y niños.

Sobre los rituales de curación en los ochenta y su contextualización mítica, podremos verlo en mis datos etnográficos de campo, que aporto en la Segunda Parte. Ahora expongo unas notas sobre la curación en los noventa.

4. Salud y enfermedad en los noventa

La última investigación publicada sobre esta temática ha sido la ya citada obra de Alfonso Casillas Romo: *Medicina tradicional Huichola, Nasología mítica de un pue-*

blo (Universidad de Guadalajara, México, 1990). Tanto en su concepción cosmogónica, en sus terapéuticas simbólicas y herbolaria, y en su ritual de curación, sigue la misma pauta estructural de la expuesta casi hace cien años por Carl Lumholtz (1990:69 ss.). Alfonso Casillas tiene el mérito de hacer, como médico, no sólo un análisis técnico muy completo de las enfermedades y de las plantas curativas utilizadas (véase su Cuadro, pp. 130-148), sino de situar, como advierte en el Prólogo Carlos Zolla (Ibíd.: 15-18), la medicina tradicional huichola en el contexto y corazón del sistema místico. No me resisto a silenciar el "Mito acerca de cómo aparecieron por primera vez las enfermedades", narrado por el marakame Daniel Villa y recopilado por Carlos Chávez Reyes, recogido en el libro citado de A. Casillas (1990:115-116).

> En el principio del mundo, cuando aún estaba en tinieblas, se encontraban reunidos los *cacaiyari* (deidades huicholas). El primer *elote* que nació lo echaron al fuego para asarlo y poder comérselo. Mientras se asaba, en un rincón de la fogata, salió una especie de humo de una de las brasas. Este humo era en realidad *iricáriya* (tos ferina), que enfermó a uno de los *cacaiyari.*
>
> Cuando salió el sol por primera vez en *Teupa* (lugar sagrado, por excelencia, de los huicholes) nacieron otras enfermedades a los cuatro vientos (en cada uno de los cuatro puntos cardinales), además de al centro.
>
> La primera de estas enfermedades que aparecieron fue *rruriyacuitayari* (disentería), la cual nació al oeste. La segunda enfermedad fue *tápacuíniya* (neumonía) que nació al este. La tercera de ellas fue *tawaiya* (peste), que nació al sur. La cuarta enfermedad, *tsipúriquiyá* (rubéola), nació por el norte. En quinto lugar nacieron *etsá* (viruela) y sarampión, apareciendo estas dos en el centro[3].

II. ETNOLOGÍA SOBRE LA SALUD Y ENFERMEDAD (UNAS NOTAS DE MI TRABAJO DE CAMPO)

Para facilitar la comprensión empática me limito a transcribir, de mis notas de campo, algunos fragmentos de historias de vida, relacionadas con los procesos de salud y enfermedad. Mi objetivo en este caso no es explicativo, sino etnográfico, o si se quiere, escribiendo el "antropólogo como autor". Selecciono de mis notas de campo durante mi estancia del verano de 1980 tres historias de vida[4].

3. C. Joya, en el Prólogo al libro de A. Casillas (1990:17) comenta certeramente sobre este mito en la siguiente forma: "¿Qué significa esto?, ¿No estaremos en presencia de un criterio clasificatorio en donde el este y el oeste nos hablan de 'calor' y del 'frío', de la disentería y de la neumonía, a semejanza de lo que ocurre en la nosotaxia de otros grupos étnicos? Y además, ¿por qué los huicholes han ubicado en el centro mismo de su cosmos dos enfermedades que no existían en México antes de 1519 y que contribuyeron a diezmar a la población nativa?".

4. De mis sucesivas estancias entre los huicholes (1977, 1980, 1983, 1990, 1995), casi todas han sido muy cortas e insuficientes, por eso no he escrito nada definitivo sobre los huicholes, aunque tengo una Memoria de Investigación inédita: "Indios Huicholes: estudio antropológico sobre etnicidad y cambio" (1990, Dos Tomos, 1269 páginas), escrito como "Trabajo de Investigación" para el Concurso de Cátedra. De allí selecciono estos fragmentos (II Tomo, pp. 897 ss.) y algunos del anterior material sobre los marakames (I Tomo, pp. 241 ss.).

1. TOMÁS EL CHAMÁN QUE CURA A OTROS Y NO PUDO CURAR DEL SUICIDIO A SU HIJO, COMPADRE DEL PRESIDENTE ECHEVERRÍA

Transcribo las notas etnográficas sobre mi visita al marakame Tomás Robles, en la Comunidad de Santa Catarina (Nueva Colonia), acompañado por Arnaldo Braguti, ex-alumno mío y un guía huichol, Juvenciano (Tomo II, Memoria... Calvo Buezas, 1980, pp. 954 ss.).

Hemos llegado al rancho del marakame Tomás, hombre de unos 60 años, vestido con un precioso traje huichol. El rancho se compone de cinco jacales-viviendas con un gran patio interior y una de estas chozas, es la tienda, presidida por una cruz. Allí venden principalmente "refrescos", Coca-Colas, Pepsi-Colas, Fantas y cervezas que se acaban solo traerlas, aunque hay que tomar todas las bebidas, como es lógico, a la temperatura ambiente. Lo traen los burros de los pueblos vecinos mestizos, después de dos o tres días de viaje. Lo venden a diez pesos, igual que en Guadalajara, la señora mayor de Tomás nos ofrece algunas artesanías para comprar; tiene un hermoso sombrero de marakame, y nos pide 300 pesos por él.

En el techo de la tienda, a unos dos metros, hay colgados algunos adornos de plumas, y observo que tiene prendidas varias postales y una me llama instintivamente la atención... Yo diría que parece la Cibeles de Madrid, pero ¿cómo iba a llegar a tan apartado lugar una postal con su sello de correos de España? Como mi curiosidad es patente, Tomás me indica que puedo desprenderla del techo y leerla, y efectivamente se trata de una postal enviada desde España a Tomás Robles Ávila, Nueva Colonia, Santa Catalina, Municipio Coatitlán, Jalisco, México, y pone: "Abrazos, papá, desde España... Tototika". Como mi curiosidad ha crecido aún más, me interesso por conocer la clave de este –a mi parecer– rompecabezas; y Tomás, en sucesivas dosis de información, me aclara tan fácil, aunque excepcional trama Cibeles madrileña-Rancho indio huichol. La pista de solución al crucigrama estaba en un hermoso retrato, también colgado en la pared de la choza, junto a la Cibeles, del Lic. Echeverría, dedicado a puño y letra por el "Sr. Presidente de la República, el 2 de Diciembre de 1.975, a Tototika Robles Osio". No puedo relacionar todavía los hechos y aclarar la "conexión Cibeles-Madrid", pues dicho retrato dedicado a Totatika, hijo de Tomás, lo hizo el Presidente Echeverría al visitar la Sierra Huichola, y en concreto al inaugurar el Albergue Escolar en Diciembre de 1.975. Pero ¿y la tarjeta? ¿Había viajado su hijo a Madrid? ¿Cómo y por qué? El "Nudo" inexplicablemente, fue aclarado por Tomás con estas sucesivas frases: "Cuando vino el Lic. Echeverría, Gobernador de México, a lo de la Escuela, apadrinó a un nieto mío, a un hijo de Tototika; el gobernador de México (presidente) y mi hijo eran compadres, y como él está en México, él lo llevó a España; sí, su compadre el Gobernador de México". Tomás me decía todo esto con la máxima naturalidad, ya que eran compadres y el de México tenía mucho dinero, porque mandaba en la capital. Como en la organización huichola el Gobernador es la máxima autoridad, por eso a Echeverría le identificaba como Gobernador de México-capital. El hacerse compadres los huicholes-mestizos es, por otra parte, algo no infrecuente en el territorio huichol, y aún menos en la sociedad y en las élites de poder de México (y otras partes de América), que aprovechan en esta institución del compadrazgo un mecanismo de prestigio y dominación paternalista.

Si Tomás mostraba naturalidad al hablar de su hijo, como compadre del Presidente de México y como viajero a España, yo notaba que algo singular –y eso sí extraño– me estaba ocultando Tomás de su hijo. Me indicó que su hijo había ido a la escuela, fue el Secretario de Santa Catarina, tenía veintitantos años, dos mujeres y tres hijos. Y al preguntarle ¿dónde estaba? secamente contestó: "Murió, hace un año que murió (1.979)". Al expresarle mi condolencia, refi-

riéndome al pesar de sus hijos, sus esposas y sobre todo de él, como padre orgulloso del porvenir político-social de su hijo, Tomás en un gesto de confianza y desahogo, me fue contando con frases entrecortadas lo siguiente:

> "¡Ya murió! ¡quién sabe qué pasó! Venimos acá... y se ahorcó... y ya le encontramos muerto ¡quién sabe por qué se ahorcó! El no andaba borracho ni nada... Había ahí en el rancho esa noche mucha gente, las mujeres, el suegro, los hermanos... todos estábamos aquí. No más que él se fue para la cocina... y ya era muy noche. Yo me fui a acostar, yo no lo vi, al poco rato se oigó (oyó) gritando: "¡Un cristiano está colgado!". Me levanté y ya no pude hacer nada... y se murió. No sé ¡Quién sabe por qué lo haría!".

Pregunté si habían informado al presidente de México, Lic. Echeverría del accidente de su compadre Tototika, y así me contestó su viejo padre:

> "Se lo mandaron decir con una carta al Gobernador de México... y él mandó a dos gringos de México (blancos, no morenos-mestizos), para que vinieran a ver qué pasaba, y es que su compadre el Gobernador de México los mandó en un avión. Pero ya estaba muerto, lo enterramos ahí, en una caja".

Tomás dice con pena que no pudo hacer nada por su hijo; él, que ha curado tantas enfermedades en el transcurso de su larga vida.

Un ritual de curación en los ochenta

Arnaldo (mi compañero y discípulo) lleva unos días que le duele la espalda y le molesta mucho caminar. Se lo comenta a Tomás, y le dice si él podría hacer algo para aliviarle, respondiendo que sí, que puede "hacerle una limpia". Por su trabajo de especialista cobrará 100 pesos[5]. Intentaré describir este ritual de curación.

Tomás ha entrado a uno de sus jacales-viviendas, donde tiene su parafernalia; allí busca sus preparativos, esto lo hace a solas; luego con gran parsimonia se lava. Vamos a otra habitación semioscura; sienta al enfermo en un rincón, y después de un silencio le preguntó con tono formal y severo que qué le dolía. Le pide que le señale exactamente en dónde... le dice que se quite la camisa y comenzará "la limpia" tras varios minutos de total silencio suyo, del enfermo y de todos los presentes. Logrado el "clímax" comienza a chupar en distintas partes del cuerpo, particularmente en las partes doloridas... chupa, desprende los labios con un chasquido, y con otro rápido hace como que escupe algo fuera y lejos... así repite por un período de unos diez minutos en forma solemne el chupar y escupir... todo en gran silencio, propio de una situación ritual liminal. Luego con mayor seguridad y parsimonia saca su muwieri, su varita de plumas, y comienza con especiales movimientos de mano, dirigiéndose al enfermo y a los cinco puntos cardinales a susurrar unas palabras esotéricas y en voz muy baja... En este momento ha logrado el marakame hacerse dueño de la dinámica silenciosa grupal, reduciendo la discordancia de un enfermo (Arnaldo) y de un espectador curioso (yo el antropólogo). De nuevo vuelve a chupar y dar chasquidos más claros, pero ahora comienzan a aparecer en su saliva pequeños –casi invisibles– objetos, como un gusanillo negro, un carboncito negro y un pelo, mostrándoselo por un instante al

5. 100 pesos eran 300 pesetas de 1980, correspondiente a dos días de trabajo de Leonardo, el criado del INI en San Andrés Cohamiata.

enfermo, y sin que éste lo toque, lo arroja inmediatamente al fuego, mientras le dice: "Era el mal, este era el mal, mal fuera".

Seguidamente le mira fijamente a la cara al enfermo, cosa que no ha hecho anteriormente, pues ha tenido sus ojos como perdidos en el vacío y le dice:

> Uno se debe (de) aprovechar de esto (de la enfermedad), porque si no (hace caso) se muere. Lo manda Dios (la enfermedad), para merecernos, pero mandándoles cosas (a Dios) no pasa nada. Usted sabe muy bien que de nuevo, de muchacho, entraba en la Iglesia (sic) para que te ayude Dios, para que te dé conocimientos; y usted debe arreglar con Dios, y usted pague la manda... echarle los centavos, veinte, treinta pesos, para que el Dios quede contento.

De pronto, ha cerrado sus ojos, ha quedado como en trance, en silencio absoluto, como en oración profunda, moviendo sus muwieris por los puntos cardinales, y de arriba-abajo como buscando algo en el aire o comunicándose con alguien a quien se busca a tientas...

Finalmente recompone su postura, y dice: "Ya está. Ya se terminó".

Tomás, a las explicaciones del mal solicitadas por el enfermo, sólo contesta en términos generales y abstractos:

> Tiene el mal porque se lo manda Dios. Cuando está enfermo, es que lo manda Dios, nuestro Padre y nuestra Madre, para que cumpla cada uno.

Le pregunto que por qué chupa "para sacarle el mal por donde quiera, trabajando, curando, para que se vaya el mal". Y sobre el uso de la flecha con plumas dice:

> Sí, el muwieri, sí con eso se limpia, con eso se limpia, porque mira nosotros con ellos tenemos la mano caliente, y está volando el muwieri por el aire, sí las plumas del águila y ellas vuelan, vuelan para arriba... Sí con la limpia, chupar y muwieri saqué los bichitos malos que tenía dentro...

Con estas enfermedades, explica que "no se canta, cuando más enfermo y más grave, ahora no, ahora no puedo cantar". Sobre su vocación de marakame, me cuenta así su personal experiencia:

> A mi me salió de chiquillo, de siete años. Algo le sale a uno que va a ser marakame. Yo aprendí también de mi abuelo. A mi papá no le conocí, a mi papá por ahí abajo le mataron, y luego mi mamá así de chiquillo me dejaron solo, se murió mi mamá de viruelas. Ni papá, ni mamá, yo solo... y mi abuelo me recogió.

Me refiere que antes de constituirse en marakame sufrió como sucede en la mayoría de los casos un proceso largo de enfermedad, que le hizo meditar y pensar. En este estado, en el contexto ritual de una de sus primeras peregrinaciones a Real Catorce (Wirikuta) tuvo una revelación, que le confirmó en su vocación religiosa.

> Yo he ido a Wirikuta catorce veces; de nuevo (joven) una vez se me apareció Tatewari (el Dios del Fuego). Fue en Real Catorce, había cazado y tomado peyote. No sé, andaba así, apareció como gente, muchas, juntando mujeres y hombres, mucha gente. Otro me platica las cosas muy buenas. Si usted consigue eso (me decía el Dios), yo te ayudo, yo te ayudo.

Si usted sigue lo que le dije, te ayudo. Si a media noche, cuando se despierta uno, me empecé a marear, y vi al Dios como gente... Tomé peyote (porque) eso es muy bueno para entender bien todo eso, entender a los dioses, sí, así dicen... y se ven colores de muchas víboras, cascabeles, muchas víboras, así moviéndose... así lo ví.

Así lo hizo y así llegó a ser un reconocido marakame, tan reconocido que Tomás se ha levantado y nos ha dicho que tiene gran interés en que veamos "algo muy importante". Me trae un papel oficial, con mucho sello, a máquina, en forma de oficio estatal, que transcribo:

Asunto: Tomás Robles Avila, originario del Rancho Michua. Por la presente hago constar que el antes mencionado nombre conocido en estas Comunidades como persona de buenas costumbres, trabajador y obras legales, es conocido como curandero de su sabiduría, así como conoce toda clase de enfermedades, sabe notificar; las personas que pueden ocuparle se las recomienda a las personas que lo necesiten, está para atenderles como es su misión, alivios y que tengan atención. Igualmente se les recomienda a las autoridades y similares, para que le den las garantías más necesarias a nuestro recomendado. Fue acordado en la Dependencia que está a mi cargo, suplicamos de la manera más atenta si pasa alguna enfermedad, avisen a esta Dependencia de mi cargo, y se recomiende a lo que le acompañe siempre que sean conocidos de las Comunidades. Es todo lo que hacemos de su conocimiento, no habiendo otro asunto más que tratar, se le extiende la presente recomendación, muy atentamente, sufragio efectivo, no reelección, Sacarino Jalisco. Al Gobernador de la Comunidad Indígena, señor Pascual Jerónimo Saldoval. Al Secretario de la Comunidad Indígena, señor Tototika Robles Osio (ese es el hijo que se murió). Fecha: Octubre de 1.978. Dependencia Comunidad Indígena de Santa Catarina, con sello de la Comunidad Santa Catarina, municipio de Coatitlán Estado de Jalisco, Estados Unidos Mexicanos.

He leído en voz alta el escrito, y Tomás (que no sabe leer) se muestra orgulloso ante nosotros, ante el mundo de los extranjeros tguaris, "de los otros", de cuyo mundo el papel y sello es una muestra de poder, y de "reconocimiento de los otros" a su oficio de "curandero de su sabiduría".

Tomás, intuyo, ha quedado un tanto desilusionado porque yo muestro más interés por lo que él me "cuenta" de su saber de marakame, que por la materialidad del sello y papel a su favor de curandero: "Yo creo, tocayo Tomás, más sus palabras de sabio marakame, que ese papel... yo no dudo de que es usted un buen curandero". Esto le tranquiliza –y ligeramente enorgullece– y así podemos hablar de la "costumbre". Naturalmente, lo primero es sobre la trinidad huichola: "El peyote, el venado y el maíz es como lo mismo... ¿Todo es igual?". Y a este propósito nos cuenta cómo en su proceso de noviciado para llegar a ser marakame, el venado fue su animal mediador, de quien recibió el poder, al chupar de la boca de un venadito su saliva:

Mira el venado, cuando lo matas, ya matándole, le chupa la saliva así (silva). Ya voy a dejar el mal. Yo de chiquillo (cuando me preparaba) para ser marakame, ir a cazar venado, poner lazo, una soga, y vanadito brincando, brincando. Cuando llegué, chupé la saliva de dentro, y le pones unos collares, y le sueltas... Al chiquillo venadito, macho ¡hembra no! macho, y así (se hace) para que me salga el poder para curar.

Le pregunto si no sirve también la saliva de un perro:

No, con el perro agarras ese poder: No, no, con el perro no agarras el curar... Ese poder sólo lo tiene el venado.

2. SANTIAGO EL CIEGO: "Mis crías (hijos) se movían, ofrecí un venado para el sol y un toro para el Jesucristo".

De un famoso chamán, pasamos a un buen creyente y prácticamente huichol de la "costumbre" y de la tradición religiosa, y por lo tanto en constante dependencia de los chamanes-marakames, mediadores necesarios en los procesos de salud y enfermedad. Transcribo mis notas, verano 1980 (Memoria... Calvo Buezas, Tomo II, pp. 972 ss.).

Estoy en Nueva Colonia y tengo gran interés en platicar despacio con Santiago Hernández García, el ciego de la pista. Después de varias visitas, en una mañana que está solo, logramos establecer las vías de "comunicación socio-afectiva", "la común-unión", que potencialmente es posible establecer entre todos los seres humanos, por muy extraña y distinta que sea su raza, religión, nacionalidad, etnia, clase social, nivel "intelectual", miembro de un mundo "primitivo" o tecnológicamente desarrollado. Todos los que hayan visto a un hombre "salvaje", habrán visto el espejo de "sí mismo"; quien hable o hablaron en esos términos jerárquicos y etnocéntricos (salvajes/bárbaros/civilizados) es que jamás convivieron con "salvajes" y bárbaros y por lo tanto tampoco con "civilizados", que únicamente tiene valor como categoría comparativa. Pero dejemos estas reflexiones y conversemos con este huichol, que presenta una gran dignidad, equilibrio y seguridad en sí mismo, a pesar de su ceguera.

Santiago, de 52 años, tiene diez hijos de una sola mujer, y está trenzando palmas de mimbre; su habilidad manual es extraordinaria. Sigue yendo a trabajar de peón a la costa: "Yo trabajo en el tabaco, ahí me lo arriman (mis niños) y yo los ensarto". Veo que efectivamente un niño de seis años, que le hace ahora de Lazarillo, está atento a su trabajo, y cuando necesita mimbre o algo, se lo acerca.

Me pregunta que de dónde vengo, y ante el enunciado de España, me percato que no lo identifica, simplemente dice: "España, por allí muy de lejos... muchos vienen de allá, así como ustedes".

Me comenta que por acá (comunidad de Santa Catarina) tienen buenos marakames, como Tomás Robles, Eutimio de la Cruz, José L. Pineda:

> Pero el mejor es Agustín Sandoval, de (la ranchería) Taimarita... Ese entiende bien a Dios, ese entiende lo que dice Dios... Por qué uno está enfermo, otros no entienden bien, otros no más se emborrachan... Sí, se emborrachan con alcohol, con peyote también... así que se emborrachan, y ya no hace nada, no se da cuenta de nada...

Santiago el ciego me cuenta que él tiene los servicios de un buen marakame, al que ha recurrido cuando él o sus hijos han estado enfermos:

> Hay uno (un marakame) en Taimarita, que le he arrimado (llamado para que venga) cuando estaba enfermo y me ha atendido muy bien. Cuando uno está bien enfermo o se quieren (se van a) morir los niños, entonces le chupa y le limpia, le saca el mal, y si está enfermo ya mucho, le canta, y habla con nuestra madre y con el Dios, y allí se sabe si se alivia, si no se alivia, ahí –cantando– ya se sabe... el Dios le dice.

Sale en la conversación la Virgen de Guadalupe: "sí, yo la he conocido por allí, aquí en nuestro calihuey de Las Latas no hay, está en Santa Catarina; allí está la Virgen, los santos, Jesu-

cristo en la iglesia, donde hay Dios... Mucha gente se arrima en las fiestas de Semana Santa". Y así me habla de estas festividades en la cabecera de la Comunidad de Santa Catarina:

> Yo voy a cada rato (siempre) a la Semana Santa; hacen la fiesta los mayordomos... al Cristo, a la Guadalupe y a los santitos y los sacan (en procesión) ¡Quién sabe por qué! Será así la costumbre... Hay veces que matan venado o toro, hay veces que no... Cuando Dios manda, cuando Dios quiera, cuando es el día (cómo) lo llaman... de "Gloria"... pues hay veces que matan toro, hay veces venado... asina. Cuando día de Gloria, mucha fiesta.

Le pregunto si en las fiestas religiosas de Semana Santa también rocían con sangre de los animales sacrificados algunos objetos:

> – "Con la sangre... no más que dar de comer al Dios... y los pintan un tantico... a los santitos, a todos... Que así con la sangre ya comió el Dios..." –dice el ciego huichol.

– ¿Y por qué necesitan comer sangre? –pregunta T. Calvo.

> Porque asina quiere el Dios, porque así le gusta... así nuestro patrón, así quiere, así manda que (se) le haga la fiesta, así lo quiere, para que no me enferme; sí, él manda, porque no me enferme; porque no le quiero hacer caso, porque no le quiero hacer fiesta, así lo manda el Padre Dios. Pues luego me traigo un cantador y me dice: "Pues el Padre Dios quiere un toro". Y entonces arrimamos (traemos) acá a los cantadores y hacemos la fiesta al Dios.

Santiago me cuenta que él se puso enfermo y celebró una fiesta en su rancho, y mandó traer una imagen de Jesucristo:

> Sí, en mi casa he hecho fiesta, y arrimé al cantador y traemos al Jesucristo aquí... le traemos de Santa Catarina y mato toro, y aquí lo untamos con la sangre, ya se lo llevan allá, para ponerle (imagen) allá... y ya con eso ya me alivio (me curo).

Santiago ha tenido graves problemas con sus hijos pequeños, pues se morían al poco de nacer; entonces recurrió a "la costumbre" y celebró la fiesta del toro y del venado, según le dijo un marakame, a quien le habían comunicado los dioses sus deseos, si es que quería que sus hijos no muriesen de pequeños:

> Mis hijos no querían (podían) crecer, se morían, pues se morían, no crecían; la cría que nacía, se moría en ocho días, no vivía más, así se me murieron como cuatro. Entonces, al morirse tantas crías, ya pensé yo llamar al marakame... Busqué al cantador y le dije que preguntara al Dios que "por qué no quieren (pueden) crecer mis hijos"... Entonces arrimé al cantador y ahí estuvo cantando toda la noche... y ahí estuvimos todos, y ahí le preguntó al Dios. Y entonces le dijo al Dios, el que mandamos aquí, también es Dios, el del Sol... Sí, el (Dios) del Sol le dijo al cantador: "Que me mate un venado", y el Jesucristo le dijo: "Que me mate un toro que en ese modo pueden crecer sus hijos". Entonces ya mandé buscar el venado para el sol... ahí por el monte, ahí mandé que le buscaran (él es ciego). Entonces ya le hallaron por ahí. Entonces al toro también (le) matamos, pero antes trajimos al Jesucristo hasta la casa allí donde yo vivo. Entonces ya hicimos la fiesta. Se mata toro y se va a comer todo... Se invita a todos por ahí que quieran venir, así como cuarenta nos juntamos los puros grandes, sin contar los niños, que eran como un atajo... Hace cinco años hicimos

la fiesta... el niño tenía tres años y medio, y se estaba muriendo... mírele, ahora tiene ocho años, asina crecidito muy hermoso. Y luego ya nacieron más muchachos, ya tengo más... no se murieron ya más.

¡Extraordinario y palpitante testimonio! Pero Santiago cuenta, agradecido a los dioses, aquellos sacrificios del venado y del toro, que trajeron la salud a sus hijos, pero ese más. Recuerda los detalles de aquella fiesta, y los refiere con emoción religiosa:

El toro lo tenía yo, y lo ofrecí al Dios para la fiesta. Hicimos muchas flechas, hicimos muchas jícaras, las pintamos con sangre (del toro y del venado), y las entregamos por ahí en todas las cuevas, cuevas del Dios, donde era Dios antes... esas cuevas de Dios, antes asina, antes usaron los dioses, cuando no había gente... Yo llevé flechitas y jícaras para allá, para acá... para abajo... para arriba, a las cinco partes y al mar... a donde dijo el Dios.

En otra ocasión se le enfermó otro niño, y el ritual de curación no fue el sacrificio de un animal, sino ofrendas votivas:

En la seca, ah, se me enfermó otro niño, y me tocó hacer la fiesta a "katezumba" (?), a otro señor Cristo, me lo dijo el cantador; a ese Dios ya lo dejamos allí todo...

Es que aquí está trabajoso hasta de tener cría y todo. Y hay que pagar a los patronos para que se tenga cría... y es que yo no lo pagaba, y por eso no me dejaba que (se) me aliviara ninguno de mi cría, por eso se habían muerto ya cuatro niños, y el quinto se estaba muriendo... Y entonces, ya cuando hicieron (hicimos) la fiesta y todo, ya se alivió. Sí, lo mandaba el Dios, lo hice (fiesta) y entonces ya se alivió mi hijo y tuve más crías... ya no se ha muerto ninguno más.

3.– MÉDICO OCCIDENTAL Y MARAKAMES INDIOS. COMPLEMENTARIDAD FUNCIONAL: EL JOVEN DOCTOR MÉXICANO JAVIER URIBE

Selecciono, como diapositiva vitalista en esta trilogía etnográfica, el contrapunto de la medicina moderna occidental, en la figura de un joven Doctor, que es enviado por el Estado a un centro de salud en la figura huichola (II Tomo, Memoria, Calvo Buezas, pp. 996 ss.).

El Centro es un pequeño edificio prefabricado, extraordinariamente limpio y funcional, que consta de una sala de espera, un consultorio, una habitación para enfermos con dos camas, una sala de partos, una pequeña para medicinas, y la habitación-baño para el médico. También me cuenta que acuden en primer lugar a los marakames, y en caso de gravedad no curada vienen a él. Las mujeres únicamente en partos muy difíciles le llaman y nunca se dejan previamente en consulta "hacer el reconocimiento vaginal" , ni siquiera a la enfermera que es huichola, porque la consideran "muy mexicanizada". De todas formas, como la medicina tradicional es "inocua y no hace daño" no tenemos problemas con los marakames, ni nos ven como competidores, ya que siempre van primero a ellos. Me cuenta Javier, que en esta primera semana su tarea ha sido visitar a los cantadores de la zona, y es más a animar a un "colega apaleado".

Conversando llegamos al Centro de Salud, donde esperan al doctor unos pacientes huicholes. Paso al consultorio, estrenando la mesa del doctor, en el lateral hay una bandera mexicana y una foto del Presidente de México. Ha pasado una mamá con un niño enfermo, acompañada de

su marido, que es el que habla en castellano, aunque algunas cosas las traduce la enfermera huichola. El médico les da la medicina diciéndole a la madre:

> Por favor, que tome mucha agua hervida este niño, que se nos está deshidratando. Para mañana, esta medicina que le doy se debe de haber terminado. Hay que tomar la medicina con un vasito pequeño de agua. Dentro de 10 días me lo vuelves a traer, haber como está ese niño. Pero tienes que cuidarle bien. Si no vuelves en 10 días voy a buscarte y te doy un tirón de orejas. Así que por favor tráemele. Además de esta medicina te voy a dar otra para que esté gordita la niña para que se recupere más pronto. Una medicina ayuda a la otra. Que no deje de tomarlo. Adiós, ándele pues.

Javier nos ha ofrecido dormir en el Centro de Salud... ¡en unas camas! y la verdad no he sabido negarme, después de unas semanas de dormir en una manta o el suelo de tierra, siempre vestido, sentir las sábanas y un colchón es placer... de sibaritas. Ello me facilita, además la pronta confianza de Javier, el joven doctor, quien me hace comentarios interesantes, como los siguientes:

> El Presidente Echeverría tomó como pantalla a los indígenas –particularmente algunos grupos como huicholes, coras y mayas– entonces les regalaba gratuitamente todas las cosas para hacer propaganda política y, por eso, los huicholes están muy mal acostumbrados a que se los den todo, porque el Gobierno de Echeverría les regaló todo, como Julián que fué a la toma de posesión de Echeverría, entonces todo fue propaganda política. Es decir que a través de los grupos indígenas muchos quieren medrar y tener buen nombre; pero, por ejemplo, en la alimentación dice (el Gobierno) que les dan en la escuela mucha alimentación ¿y dónde se manda el dinero? Resulta que les dan simplemente tortillas con sal que es las que les dan a los niños. Los niños los están amamantando hasta los 2 años, entonces el niño que pasa los 2 años se salva, ya se salva. Hay una mortalidad infantil del 60%, pero de los niños que nacen mueren 60% principalmente en los primeros meses y eso se debe a que muchas madres, aunque estén lactando, sin embargo sorpresivamente quedan embarazadas. Entonces la leche ésa que dan a los niños ¿es muy mala? Pues no, las hormonas tienen que alimentar a la matriz y a las tetas; entonces, pues, muchos niños no tienen alimentación suficiente y, claro, como les quieren dar tortillas, muchas veces les dan del pecho para que no lloren. Total, que los niños que se salvan, los que llegan a los 2 años, se dice que van con una resistencia y que durarán hasta los 60; pero, no hay programa de planificación infantil, aunque el médico quiere que se dé despacio; pero se ve muy difícil esa labor, ya que es necesario también que tengan muchos hijos, porque hay mucha mortalidad infantil aunque se ha detenido un poco. Está prohibido a las mujeres hablar con los "taguaris" (los extranjeros). A mí en la consulta ni me miran, ni casi me hablan, siempre va el marido. El marakame es muy listo y siempre les dice que vayan al médico, porque una medicina apoya a la otra, entonces si sale bien, el mérito es del marakame (de los dioses) y no del médico. Yo voy a ir a visitar a los marakames, así la gente me ve hablar y sonreír con ellos y piensan, que no somos enemigos y pierden el miedo al posible castigo del marakame por ir con el médico. El marakame (los dioses) siempre ganan, porque la salud o enfermedad (la curación o la muerte) siempre viene de Dios, según ellos.

Javier me muestra los *informes* realizados por el médico anterior, que acaba de marcharse, y que comprenden desde Octubre de 1979 a Agosto de 1980; además de estadísticas sanitarias, hay informes demográficos, ecológicos y sociológicos, que pueden resultarme de interés para mi pesquisa antropológica.

Medicina tradicional: Existen varios marakames, pero por tal motivo no hay contradicción con la medicina occidental, porque es, al parecer, inofensiva, si acaso causa una consecuencia secundaria a causa de los brebajes, pero generalmente suele ser inocua.

Clasificación por trimestre de las enfermedades más frecuentes: (Agosto 79 – Julio 80)

Rinofaringitis, (15 casos), Aminiasis intestinal (10), Amigdalitis aguda (10), Bronquitis aguda (9), Otras (10).

Enfermedades no transmisibles: Dermiotitis diversa (14 casos), Osteoartritis (4), Neuralgia (3), Causas diversas (12), Odentalgia (4), Picaduras de alacrán (2). Total (39 casos).

Y el joven médico anterior, terminaba así su informe, traduciendo así su personal "axiología laica y progresista" de la "civilización occidental".

El fin de mi propósito no fue sino el de lograr entrar la medicina en todos sus requerimientos... Lego, asimismo, a mi sucesor, ante mi conciencia y entusiasmo, para que siga mis propósitos, que son el mejoramiento integral de la comunidad, que se encuentra tan falto de recursos humanos. Quiero dejar constancia de la expresión inquebrantable de mi fe en una comunidad mejor a través de acciones y pensamientos para mejorar esta comunidad, vocación que para mí es inquebrantable de servicio social. Todo hombre, cualquier hombre, puede servir para perfeccionar el mundo. Como dice Beltrán Russell: El mundo es maravilloso, pero está mal dispuesto. ¡Amemos al mundo! ¡Amemos a nuestra comunidad como es! y así presentaremos la fe indestructible en la perfectibilidad y que todo sigue hacia adelante, según me enseñaron a mí mis maestros en la Universidad, que ha sido la fe que me ha alentado en mi servicio social... Fecha 31 de Julio de 1980. Atentamente. Dr. P.A.R.

APUNTE PARA FINALIZAR

Después de estas notas etnográficas, se exigiría en un buen quehacer antropológico, ofrecer la síntesis explicativa entre los marcos teóricos expuestos en la primera parte y los datos de campo, que acabamos de narrar descriptivamente. Así lo hice en el estudio y Memoria citada (Calvo Buezas, 1990). Sin embargo, dada la amplitud que lleva lo anteriormente escrito, quiero finalizar aquí, dejando al oyente o lector que haga su propia interpretación o explicación en base al material etnográfico ofrecido y a los primeros apuntes teóricos, que al principio insinúo, particularmente en lo que se refiere a la necesidad de interpretar y explicar un subsistema, como es el de salud y enfermedad, dentro del sistema global de una sociedad y cultura determinada, máximo si se trata de pueblos que tienen como epicentro explicativo del universo y de lo real (incluida la enfermedad y su curación) una cosmovisión mística-religiosa, omnipresente en todos los niveles explicativos del acontecer social y empírico. Por otra parte, siendo la perspectiva comparativa una óptica singular de la antropología, puede el oyente o el lector hacer su propio análisis, comparando el proceso de la salud y la enfermedad de los huicholes con la de otros pueblos y culturas, que en este Simposio han sido magníficamente expuestos.

BIBLIOGRAFÍA

ACKERNECHT, E. H.: *Medicina y Antropología Social.* Madrid, Akal, 1985.
BALTASAR, B. (ed.): *Arte Indígena Huichol.* Mallorca, Pollença, 1991.
BENÍTEZ, F. *Los indios de México: Huicholes.* México, ERA, 1976. Dos Tomos.
BLANCO LABRA, VÍCTOR: *El venado azul.* México, Editorial Diana, 1990.
CALVO BUEZAS, T.: *Los indios cunas: la lucha por la tierra y la entidad.* Madrid, Ediciones Libertarias, 1990.
CALVO BUEZAS, T.: *Muchas Américas: Cultura, sociedad y política en América Latina.* Madrid, Editorial Universidad Complutense, 1990.
CALVO BUEZAS, T.: *Los indios huicholes: estudio antropológico sobre etnicidad y cambio* (Memoria inédita, Madrid, 1990).
CASILLAS ROMO, ARMANDO: *Medicina tradicional huichola, Nosología mítica de un pueblo,* (Prólogo de C. Zolla). México, Editorial Universidad de Guadalajara, 1990.
FURST, P. T. y NAHMAD, G.: *Mitos y arte huicholes.* México, SEP/SETENTAS, 1972.
FURST, P. T. y NAHMAD, G.: *Alucinógenos y Cultura.* México, FCE, 1981, original 1972.
JORES, A.: *La medicina en la crisis de nuestro tiempo.* México, Siglo XXI, 1967.
ILLICK, I.: *Némesis médica. La expropiación de la salud.* Barcelona, Barral Editores, 1975.
LÉVI-STRAUS, CLAUDE: *El pensamiento salvaje.* México, FCE, 1964.
LUMHOLTZ, C.: *El México desconocido,* México, INI, 1986, original 1904.
MATA T., R.: *La vida de los huicholes.* Guadalupe, Artes de México, 1980.
MATA T., R.: *Matrimonio huichol.* México, Universidad de Guadalajara, 1982.
NEGRÍN, J.: *Acercamiento histórico y subjetivo al huichol.* México, Universidad de Guadalajara, 1984.
NEGRÍN, J.: *Espejo entre dos mundos.* México, D.F., Museo de Aire Moderno. SEP-INBA, 1986.
REED KAREN, B.: *El INI y los Huicholes.* México, SEP/INI, 1973.
ROJAS, B.: *Los huicholes en la historia.* Colegio de Michoacán/INI, 1993.
PALAFOX VARGAS, M.: *Violencia, droga y sexo entre los huicholes.* México, INAH, 1985.
TURNER, V.: *La selva de los símbolos.* Madrid, Siglo XXI, 1980.
ZINGG, R.: *Huicholes.* México, INI, 1982, orig. 1940.
ZOLLA, C.: "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud". En *La medicina invisible.* México, D.F., Folios Editores, 1984.
WEIGAND, PH. C.: *Ensayo sobre el gran Nayar: entre Coras, Huicholes y Tepehuanos.* México, Colmich, (EMCA/INI), 1992.

LES REPRÉSENTATIONS DU CORPS MALADE À TRAVERS LES RECETTES FRANÇAISES DE MÉDECINE POPULAIRE

Françoise Loux
Centre d'ethnologie française
Musée des Arts et Traditions Populaires
Paris

Le présent article expose les résultats d'une recherche réexaminant à la lumière de l'anthropologie les recettes de médecine populaire collectées par les folkloristes dans toutes les régions françaises à la fin du siècle dernier. Une telle entreprise a souvent été considérée comme inutile en raison des lacunes de ces sources. Un pari contraire a été fait dans la recherche dont il va être question; il convient toutefois, en préalable, de se livrer à une rapide analyse critique de ces matériaux afin de bien situer les limites de leur apport possible.

LA "MÉDECINE POPULAIRE", UNE NOTION AMBIGUË

Un premier point doit être souligné: l'ambiguïté de toutes ces collectes et, de façon plus générale, de la notion de médecine populaire. Cette ambiguïté provient en partie de ce que ceux qui s'y sont intéressés agissaient dans des contextes idéologiques qui n'étaient pas toujours clairement élucidés.

Pour la France, une première recension et catégorisation des livres qui contiennent de tels matériaux montre, dès le XVIe siècle, deux courants distincts: d'une part des livres qui donnent des listes d'erreurs populaires[1] et d'autre part des

1. Par exemple, JOUBERT, L.: *Erreurs populaires du fait de la médecine et régime de santé*, 1578.

manuels de médecine "facile et domestique"[2]. Donc d'une part ce que l'on pourrait appeller des observations, d'autre part des conseils de vulgarisation. Les historiens ont trop souvent confondu ces deux courants sous le terme de médecine populaire alors que ce n'est pas du tout la même chose. Cependant, ce qui les réunit est qu'aucun des deux n'est neutre. Ils partent l'un et l'autre de la médecine officielle pour soit dénoncer les manquements par rapport à elle, soit la prôner.

En fait, ces deux courants se situent dans tout un contexte de lutte pour le pouvoir et le contrôle du savoir chez les tenants de la médecine savante:

- conflit entre ceux qui veulent que les ouvrages de médecine ne soient écrits qu'en latin et ceux qui sont partisans d'écrire en langue profane;
- conflit, qui recoupe en partie le précédent, entre les médecins qui pensent nécessaire de vulgariser (et il faudrait préciser de quel type de vulgarisation il s'agit) et entre ceux pour qui il ne peut en être question, ou qui ne l'acceptent que si elle est pratiquée par des médecins;
- conflit, enfin, entre les apothicaires –vendeurs de remèdes coûteux– et certains médecins qui préfèrent diffuser des livres de recettes bon marché, permettant de se passer des apothicaires, plutôt que partager une partie de leur pouvoir avec ces derniers[3].

Par ailleurs, un point commun à tous ces écrits est la notion de recette: recettes dont on dénonce les erreurs et que l'on présente comme incohérentes; ou recettes permettant d'agir à l'intérieur de l'espace médical mais n'en conférant pas de connaissance d'ensemble. La notion de recette s'oppose en effet à celle de savoir, et sous entend que le savoir et la cohérence ne peuvent être que du côté de la médecine officielle et de ses tenants.

C'est dans tout ce contexte idéologique complexe que s'inscrivent, en France tout au moins, les collectes plus tardives des folkoristes de la fin du XIXe siècle.

En effet, des travaux comme ceux de Nicole Belmont[4] ont amplement montré combien ces notables locaux avaient une attitude ambivalente par rapport aux matériaux qu'ils étudiaient. S'ils se passionnaient pour ces pratiques, c'est en leur prêtant ce que l'historien Michel de Certeau a appelé "la beauté du mort"[5], c'est à dire, en rejetant dans un passé mythique ce qui, tout en éveillant leur curiosité, posait

2. Par exemple, TISSOT: *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne, 1761.

3. GUIBERT, Ph.: *Le médecin charitable*, enseignant la manière de faire et préparer en sa maison avec facilité et peu de frais les remèdes proposés à toutes maladies, selon l'avis du médecin ordinaire..., Troyes, Oudot, 1645.

4. BELMONT, N: *Paroles paiennes*. Mythe et folklore, Imago, 1986.

5. CERTEAU, M. de; JULIA, D.; REVEL, J.: "La beauté du mort", in *La culture au pluriel*, Paris, 10/18, 1974.

problème à leur propre pratique et à leur propre rationalité, qu'ils considéraient comme les seules valables. Cette remarque générale à propos des collectes des folkloristes vaut particulièrement pour la médecine populaire car beaucoup de ceux qui en ont recueilli les recettes, étaient eux mêmes médecins. Leur ambivalence était donc encore plus grande. Ils ne pouvaient reconnaître comme savoir ou même comme pratiques ayant un sens ce qu'ils s'efforçaient de combattre dans leur exercice professionnel quotidien. Aussi ils ont collectionné ces recettes comme autant de curiosités, comme des collectionneurs de papillons.

On a souvent insisté sur les conséquences de cette position sur l'exhaustivité de leur collecte.

La lacune principale est qu'à certaines exceptions près, ces recettes sont présentées sous forme de liste, détachées de tout contexte:

- contexte de savoir ou de cohérence les mettant en rapport les unes par rapport aux autres et par rapport à des représentations du corps éventuellement différentes de celles de la médecine officielle;
- contexte historique ou sociologique précisant en particulier quels en sont les utilisateurs.

Par ailleurs, ces collectes ont tendance à privilégier le différent, à plus insister, par exemple, sur le recours au guérisseur que sur les visites du médecin.

Tout cela a conduit à faire de la médecine populaire une construction ambiguë, tout à la fois artificiellement détachée de la médecine savante, et en même temps fonctionnant par rapport à elle, comme son envers incohérent.

Cela fait que, jusqu'à une époque assez récente, ces collectes ont peu intéressé les anthropologues et les sociologues. Les anthropologues n'y trouvaient pas de réponses à des questions comme celles que Marc Augé et son équipe ont mises à jour sur des terrains extra-européens, celle par exemple de la recherche du sens du mal ou celle de l'itinéraire thérapeutique[6]. Par ailleurs, pour des sociologues comme Luc Boltanski[7], ces pratiques, ces croyances, répertoriées dans les collectes des folkloristes, ne sont que les résidus incohérents de savoirs savants antérieurs; il n'y a donc pas d'intérêt à les étudier telles quelles.

Cela a donc conduit à un quasi oubli de ces collectes dans les recherches en sciences humaines, exception faite de Marcelle Bouteiller[8], qui a eu une position charnière entre le folklore et l'anthropologie mais qui est restée très marginale.

6. AUGE, M.; HERZLICH, C.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éditions des Archives contemporaines, 1983.
7. BOLTANSKI, L.: *Prime éducation et morale de classe*, La Haye, Mouton, 1969.
8. BOUTEILLER, M.: *Médecine populaire d'hier à aujourd'hui*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1996, réédition 1987; voir également LOUX, F.: "Marcelle Bouteiller 1904-1990", *Ethnologie Française*, 1992, XXII, 1, n.º spécial Corps, maladie et société, pp. 84-89.

Cela se situe aussi dans un contexte général français où, faute sans doute de relai posant idéologiquement et politiquement la question de la signification de cette médecine populaire, comme en Italie avec De Martino[9], il n'y a pas eu de renouveau universitaire des études sur le folklore et en particulier sur la médecine populaire. Il n'y a pas, par exemple, en France, de chaire d'histoire des traditions populaires comme en Italie.

En fait, en France, l'intérêt pour ces matériaux est plutôt venu d'historiens comme François Lebrun[10], Jacques Gélis[11] ou Marie France Morel[12], qui les ont replacés dans tout le contexte historique qu'ils analysaient par ailleurs et qui ont mis en lumière les interrelations constantes entre médecine populaire et médecine savante.

C'est donc plutôt dans ce contexte d'intérêt des historiens que se situe la recherche dont il va maintenant être question.

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

Une des choses que les historiens m'ont enseignée c'est que toute source est lacunaire, mais aussi que toute source peut être utilisée, à condition d'être conscient de ses biais, à condition d'y lire aussi bien ce qui est explicite que ce qui est implicite, à travers ses creux. C'est, pour moi, une des grandes leçons de l'historien Jean Pierre Peter[13]. Les anthropologues qui travaillent sur des matériaux vivants ont parfois trop tendance à négliger des sources qui leur paraissent présenter des lacunes, au profit d'une illusoire exhaustivité ou objectivité.

Quand j'ai projeté cette recherche, je connaissais assez bien les collectes des folkloristes car je les avais utilisées dans des travaux antérieurs sur les proverbes relatifs au corps et sur les soins aux enfants[14]. J'avais donc été à même d'en constater les lacunes mais aussi d'en apprécier la richesse. Je trouvais donc dommage de ne pas essayer d'en faire profiter la communauté scientifique en en faisant une relec-

9. Voir la libraison de la revue *Ethnologie Française* consacrée à l'anthropologie du soi en Italie. Italia. "Regards d'anthropologues italiens". *Ethnologie française*, 1994, 4.

10. LEBRUN, F.: *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux 17e et 18e siècles*, Temps actuels, 1983.

11. GELIS, J.: *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne. XVIe – XIXe siècle*, Paris, Fayard, 1984.

12. GELIS, J.; LAGET, M.; MOREL, M. F.: *Entrer dans la vie*, Paris, Gallimard, Archives, 1978.

13. PETER, J. P.: "L'histoire par les oreilles. Notes sur l'assertion et le fait dans la médecine des Lumières", *Le temps de la réflexion*, 1980, 1, pp. 273-314.

14. LOUX, F.; RICHARD, Ph.: *Sagesses du corps. Santé et maladie dans les proverbes régionaux français*. Paris, Maissonneuve et Larose, 1978, 353 pp.; LOUX, F.: *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris, Flammarion, 1978, 276 pp.; Traditions et soins d'aujourd'hui, 2e édition entièrement remaniée, Paris, Inter Éditions, 1990.

ture consciente de leurs limites. Ainsi, ce n'est bien évidemment pas à partir de ces matériaux que l'on peut directement comprendre des processus tels que des itinéraires thérapeutiques allant du médecin au guérisseur.

Par contre, plusieurs questions que je me posais ou que me renvoyaient les soignants quand je leur parlais de ces questions, me semblaient pouvoir y trouver un début de réponse.

- peut-on reconstituer une ou des logiques sous jacentes à ces recettes? En particulier renvoient elles à des représentations du corps cohérentes?
- Y a-t-il une opposition ou une complémentarité entre les dimensions empiriques et les dimensions symboliques des ingrédients utilisés dans les thérapeutiques?
- Dans quelle mesure interviendrait dans l'efficacité thérapeutique le sentiment qu'il existe une cohérence entre le corps, la maladie et son remède, le sentiment que le remède rétablit l'équilibre entre le corps malade et l'extérieur.

En plus de l'inventaire et de l'analyse des maux traités et des ingrédients utilisés dans les recettes, l'ambition ultime était donc d'examiner les significations du corps malade se dégageant de ces pratiques.

Pour ce faire, avec l'aide de mon collègue informaticien Philippe Richard, a été mise au point une méthodologie artisanale assez complexe.

Un des points de départ a été l'idée que lorsque deux maux ont en commun un certain nombre d'ingrédients thérapeutiques semblables, cela renvoie à des représentations semblables des atteintes et du fonctionnement du corps. Par exemple, si, pour partie, les verrues et les rhumatismes ont en commun des remèdes fluidifiants, cela correspondrait à une représentation du corps dans lequel circuleraient des liquides pouvant se bloquer, ces blocages entraînant, selon les circonstances, des verrues ou des rhumatismes.

Le choix a par ailleurs été fait de multiplier les sources afin de minimiser certains biais. Au total un corpus de plus de 6.000 recettes, provenant de la plupart des régions françaises, a été constitué.

S'est d'abord posée la question du codage. Il ne pouvait être question, en effet, de reproduire les ambiguïtés des folkloristes en prenant comme critère de classement des maladies ou des ingrédients, ceux de la médecine savante. Par exemple, de faire le choix préalable de classer ensemble des catégories de maladies qui seraient les maladies de peau, ou des maladies de sang, ou encore des catégories d'éléments thérapeutiques qui seraient les plantes, les animaux, ou les minéraux. J'ai donc décidé de commencer l'analyse au premier niveau des termes eux mêmes des recettes et d'examiner, de proche en proche, les apparentements ou les classifications propres au corpus.

À ce propos, j'étais, bien sûr, consciente d'un autre biais possible, celui du filtre du langage des folkloristes dans leur transcription et parfois leur traduction des

recettes. Dans la mesure où certaines constantes reviennent, dans la mesure aussi où, en particulier par Marcelle Bouteiller qui en a bien connu certains, j'ai eu des témoignages sur le sérieux de leur travail quant à cette transcription, il m'a semblé que, dans l'ensemble, on devait pouvoir s'y fier.

Dans un premier temps, le codage a surtout consisté en une systématisation gardant au maximum la diversité des termes, ne considérant comme synonyme ou proche que ce qui semblait effectivement proche dans le corpus, ce qui a nécessité des allers et retours constants entre le texte lui même des recettes et le codage.

Il en a résulté un premier ensemble très éparpillé, dans lequel les liens entre maux et thérapeutiques apparaissaient souvent ténus et surtout multiples.

Il s'est alors avéré que pour y voir plus clair dans cet écheveau, il convenait de considérer les maux comme des ensembles de symptômes. Par exemple, pour les rhumatismes, on rencontre tout à la fois la douleur, qui les apparente aux maux de dents, et le blocage de flux qui les apparente aux verrues. Quant aux ingrédients thérapeutiques, ce sont, de même, des ensembles de caractéristiques: couleur, saveur, odeur... dont l'une ou l'autre peut intervenir suivant les cas. Ainsi l'eau peut renvoyer à la fluidité mais aussi à la purification.

L'analyse des données s'est donc faite à travers un va et vient entre d'une part ces groupes de symptômes et d'autre part ces groupes de caractéristiques, prenant mutuellement du sens les uns par rapport aux autres.

À partir de là, plusieurs ensembles d'analyses ont été effectués. En premier lieu, il a été procédé à une série d'analyses détaillées des pathologies principales et des représentations du corps pouvant se dégager des thérapeutiques.

À partir de tableaux classant par fréquence les éléments thérapeutiques se sont dégagés certains d'entre eux –pas nécessairement les plus fréquents– qui semblaient avoir une position centrale et que j'ai nommés "éléments organisateurs" car c'est autour d'eux que les autres éléments s'organisent et prennent un sens. C'est ainsi, par exemple, que pour le saignement de nez, un de ces éléments organisateurs est la clef que l'on met dans le dos du patient. C'est un objet froid, mais c'est surtout un objet qui sert à fermer, et on retrouve cette importance de la fermeture dans les tampons qui bouchent les narines aussi bien que dans la recommandation faite aux personnes atteintes par ce trouble de serrer fort leurs poings.

Par ailleurs, j'ai eu la grande chance de rencontrer une collègue québécoise de l'Université Laval, Francine Saillant, qui analyse un corpus homologue de recettes québécoises. Nous avons déjà mené plusieurs comparaisons partielles de nos corpus[15], et effectuons maintenant une analyse transversale des éléments rituels et

15. SAILLANT, F.; LOUX, F.: "Saigner comme un boeuf: le sang dans les recettes de médecine populaire québécoises et françaises. Une approche comparative", *Culture*, Québec, XX (1-2), 1991, pp. 151-163; "Pain et corps malade dans les recettes françaises et québécoises de médecine populaire", *L'Uomo*, 1990, III, 1, pp. 179-195.

symboliques contenus dans l'un et l'autre ensemble. Par ailleurs, sur une affection particulière, celle des verrues, nous avons étendu la comparaison à des recettes italiennes étudiées par deux chercheurs de l'Université de Pérouse, Paolo Bartoli et Paola Falteri.

Un des intérêts principaux de ces comparaisons est que, telles des loupes, elles ont permis de mieux apercevoir certains aspects moins immédiatement visibles. On le verra plus loin à propos du transfert.

REPRÉSENTATIONS DU CORPS ET DE SES MAUX

À partir de toutes ces analyses partielles il a été procédé à un examen global des différentes représentations sous jacentes du corps malade. Cette analyse n'est pas terminée. On présentera ici les principaux résultats qui commencent à se dégager. Il apparaît que le corpus s'organise presque entièrement autour de quelques axes fortement liés entre eux.

L'EXCÈS DE CHALEUR

Le premier axe regroupe des symptômes et des ingrédients ayant trait au froid et surtout à la chaleur et à l'excès de chaleur.

Cela renvoie à une des conclusions de ma recherche précédente sur les proverbes: la santé consiste en un état d'équilibre instable, toujours à recommencer, d'une part à l'intérieur même du corps, et d'autre part entre cet intérieur du corps et son environnement extérieur. La chaleur et le froid sont un des éléments essentiels de cet équilibre. Or, de par ses activités extérieures, de par son travail quotidien, l'homme est sans cesse exposé à un trop grand échauffement. Ce déséquilibre constant est la cause de nombreuses maladies, en particulier les fièvres, qui sont des échauffements internes, et les brûlures et inflammations de la peau, qui sont des échauffements externes.

Les fièvres –très importantes dans le corpus– sont à la fois considérées comme des maladies intrinsèques et comme des symptômes clef pour de nombreuses maladies. Peu de maux, même ceux qui ne semblent pas a priori être générateurs de fièvre, échappent à cette notion de chaleur excessive du corps.

Notons d'ailleurs au passage que cette idée de gravité de la maladie liée à la fièvre est encore tout à fait présente dans les représentations actuelles de la maladie. C'est souvent à partir d'un certain niveau de fièvre que l'on décide d'appeller le médecin.

Tableau 1. Éléments organisateurs des thérapeutiques des fièvres

Éléments organisateurs classés par fréquence	*Maux les plus fréquemment en relation avec fièvre et ayant au moins un élément organisateur commun*
Pélérinage	Rachitisme, Animaux, Enfant
Prière	Animaux, Dents
Boire	Colique, Allaitement
Fontaine	Enfant, Oeil
Eau	Oeil, Enfant
Vierge Marie	Rachitisme, Oeil
Attacher	
Suspendre	Animaux, Allaitement
Avant le lever du soleil	Animaux, Rage
Église	Enfant, Peur, Rachitisme
Neuf (chiffre)	Entorse, Hémorroides, Rachitisme
Laisser	Enfant, Rachitisme
Infusion	Colique, Rhume
Ruban	Animaux
Sachet	Dentition, Convulsions, Sorcellerie
Oeuf	Panaris, Hernie

Dans les thérapeutiques des fièvres, les éléments organisateurs renvoient tout d'abord à la dimension religieuse: prières et surtout pélérinages. Or, de façon générale pour l'ensemble du corpus, les pélérinages qui s'effectuent souvent à date fixe, tous les ans, renvoient à la notion de prévention et aussi de protection du saint guérisseur invoqué en cette occasion. Dans cette optique, les fièvres et l'excès de chaleur du corps apparaissent comme un danger permanent dont il convient d'être protégé constamment.

Un autre groupe d'éléments organisateurs se regroupe autour de l'élément liquide. Dans ce cas, la thérapeutique renvoie à la nécessité de boire et ainsi de se rafraîchir et de calmer le feu interne tout comme l'eau apaise l'incendie. Mais, d'autre part, les fontaines constituent un élément organisateur important. On sait qu'elles sont nombreuses sur les lieux de pélérinage et que, plus encore que les dévotions liées à la religion officielle, les rituels qui y sont pratiqués ont une place essentielle dans la thérapeutique. Généralement on prend un vêtement de la personne malade –qui représente son corps–, on le trempe dans l'eau, puis on le laisse sur un arbre à côté de la fontaine. Ainsi, alors que, bien sûr, le corps de la personne à protéger ne peut rester en permanence dans le lieu saint, c'est son vêtement qui le représente. Par ailleurs, l'eau, en plus de rafraîchir est aussi un élément qui lave, ce qui renvoie à une autre dimension de l'excès de chaleur du corps, celle d'une mauvaise com-

bustion qui corrompt, d'un excès d'humeurs. De plus, au niveau symbolique, l'excès de chaleur renvoie aussi aux feux de l'enfer, à l'impureté, d'où la présence aussi importante, au niveau des éléments organisateurs, de la Vierge Marie.

Un dernier élément organisateur est le moment auquel s'effectuent ces actions, avant le lever du soleil, ce qui renvoie aux dangers de l'excès de soleil qui risque d'accroître l'échauffement corporel et que la vie quotidienne oblige à affronter.

Donc, la première représentation du corps est celle d'un corps menacé de feux, et qu'il convient de protéger constamment, de rafraîchir et de laver. Comme le montre le tableau précédent, ces feux sont une des dimensions de nombreux maux, hier comme aujourd'hui. Dans le corpus, on trouve plus particulièrement une association avec des troubles fréquents de l'enfance comme les maux de la dentition et les convulsions; interviennent également les dangers de l'allaitement avec l'engorgement des "fièvres de lait" si craintes autrefois, et les sensations de brûlure que provoquent les coliques. Dans ces deux derniers cas, une autre représentation se croise –dont il sera question plus bas–, celle d'un corps traversé de liquides, de flux qui, quand ils viennent à se bloquer, se mettent à l'échauffer.

Enfin les maladies des yeux sont souvent considérées comme des inflammations liées à l'excès de chaleur, à la corruption des liquides de l'oeil –d'où l'importance des fontaines et de l'invocation à la Vierge Marie pour ces troubles–.

On observe par ailleurs une intensité particulière de ces feux du corps à certains moments de passage de la vie, et surtout lors de l'enfance.

Les flux

Une autre dimension a une grande importance dans le corpus, celle de *flux*, qui, comme il a été dit plus haut, est tout à fait liée à celle de feu. Il s'agit là de la représentation d'un corps rempli de liquides: lait de la petite enfance, matières bues, mangées et machées, urine et matières fécales, sang, eau. Ces liquides ou ces matières sont considérés comme sans cesse en mouvement, entrant et sortant du corps, y circulant. Ce que l'on craint est de nouveau l'absence d'équilibre: l'excès de chaleur, comme on l'a vu, mais aussi l'excès de froid qui les empêche de circuler, risque de créer des engorgements et les faire se corrompre. Ces engorgements sont visibles sur le corps et peuvent souvent être douloureux. Ce sont les enflures, les entorses et foulures, les nodosités de toutes sortes, en particulier celles des rhumatismes, qui sont une des "maladies organisatrices" de cette dimension, mais aussi le cancer. Enfin, la calvitie est assimilée à ce figement du corps qui s'oppose à ce qui y bouge ou y croit.

Tableau 2. Éléments organisateurs des thérapeutiques des rhumatismes

Éléments organisateurs classés par fréquence	*Maux les plus fréquemment en relation avec rhumatismes et ayant au moins un élément organisateur en commun*
Graisse	Analgésique, chaud et froid, entorse
Vivant	Méningite, Analgésique
Crapaud	Analgésique, Cancer
Frictionner	Calvitie, Analgésique, Lumbago
Lit	Mort, Puces, Accouchement
Saint Maur	Analgésique, Mort
Marmotte	Analgésique, Foulure
Poche	Hémorroides, Sorcellerie

Pour rétablir les flux engorgés il faut frictionner vigoureusement le corps pour le réchauffer et faire circuler le sang. On utilise beaucoup les produits animaux, notamment la graisse, liée à la chaleur. Souvent il est précisé qu'il s'agit d'animaux vivants, ce qui renvoie symboliquement à l'idée de mouvement, de circulation. Les animaux éléments organisateurs sont par ailleurs réputés pour leur capacité à lutter contre le froid –comme la marmotte– ou leur caractère gluant –qui en fait des animaux à "humeurs"– comme le crapaud.

LA NOTION DE CONTAGION

Quand les humeurs sortent à l'extérieur du corps, c'est considéré comme moins dangereux: "les maladies de peau sont la santé des boyaux" dit le proverbe.

Tableau 3. Éléments organisateurs des thérapeutiques des verrues

Éléments organisateurs classés par fréquence	*Maux les plus fréquemment en relation avec verrues et ayant au moins un élément organisateur en commun*
Transfert	Fièvre, Enfant
Frotter	Dentition, Piqûre animal
Jeter	Fièvre, Enfant, Matheur, Mort
Pourrir	
Enterrer	Mort, Naissance
Couper	Ongles, Cheveux, Fièvre
Puits	Fièvre, Colique, Rage
Pois	Ulcère

Une exception toutefois est celle des verrues. Je ne m'étendrai pas sur ce point qui fera l'objet d'une publication comparative France – Québec – Italie. Les verrues correspondent, en fait, à une autre dimension très présente à travers tout le corpus, quoique de façon moins explicite, c'est la notion de contagion, ici beaucoup plus étendue que pour la médecine savante. Elle renvoie à la porosité des frontières entre le corps et le monde extérieur[16].

Les maux risquent toujours de circuler ou de proliférer, de se répandre sur tout le corps, de passer d'une personne à l'autre, d'un humain à un élément de la nature. Il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait contact direct. Une mise en rapport distante, une homologie de forme, de couleur, de toute caractéristique externe, peut suffire. Une telle notion de contagion est d'ailleurs à la base d'un procédé thérapeutique traditionnel très courant: le transfert.

Ainsi, pour les verrues, dont on craignait la prolifération, il était essentiel de s'en débarasser. Mais, comme il ne pouvait être question de les arracher en raison de leur enracinement profond dans le corps, cela ne pouvait se faire qu'en les passant à quelqu'un d'autre –une personne ou un ingrédient thérapeutique–. D'où les nombreux procédés de transfert qui consistaient à mettre en contact avec le mal un ingrédient thérapeutique lui ressemblant et, en détruisant le mal, de détruire la verrue.

A cet axe correspondent des actions agressives à l'égard du mal; insistant sur le rejet et la disparition: jeter, tuer, enterrer, faire pourrir.

LA DOULEUR

Cet axe traverse également tout le corpus. On le rencontre notamment à propos des maux de dents et des rhumatismes, auxquels cette dénomination est souvent donnée. Il arrive souvent que pour certains procédés, avec les prières contre les brûlures par exemple, il soit explicite que le résultat est de calmer la douleur plutôt que de guérir.

Prière secrète pour calmer les douleurs trop vives pendant et après l'accouchement:
"Vierge, née de Dieu, tu as enfanté sans douleur
N..., que la douleur te passe
Comme à la bienheureuse Vierge Marie qui a enfanté Notre Seigneur"

16. LOUX, F.: "Passer la maladie. Perméabilité du corps et thérapeutiques de transfert dans la France traditionnelle". *Ethnologia helvetica,* 17-18, 1993-94, pp. 415-428.

Pour conjurer les brûlures
Dire:
"Feu de Dieu, apaise les douleurs
Comme Judas perdit ses couleurs
En trahissant Jésus Christ"

Les éléments organisateurs, à ce niveau, sont, d'une part, des produits considérés comme adoucissants, par exemple des plantes comme la mauve ou la guimauve, d'autre part les prières, qui nomment très souvent la douleur. Or, nommer les choses contribue à leur donner un sens, et contribue donc à l'efficacité de la thérapeutique.

Il convient de souligner ce souci manifeste de la douleur qui a sans doute été une des raisons du succès des guérisseurs, jusqu'à une époque assez récente. On savait qu'il était possible d'aller les trouver pour essayer de l'apaiser, alors que, comme le montre bien l'historien Jean Pierre Peter[17], cela n'a longtemps été pour les médecins qu'une préoccupation mineure.

Ce que l'on recherchait, cependant, était l'apaisement et non une guérison que l'on pensait illusoire car on estimait que la douleur était inéluctable, liée au vieillissement du corps, comme les maux de dents, ou à son usure avec les conditions de vie et de travail difficile, comme les rhumatismes. Cette recherche d'apaisement était donc sans cesse à recommencer –idée très présente dans la médecine populaire, qui se distingue nettement du fatalisme–.

LES MOMENTS DE PASSAGE

On a noté dans le corpus l'importance des maladies de la petite enfance. Cela correspond à une réalité tout à la fois concrète –l'importance de la mortalité infantile– et symbolique: l'enfance comme moment de passage et d'inachèvement. Ce second point constitue un axe déterminant du corpus, dont l'enfance est un des éléments organisateurs.

Parmi les affections les plus craintes en cette période il y a le rachitisme: terme sous lequel sont rassemblés beaucoup de troubles de la croissance, en particulier les retards à la marche.

Si la croissance ne s'effectue pas bien l'enfant est doublement menacé. Menacé de mort sur le plan de son corps, menacé d'animalité au niveau symbolique. À la naissance, en effet, il n'est pas considéré comme achevé et on craint que, sa station debout ne se développant pas, il en reste au stade animal de la propulsion à quatre pattes et que son intelligence non plus ne se développe pas.

17. PETER, J. P.: "Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élision". *Le Genre humain*, 18, 1988 et *De la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993.

Tableau 4. Éléments organisateurs des thérapeutiques liées à l'enfance

Éléments organisateurs classés par fréquence	*Maux les plus fréquemment en relation avec enfance et ayant au moins un élément organisateur en commun*
Transfert	Fièvre, Rachitisme
Statue	Rachitisme, Peau
Plonger	Rachitisme, Panaris
Baptême	Mort, Rhume
Coit	Naissance, Sexe
Tremper	Rachitisme, Animaux, Lumbago
Chemise	Fièvre, Hémorragie, Mort, Rachitisme
Berceau	Grossesse, Rachitisme
Bénir	Animaux, Contagion, Rachitisme
Mère	Grossesse, Naissance, Rachitisme
Fil	Hémorragie, Verrues
Déposer	Fièvre, Allaitement, Peau
Bonnet	Allaitement, Peau, Rachitisme
Parrain	Rhume

Les fièvres, comme nous l'avons vu, sont souvent associées à l'enfance; signe que la régulation de température se faisant mal dans le corps, la croissance ne parvient pas à prendre pleinement son essor dans cet excès de chaleur que l'on impute souvent au pourrissement du lait dont l'enfant est alimenté. Cet excès de chaleur menace aussi peut être d'autant plus l'enfant que l'on pense nécessaire pour sa croissance de l'envelopper de chaleur. La régulation en est peut être d'autant plus difficile.

Ce qui précède, relatif aux craintes de la petite enfance, explique que le rapport aux animaux soit un autre des éléments organisateurs de cette dimension. Là aussi, la frontière entre le monde animal et le monde humain est ténue et poreuse. À la fois les corps sont estimés si proches que l'on passe facilement des remèdes de l'un aux remèdes de l'autre; mais également on craint de rester ou de passer à ce stade dont certains états comme celui de l'enfance ou certaines affections comme les maladies de peau ou comme la rage rapprochent constamment.

Les maladies de peau ne constituent pas en tant que telles un des axes du corpus. La peau en elle même fait partie de ces catégories frontières. Frontière entre l'intérieur et l'extérieur du corps, elle peut être l'exutoire naturel de maladies graves internes. Dans ce cas ses affections sont sinon bienvenues, du moins considérées comme un moindre mal. Mais elle peut aussi, comme avec les verrues, être le dernier rempart contre un mal qui vient de l'extérieur et qui risque de proliférer jusqu'à l'intérieur du corps.

Pour tous ces passages, ces états ambigus, la dimension rituelle joue bien évidemment un rôle essentiel.

La sorcellerie est un autre axe qui, explicitement ou implicitement traverse tout le corpus. Nous l'avons pressenti à propos de la contagion. C'est l'idée que le mal ne provient pas uniquement d'un déséquilibre à l'intérieur même du corps ou du corps avec le monde extérieur, qu'il peut aussi provenir de l'action volontaire et néfaste d'autrui qui se débarassera de son mal ou de son déséquilibre en l'envoyant sur autrui ou qui rétablira son équilibre en lui prenant quelque chose. Bien entendu cette notion de sorcellerie va de pair avec celle d'animalité mais aussi avec celle de feu. L'intervention constante du personnage de Judas dans les prières contre les brûlures en est un exemple.

Tableau 5. Éléments organisateurs des thérapeutiques liées à la mort

Éléments organisateurs classés par fréquence	*Maux les plus fréquemment en relation avec mort et ayant au moins un élément organisateur en commun*
Contact distant	Malheur, Sorcellerie
Mort	Grossesse, Dents
Transfert	Malheur, Grossesse
Premier	Animaux, Fièvre
Entendre	Malheur
Présage	Malheur
Lessive	Rage
Linge	Enfant, Brûlure
Nuit	Accouchement, Animaux, Circonstances de la naissance
Absence de contact	Animaux, Sorcellerie
Allumer	Accouchement, Fertilité, Insomnie, Sorcellerie
Rêver	Malheur
Cierge	Allaitement, Animaux, Colique, Convulsions, Insomnie, Santé

Enfin tout le corpus est traversé par l'image d'un corps extrèmement vulnérable dans lequel toute maladie, même la plus bénigne, comme, encore une fois, les vermes, peut proliférer, enflammer tout le corps et au bout du compte aboutir à la mort.

D'où la pluralité des remèdes pour la même maladie qui tend à conduire à l'hypothèse –mais les données ne permettent pas tellement d'aller plus loin–, que l'on avait d'abord recours à la médecine domestique puis, si la fièvre ne partait pas, ou si la maladie, la douleur semblait s'aggraver, on avait recours à des guérisseurs de plus en plus spécialisés.

Comme on a pu le noter, tous ces axes sont fortement liés entre eux. Ainsi, malgré l'éparpillement du corpus en de nombreux maux on trouve relativement peu de

symptômes, et tous ces symptômes renvoient avec plus ou moins de force à un ou plusieurs de ces axes associés. En résulte ainsi l'image d'un corps sans cesse aux limites de la maladie et surtout de la mort, un corps frontière, menacé de l'extérieur mais aussi dans son équilibre intérieur sans cesse à reconstruire, un corps douloureux, sans cesse à calmer, un corps menacé d'excès de chaleur qu'il faut rafraichir, mais aussi menacé de froids figeant ses liquides intérieurs.

THÉRAPEUTIQUES PRINCIPALES

Au niveau des thérapeutiques se dégagent également plusieurs dimensions, associées entre elles.

PRÉVENTION, PROTECTION ET PERMANENCE

Contrairement à ce qui est parfois dit, toujours du point de vue de la médecine savante, la prévention constitue une dimension importante de cette médecine populaire. Cela renvoie, en effet, à l'idée que le corps est sans cesse menacé, et sans cesse en état d'équilibre instable que les conditions de vie difficiles rendent encore plus précaires. La prévention, dans ce sens, est associée à l'idée de permanence, de récurrence –d'où l'insistance sur le temps, que l'on trouve par exemple dans les pélérinages auxquels on se rend chaque année–. Cela va de pair aussi avec la notion de protection. Prévenir la maladie, c'est se protéger contre elle de façon concrète, en portant sur soi quelque chose qui lui fait obstacle, en portant par exemple une amulette à son cou, ou en mettant sous protection quelque chose qui représente son corps –en attachant un linge à un arbre dans un lieu de pélérinage, par exemple–.

LA DIMENSION RITUELLE ET RELIGIEUSE

Nous avons noté l'importance de la notion de passage, et aussi la présence massive de la mort. Il n'est donc pas étonnant que, même si les recettes ne sont pas des rituels, la dimension rituelle y prenne une place importante qui serait sans doute encore plus grande s'il n'y avait pas cette lacune des folkloristes par rapport au contexte des recettes. En France, la dimension rituelle prend souvent la forme d'un recours à la religion officielle –à des pélérinages, par exemple, ou à des prières accompagnées de gestes– mais le point remarquable de ce recours est qu'il y a généralement réappropriation: recours à l'eau des fontaines, par exemple, ou transformation d'une prière au saint thérapeute en prière de conjuration.

Les transferts

Un procédé thérapeutique très employé, notamment à propos des verrues, est celui du transfert. En fait, c'est en grande partie la comparaison avec les recettes québécoises qui nous a fait découvrir l'extension de cette notion. En France, à part les verrues, on trouve peu de rituels "laïques", la dimension religieuse et la dimension rituelle se recoupant largement. Il n'en est pas de même au Québec, ce qui a permis de mettre l'accent sur l'importance du rapport avec la nature, et, parallèlement, de retrouver ce rapport à la nature, mais englobé dans le religieux dans le corpus français. Ainsi, les pélérinages, à côté du recours à un saint guérisseur contiennent de nombreuses pratiques relatives aux eaux –nous avons noté l'importance des fontaines–, aux arbres, aux pierres...

Enfin, dépassant les procédés de transfert au sens strict du terme, ne peut on se demander s'il n'existe pas également des cas de transfert en sens inverse:

MAL——OBJET——Destruction de l'objet—Destruction du mal
MAL——OBJET——Guérison de l'objet——Guérison du mal

Nous l'avons par exemple noté à propos des linges que l'on trempe dans les fontaines.

Empirique et symbolique

Ceci conduit à un autre problème, plus vaste, qui était une des interrogations posées au début de la recherche: les relations entre empirique et symbolique, et la part de la dimension symbolique. On a en effet tendance à séparer les deux aspects, à mettre d'un côté ce qui semble "rationnel" –même si cela paraît suranné– et de l'autre ce qui semble "irrationnel", de ne s'intéresser, par exemple, qu'à la pharmacopée végétale. J'ai, au contraire, observé dans le corpus que, même si certaines thérapeutiques sont plus empiriques et d'autres plus symboliques –cela dépendant d'ailleurs souvent de la gravité du mal–, on ne peut pas faire de distinctions aussi nettes. Souvent les prières s'accompagnent de gestes de massage qui, concrètement, visent à calmer la douleur. Souvent aussi les plantes, en plus de leurs propriétés pharmacologiques, s'apparentent par leur couleur, leur odeur, leur saveur... au mal qu'elles doivent traiter. En fait, il y a souvent une double relation entre empirique et symbolique qui, par cette redondance, en sont d'autant plus efficaces. On peut se demander aussi s'il n'y a pas, de façon plus ou moins déguisée, une relation de transfert, même dans les actions thérapeutiques qui semblent les plus simples. Ainsi, dans la recette contre les verrues disant de les frotter avec un pois puis de jeter le pois dans un puits en attendant qu'en pourissant il provoque la disparition de la verrue, le transfert est explicite. Par ailleurs quand on conseille, contre les maux de la denti-

tion, de couper la patte d'une taupe vivante et de faire porter cette patte à l'enfant autour du cou, il y a transfert puisque l'animal souffre et meurt à la place de l'enfant, mais le transfert se fait avant le contact. Par contre dans la recette suivante contre les rhumatismes: "Pélérinage à Notre-Dame des Orties: les pélerins cueillent des poignées d'orties et se fustigent entre eux sur les parties malades, soit au pardon autour de la chapelle, soit de retour chez eux", il ne semble pas y avoir de transfert. Ne peut on quand même se demander si, en plus de leur pouvoir piquant qui est censé faire circuler les humeurs stagnantes, les pouvoirs de cette divinité singulière, Notre Dame des Orties, ne sont pas transférés à la plante qui pousse près de son sanctuaire, les renforçant ainsi. Et, plus encore, si au bout du compte, le mal n'est pas transféré à l'ortie qui, même si ce n'est pas explicité, flétrit et disparaît.

POPULAIRE ET SAVANT

Cette importance de la dimension symbolique nous entraîne dans une dernière remarque. Une possibilité, à travers ce corpus, est de se livrer à des comparaisons:

- d'une part avec les recettes vulgarisées par les almanachs et les livres de remédes
- d'autre part avec des thérapeutiques savantes.

Sans avoir entrepris un tel travail, j'ai pû me livrer, sur des points particuliers, à certaines comparaisons[18]. Je me suis alors aperçue, tout à la fois, qu'il n'y a pas de distinction nette entre médecine savante et médecine populaire, mais de constants passages, mais, par ailleurs, que l'on ne peut s'en tenir à l'idée que la médecine populaire n'est que la médecine savante déformée. Quand je compare les recettes telles que les ont collectées les folkloristes sur le terrain, à celles qui sont dans les livres de remèdes ou à celles de la médecine savante de l'époque ou des époques antérieures, je trouve, d'une part, une dimension symbolique et rituelle explicite plus importante –comme par exemple l'accent sur la couleur de l'ingrédient– et, d'autre part, une notion du corps plus globale, où on sent plus la dimension de la dureté des conditions de vie et du travail quotidien, et cela, malgré l'absence de contextualisation des folkloristes.

MAINTENANT, LE RÔLE DE FORMATION DE L'ANTHROPOLOGUE

J'espère avoir montré que, malgré les lacunes des collectes, il est possible d'en tirer tout un enseignement sur les représentations populaires du corps malade, qui

18. LOUX, F.; RICHARD, Ph.: "Du conforme au populaire: les différentes éditions du 'médecin des pauvres'", in *Populations et culture. Études réunies en l'honneur de François Lebrun*, AFL, Université de Rennes 2, 1989, pp. 205-213.

ne reprennent pas entièrement les catégorisations de la médecine savante. Je pense, pour ma part, que ce travail de déconstruction et de reconstruction peut avoir un sens pour l'anthropologie actuelle du corps et de la maladie. Plusieurs des points que j'ai soulignés, comme par exemple le rapport à la douleur, l'importance des flux, ou du sentiment de cohérence entre le remède et le corps malade, me semblent faire partie, encore maintenant, des grandes dimensions du rapport au corps.

Par ailleurs –et en cela je me rapproche de notre collègue Josep Maria Comelles[19] ou de nos amis italiens Paola Falteri et Paolo Bartoli[20]– je pense qu'entre l'anthropologie appliquée "entriste" à l'américaine et le refus de l'application qui est souvent celui de beaucoup de chercheurs français, il y a une autre voie, qui passe par un travail de formation des soignants, de sensibilisation à l'anthropologie. Pour ma part, j'essaye, dans les séances de formation que j'anime, de les aider à se dégager d'un mode d'appréhension partant de la médecine savante, à faire, en quelque sorte, ce que n'ont pas su ou pas voulu faire les folkloristes. Je pense –mais cela vient sans doute de ce que mon centre de recherche se trouve dans un musée– que nous sommes les dépositaires d'un savoir ancien dominé et présenté comme morcellé et qu'un de nos rôles est de lui redonner dignité et cohérence. En cela, les matériaux que je viens de présenter rapidement me sont d'une grande utilité.

19. COMELLES, J. M.; HERNÁEZ, A. M.: "La medicina popular. Los límites culturales del modelo médico?", *Revista de dialectología y tradiciones populares*, XLIX, 1994, pp. 109-136.

20. FALTERI, P.; BARTOLI, P.: "Usage social de l'anthropologie. Pour un éloge de la formation, in Italia. Regards d'anthropologues italiens". *Ethnologie française*, 1994, 4, pp. 531-548.

ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN

Ángel Aguirre Baztan
Universidad de Barcelona
Instituto de Antropología de Barcelona

La depresión es, actualmente, uno de los principales problemas sanitarios, a causa de su gran incidencia epidemiológica, constituyendo, a la vez, una patología de gran dimensión antropológica, porque afecta a todo el plano vital de la personalidad humana. Como dice Ballús (1989:9), "si un trastorno humano merece ser calificado de antropológico, aquel es la depresión", ya que pone al hombre en situación de "sufrir en todo el ser, sufrir por vivir" (Alonso Fernández 1988:14).

1. LA DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO CULTURAL

A la depresión se le ha llamado, a lo largo de los siglos, con tres nombres, antropológicamente, representativos: melancolía (de "melaina chole" o "atra bilis", es decir, "bilis negra", de acuerdo con la teoría humoral hipocrática; posteriormente, en la Edad Media se le denominó acedia, como uno de los pecados capitales, como tristeza y como pereza; finalmente, a partir del siglo XVIII, se la denomina depresión, para significar "hundimiento", "abatimiento", "descenso", etc. (Jackson 1989, Aguirre 1994):

> Melancolía, Acedia y Depresión son tres términos que esconden un pensamiento antropolo-filosófico profundo. En efecto, tres conceptos básicos han definido la metafísica occidental: Naturaleza, Dios y Hombre. Como hemos dicho, el mundo griego fue "cosmológico": la "physis" explicaba a los dioses y a los hombres; el mundo medieval fue "teológico": Dios explicaba

a la naturaleza y a los hombres; pero, el mundo contemporáneo ha sido "logológico": es el hombre el que explica a la naturaleza y a los dioses. La variación de este triángulo conceptual ha explicado, también, el discurso hipocrático-galénico de la teoría humoral (enfermedad "natural"), el discurso teológico-medieval (enfermedad "demoníaca") y el discurso logológico-contemporáneo (enfermedad "mental").

Así, el "homo depressivus" obtiene una referencia conceptual en el viejo discurso epistemológico de la metafísica, discurso que ha de ser, actualmente, reelaborado desde la antropología[1].

La antropología filosófica y la psiquiatría alemanas, tradicionalmente hermanadas por mutuas influencias, han definido la depresión como "tristeza vital", como "hundimiento vital". Así, K. Schneider, siguiendo a M. Scheler, afirma que la depresión afecta a todo el ser del hombre. Más tarde, Weitbrech, al hablar de las depresiones endógenas, vuelve a insistir, en su dimensión vital.

En este sentido, Alonso Fernández, en consonancia con los autores citados, nos dice que el sufrimiento del enfermo depresivo

es profundo y difuso, se infiltra en la mayor parte de los procesos psíquicos y corporales y suele asociarse con otros signos y síntomas que reflejan la falta de impulso, la pérdida de la comunicación y la irregularidad imperante de los ritmos biopsíquicos[2].

El depresivo es, quizá, el único enfermo que desea la muerte. Despegado, inhibido del mundo (Welt), con ideas de ruina y baja autoestima, se entrega al diálogo íntimo con la muerte con la que pacta el final de su sufrimiento.

La depresión no produce una mortalidad orgánica directa, sin embargo, no pocos autores han llamado la atención respecto a una *doble inmunodeficiencia*, una de *corte psíquico* y otra de *corte somático*.

En efecto, el abandono del deseo de vivir, la vivencia existencial de la muerte, pone al depresivo, muy frecuentemente, en la antesala del suicidio, como radical solución a sus problemas, siendo muy alta la tasa de suicidios por depresión, como se pone de manifiesto en los estudios epidemiológicos sobre el suicidio.

No menos importante es la inmunodeficiencia somática, producida por la depresión:

Los trastornos mortales cuya frecuencia aumenta en los depresivos, son múltiples: cardiocirculatorios (trombosis cerebral, hipertensión arterial, afección coronaria, etc.), digestivos (colitis o vómitos en personas de edad, desnutrición, etc. y metabólicos (descompensación de la diabetes y otros), así como una serie de procesos infecciosos y tumorales (afecciones oportunistas que se aprovechan del descenso inmunológico implicado en la depresión).

Los estudios de Watts (1966) y Kerr (1969) han establecido que los tumores malignos se desarrollan entre los sujetos depresivos con una frecuencia superior a la expectativa señalada por

1. AGUIRRE, A. (1994): *Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría.* Barcelona, Marcombo, 86.
2. ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1988): *La depresión y su diagnóstico.* Barcelona, Labor, 1.

la epidemiología, para la población general. Abundan argumentos (de índole inmunobiológica, metabólica y endocrina) para explicar esta sobre incidencia del cáncer entre los depresivos. En otros casos se invierte la flecha causal, apareciendo la depresión como un síntoma del proceso canceroso. Incluso, circula la hipótesis de que algunas depresiones podrían ser una especie de manifestación precoz del carcinoma potencial o el síntoma inicial del cuadro canceroso (Niemi y Jääskeläinen 1978).

El hallazgo preliminar de una asociación entre la alteración de la inmunidad y la intensidad de la depresión sugiere que el cambio inmunológico puede deberse a un proceso biológico subyacente a la depresión, pero todavía se desconoce si la alteración persiste o no después de la remisión del cuadro depresivo (Schleifer et al. 1985).

En la clínica no se debe abandonar la advertencia de que la depresión puede reducir la expectación de vida en ciertos trastornos físicos como el cáncer, la diabetes y la hipertensión arterial, con objeto de tomar medidas preventivas[3].

2. LA SINTOMATOLOGÍA COMO INTERACCIÓN CULTURAL

La depresión suele anunciar, en un 80%, su aparición a través de manifestaciones prodrómicas, siendo frecuentes las quejas hipocondríacas y los sentimientos de culpa.

Cuando aparece el síndrome depresivo, suele estar, básicamente, constituido por una *ritmopatía*, por una *discomunicación* con el mundo exterior y por un *hundimiento* disfórico producido por un *descenso de la impulsividad psicosomática*. Definido descriptivamente el síndrome depresivo se caracteriza por: trastornos de sueño-vigilia, enlentecimiento motor, enlentecimiento psíquico, baja autoestima, inhibición sexual y alimentaria, desconexión con el exterior, llanto e ideas de muerte.

Comentaremos algunas de ellas, desde su importancia cultural.

A

La temporalidad humana proviene de la vivencia que tiene el sujeto, al experienciar el tiempo desde la perspectiva de su ciclo vital y biográfico (lo que le proporciona identidad diacrónica).

La temporalidad humana está vinculada a la dimensión biográfica y se constituye en elemento cardinal de la identidad personal (soy el mismo aunque no sea lo mismo). Esta temporalidad biográfica queda rota en las psicosis esquizofrénicas, como se pone de manifiesto en la transhistoricidad del delirio.

Las dos formas de percibir el tiempo: la circular ("circuitus temporum"), repetida y cíclica, presente en los ciclos de la naturaleza (día-noche, ciclos lunares y mareas, estaciones y ciclo del año, etc.); y la lineal o histórica (los tres tiempos: pasado-presente y futuro) quedan dañadas en la depresión.

3. ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1988): *Op. cit.*, 15.

Se ha hablado de la gran endogeneidad de la madre Naturaleza que nos envuelve con sus anillos o ciclos cósmicos (ritmos endógenos o cronobiológicos) pero hay que advertir del "desfondamiento" humano, basado en la cultura, que hace del hombre un ser histórico, que, entre otras cosas, se plantea el tiempo de la identidad (biografía) y de la muerte (trascendencia).

- Entre los ciclos circulares sobresale el *ritmo circadiano* (Halberg) o unidad de 24 horas, que fundamentalmente se reparte entre el día y la noche (vida-muerte, luz-tinieblas, etc.). En el ritmo circadiano (circa diem) está inscrito el ritmo nictameral del sueño-vigilia que queda seriamente alterado en la depresión, en forma de hiposomnia y, más raramente, de hipersomnia, hasta el punto de que no se admite diagnóstico depresivo sin alteración de este ritmo.
  Desde el sueño fragmentado o escaso al sueño tardío, se pasa a un amanecer experimentado como "sufrimiento vital". El enfermo depresivo desea permanecer "como muerto" en la cama y no levantarse, porque no quiere vivir (el amanecer y la mañana son invitación a vivir y a la actividad). El depresivo suele experimentar sufrimiento por las mañanas y relativa mejoría por las tardes, siendo el atardecer y la primera parte de la noche, el mejor contexto temporal para el depresivo.
  Otros ritmos circadianos hacen referencia a la alimentación, al trabajo-descanso, extroversión-inhibición comunicativa, etc.
  Han sido, tambien, estudiados como agravadores de la depresión los desórdenes cronológicos debidos a vuelos transmeridianos, a cambios horarios, horarios laborales alternantes, anarquía y desorganización horaria, etc.
  Sin embargo, en los turistas, la anarquía horaria como liberadora del estrés laboral producido por un rígido control horario, se ha encontrado altamente beneficiosa.
  Los ciclos lunares afectan, fundamentalmente, a las mujeres y a ellos pueden asociarse, de algún modo, las irregularidades menstruales, como alteraciones frecuentes en las mujeres depresivas. Sobre todo, son significativos los transtornos depresivos premenstruales, y aunque se podría hablar de una depresión premenstrual específica, su sintomatología es difusa y su cuadro clínico, atípico.
  Más importantes son las alteraciones depresivas circanuales, sobre todo para los depresivos bipolares. Estas alteraciones se presentan, sobre todo, en los "pasos" de otoño (septiembre) y primavera (febrero) y en la movilidad de latitud (mejoría en desplazamientos hacia el sur y empeoramiento en los desplazamientos al norte.
  En todos los ciclos (circadianos, circalunares, circanuales) adquiere especial importancia el binomio luz-oscuridad.

En los ritmos circadianos, el depresivo huye de la luz de las mañanas, por lo que es recomendable la fototerapia (salir a la calle y exponerse a la luz del día, fuera del espacio inhibidor de la casa).
Lo mismo sucede con el alargamiento del día en primavera.
Vivir en valles sombríos, es casas o barrios poco iluminados, en zonas de niebla, etc. puede favorecer la aparición de trastornos depresivos, por el contrario, la exposición a la luz crearía hipertimia. El verano, con sus largos y luminosos días, presenta la tasa estacional más baja de depresión.

- La temporalidad lineal también queda seriamente afectada por la depresión, ya que el depresivo tiende a instalarse en el pasado, huye del presente y da las espaldas al futuro.
La linealidad progresiva de la vivencia biográfica queda notablemente enlentecida, a la vez que se renuncia a la conquista activa del futuro, en el depresivo.
En los maníacos existe una necesidad de multiplicar el tiempo y la actividad, mientras que en los depresivos la tónica es el enlententecimiento del presente y la renuncia al futuro.
En las psicosis esquizofrénicas la temporalidad de la muerte queda anulada, en pro de una eternidad; en la depresión el único futuro es la muerte (dejar de vivir, acabar ya de una vez con el sufrimiento). Para el depresivo el tiempo es sufrimiento, por eso lo ralentiza, lo seda, lo amortigua.
En conclusión, tanto la ritmopatía como la biografopatía constituyen dos quiebras de la temporalidad vital que afectan a la integridad e identidad del sujeto depresivo.

B

La descomunicación con el exterior por parte del depresivo implica dar la espalda a su perimundo (Umwelt), retirando la sintonía, tanto proxémica como kinésica con el derredor, transformando al mundo en distante y hasta hostil.
Abordaremos dos tipos básicos de discomunicación en el depresivo: el lenguaje y la afectividad.

- Cuando hablamos de *lenguaje* nos referimos básicamente al lenguaje hablado, pero no debemos marginar la importancia de otros lenguales como el escrito, el gestual, etc. así como los paralenguajes (risa, llanto, ritmo y tono del habla, actitud postural, etc.). Todo el comportamiento humano es comunicativo.
El depresivo se retira de la comunicación, desintoniza del "tú", a través de su parco lenguaje hablado, de sus gestos, de su desaliñada forma de vestir, de su alejamiento proxémico. No le interesa "lo que pasa" en el exterior, ni "lo que les pasa" a los demás. Se trata, pues, no sólo de una descomunicación, sino más

bien de una desvinculación existencial.
Desde Beck se ha insistido en la desconexión cognitiva del depresivo, pero este análisis queda corto si no se entiende la dimensión antropológica, vital y existencial de la depresión.
Sintomáticamente, advertimos en el depresivo un empobrecimiento cuantitativo y cualitativo de la comunicación, tanto a nivel sensorial como cognitivo y afectivo. "Como emisor, el depresivo se inhibe de conectarse, como receptor recibe los mensajes distorsionados".
A nivel sensorial puede detectarse una pérdida de olfato, auditiva, de vista, de gusto y hasta de contacto, pues algunos autores se han referido a la relativa insensibilidad hacia los estímulos placenteros y dolorosos (tolerancia relativa al dolor).
A nivel intelectual se advierte descenso de expresividad, falta de atención y memoria, falta de reflejos para seguir una conversación o un argumento discursivo con su lógica interna.

- El depresivo deteriora, también, el *vínculo afectivo* interpersonal, acentuando su soledad a la vez que necesita más ayuda. El depresivo no abandona, como el esquizofrénico la vinculación con el mundo exterior, sino que se inhibe de ella, quiere estar solo y cuidado. Algunos autores han negado este hecho en la manía, sin embargo la comunicación extrovertida en el cuadro maníaco no es normal sino autoreferente.
El depresivo se aleja de los demás porque no quiere ser una carga, e incluso llega a decir que si se muriera se acabarían todos los problemas, para él y para los demás. Para Freud esta autoagresividad latente en el autoaislamiento depresivo sería una consecuencia de la agresividad hacia el objeto que es vuelta hacia sí y cuyo grado máximo sería el suicidio. Kendell (1970) ha llegado a decir que en las culturas más agresivas y "homicidas" hay menos suicidios. Ciertas actitudes de jóvenes violentos en tribus urbanas, quizá se deban a la necesidad perentoria de huir de la depresión causada por la frustración y la falta de identidad.
Schulte (1961) puso de manifiesto la incapacidad de algunos depresivos para sentir tristeza ante la desgracia ajena (*Nicht-traurig-sein können*) y algunas madres depresivas, aunque dicen que no se suicidan por no dejar abandonados a sus hijos, confiesan que a veces se sienten culpables, porque les parece que han dejado de quererlos como antes.

Finalmente, el depresivo se siente no comprendido por los demás, que minimizan su dolor con frases como estas: "anímate, que no es para tanto", "quizá con un viaje te repondrías", "si trabajaras no tendrías tiempo para darle vueltas a la cabeza", etc.

Debo anotar, sin embargo, que la discomunicación es un fenómeno más propio de nuestra cultura occidental. Las culturas "primitivas" manifiestan su depresión de forma *más maníaca y colectiva*. Cuando alguien de la comunidad, o la comunidad, se encuentra deprimida ante una situación o pérdida, se reúnen y gritan y danzan frenéticamente hasta el paroxismo, como puede verse en ciertas prácticas caribeñas de "vudú", arrojando la agresividad hacia afuera. Este talante afrocaribeño puede ser un ejemplo de estas actitudes maníacas colectivas. Por el contrario, los occidentales se repliegan en su individualidad (*self made man*), lloran y se aislan, agrediéndose a sí mismos y deseándose la muerte. Ente contraste de actitudes pudo observarse en la II Guerra Mundial, cuando tropas británicas formadas por ingleses y asiáticos estaban a punto de entrar en acción. Mientras los ingleses estaban deprimidos y lloraban a solas en la trinchera, los asiáticos daban alaridos como danzando en grupo, lo cual era interpretado como valentía, mientras que no era sino otra forma de manifestar su depresión.

C

Comentaremos, finalmente, el hundimiento vital y vaciamiento impulsivo.

El hundimiento vital se caracteriza por la desvalorización de la vida, por la baja autoestima, por los sentimientos de indignidad, culpa y soledad, y por la incapacidad de experimentar placer (ahedonia), junto a una creciente hipocondría.

De todas las maneras, el complejo sintomático que acompaña a este humor depresivo varía en forma e intensidad según la cultura de los depresivos, por ejemplo existe más sentimiento de culpa en las personas (sobre todo judeocristianas) religiosas, mientras que se acentúa la hipocondría en personas con responsabilidad social.

Puede decirse que, en la cultura occidental, que reclama competitividad e individualidad responsable, es más acentuada la depresión ya que no todos tienen *capital psíquico* suficiente para hacerse líderes y competitivos. La vuelta al espíritu grupal atenúa y hasta hace desaparecer la depresión, a causa del menor gasto psíquico que supone un "nosotros" respecto a un "yo" (*self made man*).

Corporalmente, el hundimiento vital se manifiesta psicosomáticamente en la facies depresiva que expresa sufrimiento, en el progresivo enlentecimiento motor (empobrecimiento gestual, lenguaje pausado, astenia y adinamia), inhibición sexual y alimentaria, etc.

Beck, desde su teoría cognitiva de la depresión, ha insistido en el enlentecimiento psíquico, como disminución de la atención y la memoria, en la pereza para la abstracción y la hermenéutica, así como la falta de voluntad para tomar decisiones y aun el simple decidir qué se compra en el mercado.

El vaciamiento impulsivo lleva al depresivo a una amnesia anestésica, a un desinterés por la vida emocional y afectiva, a una desmotivación por los proyectos

de vida o de trabajo, llegando algunos depresivos a sentirse como paralizados y muertos.

En los jóvenes, estos síntomas se manifiestan a través del aburrimiento y la apatía.

Este descenso impulsivo, este repliegue energético, etc., contribuyen al "hundimiento" típico de la depresión.

3. ETNOETIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

a. Podemos distinguir con Alonso Fernández (1988) cuatro principales factores causales de las depresiones, que nosotros comentaremos desde la perspectiva antropológica: endógena, sintomática, situacional y neurótica.

La *depresión endógena* está marcada por la herencia biogenética y la delimitación de su cuadro clínico, intenso y completo, es discutido, presentándolo algunos como cualitativamente diferenciado de los demás.

Las *depresiones sintomáticas* son organizadas por trastornos orgánicos debidos a la acción de una enfermedad, de medicamentos o drogas, o de la acción médico-quirúrgica. Suelen distinguirse, las producidas por enfermedades físicas cerebrales, extracerebrales, farmacógenas, quirúrgicas y hospitalarias.

Las depresiones endógenas y sintomáticas son para ciertos médicos las depresiones propiamente dichas y las más numerosas; mientras que para los psicólogos representan un porcentaje inferior al tercio del total, considerándolas como las estrictamente médicas, por lo que su definición sintomática está más vinculada a lo biológico que a lo cultural.

Junto a ellas están las *depresiones neuróticas* (histéricas, obsesivo-compulsivas), sobre todo las de tipo anancástico, en las que no son infrecuentes los suicidios.

b. Por razones de espacio y tiempo, trataremos aquí y desde una perspectiva antropológica, las *depresiones situacionales*, las cuales son ocasionadas por acontecimientos vitales o por pérdidas y sobre las que tiene una especial atención la antropología.

En estas últimas, las situaciones depresiógenas vienen dadas por la *sobrecarga afectiva* que incide en el estado de ánimo, por la *sobrecarga emocional* que afecta al caudal de energías e impulsos, el *aislamiento traumático* o el *cambio brusco* de contexto espacio-temporal.

Entendemos aquí "situación" como interacción entre el sujeto y el ambiente, de apertura al mundo por parte del sujeto.

Comentaremos, brevemente, tanto los acontecimientos vitales como las pérdidas afectivas.

- Los acontecimientos vitales constituyen una incidencia aguda e intensa desde el exterior que suponen un cambio brusco y traumático del mundo y la vida del

sujeto, como: terremotos, incencios, guerras, prisión, secuestros, envenenamientos, hundimientos, etc.

El perimundo (*Umwelt*) cambia bruscamente y nuestra "situación" se ve amenazada a causa de un episodio extrabiográfico rápido e intenso.

En el "acontecimiento" vital la causa es ajena al sujeto, es social-ambiental. Sin embargo, Tatossian (1985) acentúa que el acontecimiento es "para el hombre", el cual recibe el impacto (situación antropocéntrica).

Después, v.g., de un terremoto donde han muerto personas queridas y han desaparecido casas y hasta ciudades, los supervivientes no suelen entrar inmediatamente en depresión, sino en una pequeña porción. La depresión queda larvada y aparece a lo largo de los seis meses siguientes y a veces hasta un año más tarde.

La incidencia de la depresión está vinculada a la capacidad de rehacer el "mundo" perdido, de reorganizarse después de la amputación traumática de su mundo.

El concepto de "acontecimiento vital" va pues unido al de "contexto social-cultural-ambiental" (mundo) del sujeto y su "pérdida" debe ser reconstruida o de lo contrario el sujeto debe reorganizarse un nuevo mundo, lo cual no resulta sencillo.

– La pérdida afectiva de un objeto amado (muerte de un familiar, separación, pérdida de estatus, desempleo, etc.) ha sido largamente estudiada como una de las causas básicas de depresión.

Los tipos de "pérdida" más importantes son:

- pérdida de la vida: muerte de la pareja (viudedad), de los compañeros soldados (excombatiente), de internados en campos de concentración (supervivientes), etc.
- pérdida de espacios: de la casa (donde nació, vivió, etc.), del barrio o pueblo (geografía infantil), derrumbes, traslados, distancias, etc.
- pérdida del estatus: paro laboral, descenso del nivel económico, jubilación, difamación, etc.
- pérdida por separación: divorcios, "nido vacío", desarraigo y emigración, etc.

Ya S. Freud, en su conocido trabajo *La aflicción y la melancolía* (1917), distinguía entre:

> La aflicción es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Bajo estas mismas influencias surgen en estas mismas personas [...] la melancolía en lugar de la aflicción[4].

4. FREUD, S. (1917): *La aflicción y la melancolía*. O.C. Madrid, Biblioteca Nueva, I:1075.

El dolor de la aflicción no lo consideramos como un estado patológico, mientras que el melancólico "sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido." "De este modo nos veríamos impulsados a relacionar la melancolía con una pérdida de objeto sustraída a la conciencia, en la cual nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente":

"En la aflicción, el mundo aparece desierto y empobrecido a los ojos del sujeto. En la melancolía es el yo lo que ofrece estos rasgos a la consideración del paciente"[5].

– El luto ha sido, tradicionalmente, un mecanismo de defensa contra la depresión producida por muerte. La muerte, por mucho que se espere, es siempre una sorpresa; la muerte por mucho que se justifique, nos hace "culpables". Los ritos del duelo funerario han sido interpretados, tradicionalmente, como: "horror a la muerte", "temor ante la vuelta del difunto" y "culpabilidad por sobrevivir". En el fondo, el duelo o luto no es otra cosa que el com-padecimiento de la muerte con el difunto, durante el tiempo en que la aflicción se disuelve en el tiempo consciente (en occidente, la duración del luto ha sido de un año, con una cierta prórroga "de alivio" durante medio año más, en algunos casos, tiempo en que se "olvida" al difunto).

El luto es más exterior, más grupal y compartido (menos coste psicológico al estar repartido) en las sociedades rurales o compenetradas.

El luto individualizado es de mayor coste psicológico y generador de un mayor porcentaje de depresiones, como sucede en el medio urbano.

El duelo consciente o luto es como un pacto con el muerto: tú has muerto, pero yo comparto la muerte (luto) contigo, la com-padezco y me cierro a la vida exterior a través de los rituales de luto. Como se trata de un duelo consciente, el tiempo de la conciencia disuelve la "culpa de la pérdida".

El duelo suele ser absolutamente riguroso en las "cuarentenas" o 40 días después de la muerte, en las que se practica el "luto total" de la inversión de la vida (Mandianes, 1984). Pasada esta cuarentena, la duración del luto puede ser psicológica (disolución psicológica de la pérdida en el tiempo consciente: seis meses, un año, año y medio) o sociocultural-convencional (de 1 a 3 años por el padre, la madre, hermanos o hijos; 1 año por los abuelos, etc.).

Los rituales del duelo son variados en todas las culturas, pero tienen algunos rasgos comunes.

– manifestación del desorden "cósmico" (del microcosmos del individuo y del macrocosmos de la comunidad). La vida se detiene tras la muerte de un

5. FREUD, S. (1917): *Op. cit.*, I:1076.

difunto o de un rey. Hay una anomia social, un caos: plañideras, conductas aberrantes (risas, burlas, juergas), teatralidad festiva que permite el paso del caos al cosmos.

- ritos de inversión. La muerte es la inversión de la vida, por lo que suele volverse por otro camino al regresar del cementerio, se hacen las cosas con la mano izquierda, se pone la ropa de la casa al revés, se entra en la casa hacia atrás, se detiene el ritmo de la vida (no se hacen trabajos pesados, no se lavan, no se afeitan los hombres, etc.) y otras formas de inversión.
- ritos de castración, al vincular la muerte del otro con nuestra propia muerte: prohibición sexual (la eyaculación como pequeña muerte), incisiones en la lengua, rapado del pelo, vestirse de luto con ropa de color mortuorio (negro o blanco). Estas castraciones, a menudo de orden sexual, abundan en los ritos iniciáticos, en los que la experiencia de la muerte es necesaria para la posterior regeneración y maduración.

Los entierros son para los vivos y por lo tanto su ritual es estricto y comporta una gran carga semántica (Thomas, 1983).

La *melancolía depresiva*, sin embargo, surge cuando no se acepta la muerte del otro, cuando masoquistamente se desea la propia muerte como "culpa" de haber "matado" intencionalmente al otro:

> Si oímos pacientemente las múltiples acusaciones del melancólico, acabamos por experimentar la impresión de que las más violentas resultan con frecuencia muy poco adecuadas a la personalidad del sujeto y, en cambio, pueden adaptarse con pequeñas modificaciones, a la otra persona, a la que el enfermo ama, ha amado o debía amar. Siempre que investigamos estos casos queda confirmada tal hipótesis, que nos da la clave del cuadro patológico, haciéndonos reconocer que los reproches con los que el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio yo[6].

La *depresión melancólica* es el luto inconsciente, allí donde nunca se disuelve la "culpa" porque existe la atemporalidad (el inconsciente es atemporal), que propicia el luto permanente:

> Cada vez que lo pienso, paréceme que no debo estar aquí. Manolo tenía los mismos años que yo; los dos teníamos 34. ¿Por qué tuvo que morir él y no yo? Yo no tengo por qué ser distinta, no tengo derecho a tener algo que él no tiene. Siento, aquí dentro, como si yo tuviera también, algo de culpa por esto. Es que soy cobarde y no tengo fuerza para hacerlo, pero mi deber era estar con él. Es algo que sientes y que no puedes decir a todo el mundo, pero ahora callo; tengo que desfogar esto[7].

6. FREUD, S. (1917): *Op. cit.*, I:1077.
7. GONDAR, M. (1991): *Mulleres de mortos*. Vigo, Xerais, 88.

nos dirá una "melancólica" depresiva.

Como desearse la muerte o suicidio está prohibido por la religión como pecado (rebelión grave contra Dios que es el dueño de la vida), por eso, el desconsuelo debe ser confesado (la confesión te autoculpa y te perdona) a la vez que la religión exhorta a la resignación.

La curandería popular imaginaba algunos remedios:

> Borrallo de Lagoa era, como decía anteriormente, especialista en "afrixoados", es decir, en deprimidos, pero también curaba locos. A estos últimos les "inventaba" una vida nueva, le cambiaba el nombre, y, a veces, de oficio. A los "afrixoados", decía, hay que convencerles de que no lo están, de que tienen algo de estómago o una piedra en el hígado o un catarro con flema; si se convencen de que no están deprimidos entonces se inquietan, se animan, se ponen en cura y compran las medicinas[8].

En realidad, muchos depresivos quieren antes operarse de algo, tener una enfermedad física, etc. que asumir el origen causal de su enfermedad, muchas veces la "pérdida deseada y no asumida".

Por eso, a pesar de las prohibiciones de la religión, exclaman: "Que Dios me perdone si pienso tantas veces que el único remedio eficaz sería la muerte".

La medicina popular, en la depresión por pérdida afectiva, suele prescribir formas rituales. De la misma manera que el ágape festivo del casamiento se celebra, a la vez, la despedida familiar del novio y la formación de una nueva pareja, de la misma forma, en la muerte se "celebra" la despedida de una familia y el reencuentro con los antepasados. La comida de ambas celebraciones es, en el fondo, una comunión de endocanibalismo y los elogios fúnebres una sublimación de la figura del difunto. Es curioso ver como, en los duelos, se alaba al difunto y se culpabiliza al superviviente.

Como conclusión diremos que al depresivo la medicina creencial le otorgará un triple grado de poder sanador: creer en algunos medicamentos, realizar algunos rituales y racionalizar/verbalizar el sentido de la pérdida. El curandero, de acuerdo con la predisposición del paciente, administrará uno o todos estos remedios y en la proporción que estime oportuna; *algunas medicaciones* como ciertas hierbas excitantes o la exposición al sol; *algunos rituales* de duelo por la pérdida de la casa, las cosechas o la muerte de un ser querido; y, sobre todo, la "confesión" de su "culpa", bien en forma de relato individual o de catarsis grupal, constituyen la definición positiva o curativa de la depresión en la medicina popular.

8. RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. (1989): "La depresión en la cultura y la medicina popular gallega". *Anthropologica*. 5-6 (1989), p. 139.

– La emigración ha sido consecuencia de la peste, el hambre y la guerra ("a peste, fame et bello, liberanos Domine") ya que estas tres realidades rompen las fronteras. Hoy, las emigraciones del campo a la ciudad, de un país pobre o en guerra a otro lugar más seguro, mueven millones de personas. Entre 1885 y 1970, por ejemplo, emigraron a América 1.346.667[9] gallegos de procedencia rural o marinera, de clase media-baja, con una infancia circunscrita a la familia, la aldea y la parroquia. Cuando el emigrante está lejos de su patria experimenta una gran nostalgia depresiva de "pérdida". Para el emigrante, su tierra natal es la tierra donde quiere vivir anímicamente, pero en la que no puede sobrevivir económicamente. Su ideal es "hacerse rico" fuera y "volver" triunfante a su pueblo, para vivir y morir en su tierra.

El tema de la nostalgia de los emigrantes no es nuevo. Desde que en 1569 se certificó la muerte de un soldado por nostalgia (*gestorben von heimwe*), hasta que en 1688 se acuña la palabra "nostalgia"[10], comienza una preocupación por el tema, aunque la medicina académica siempre quiso darle una explicación física[11], como el cambio de alimentación, clima, etc. desde una suerte de determinismo ambiental y cultural.

La nostalgia del soldado o del emigrante es depresiva, motivada por la pérdida de su mundo afectivo de referencia: geografía de la infancia, amigos y parientes, parroquia, cosmovisión local[12]. Es de notar que los emigrantes, habitualmente, no practican la religión en las ciudades donde trabajan y sí en su tierra, los días de vacaciones, al regreso a su pueblo natal. Como dice Mandianes "la religión popular va siempre unida a la iglesia local, cementerio o santuarios".

Algunas de estas formas depresivas son tratadas y curadas por los curanderos locales, los cuales envían a sus pacientes de romería a santuarios especializados en depresiones. También, la depresión de nostalgia se intenta curar "poniéndose en paz con los muertos antepasados, a los que arreglan las sepulturas y encargan misas para la redención de su pena.

El tema de la emigración, además de los problemas de identidad cultural que comporta (procesos de deculturación que facilitan toda suerte de trastornos mentales, como ha demostrado G. Devereux), sobre todo en las clases trabajadoras supo-

9. GONZÁLEZ REBOREDO X. M. (1995): "La identidad del emigrante gallego". *Anthropologica.* 18 (1995).

10. HOFEN, J. (1688): *Disertatio medica Nostalgia oder Heimweh.*
Cfr. FRIGESSI, D. (1988): "Il modelo de la nostalgia-malattia". *Antropología Médica.* 4 (1988), pp. 53-85.Cfr. GRIMBERG, L. y GRIMBERG, R. (1984): *Psicoanálisis de la migración y del exilio.* Madrid, Alianza.

11. Cfr. VILLA, J. L. (1969): "À propos de quelques problèmes de l'imigration italianne en Suisse". *Médicale Préventive.* 5 (1960). ZIMMERMAN (1962): *Der nostalgische Phänomen in zur Psychologie du Lebenskrisen.* Frankfurt, Adad. Verlagsgesellschaft.

12. TIZÓN, J. L. (1993): *Migraciones y salud mental.* Barcelona, PPU.

ne la pérdida del espacio rural de referencia que, junto a la vivencia de la familia extensa, construyó desde la infancia sus puntos de referencia. En esa cosmovisión las referencias a la religión popular (prácticas familiares, fiestas de las cosechas o del ciclo vital sobre nacimiento, matrimonio y muerte) son muy importantes.

El análisis etnomédico que se da a la depresión "nostálgica" del emigrante no se diferencia mucho del otorgado a la depresión por "pérdida" que reseñábamos anteriormente. Sin embargo, en las "pérdidas" por muerte, etc. el sujeto permanece y se siente "culpable", mientras que el emigrante es el sujeto desterrado y "muerto", arrancado de su vida cultural. Mientras la posición del emigrante es la de "desterrado", la posición del muerto sería la del "en-terrado" y la del superviviente, la del "a-terrado", si se me permite este juego de palabras. El muerto está en depresión (hundido en la tierra), el que sobrevive está en depresión (abatido en la tierra) y el emigrante en depresión (apartado de la tierra). Pero, aún hay un agravamiento de la depresión en el emigrante del que no habla la medicina tradicional y es cuando se da la circunstancia de otra marginación: la falta del trabajo. El emigrante fue a otro país para hacer frente a las necesidades de supervivencia y si fracasa en este empeño, por causa de ruina o desempleo, la vuelta a casa como un derrotado se hace insufrible y la marginación de la ciudad a donde fue a trabajar, intolerable. En esos momentos, la melancolía y tal vez el deseo de la muerte se avivan más que nunca. Para los remedios de emigración y paro laboral, los curanderos callan por que este mal no estaba en las antiguas listas de "males". Le queda la familia y con un poco de valentía, volver a su tierra a comenzar de nuevo.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, A. (ed.) (1993): *Diccionario Temático de Antropología*. Barcelona, Marcombo.

AGUIRRE, A. (1994): *Estudios de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*. Barcelona, Marcombo.

AGUIRRE, A. (1989): "Dimensión antropológica de la depresión". *Anthropologica*. 5-6 (1989), pp. 27-44.

ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1988): *La depresión y su diagnóstico*. Barcelona, Labor.

ARFUCH, L. (1995): *La entrevista, una invención dialógica*. Barcelona, Paidós.

ARIES, Ph. (1982): *La muerte en Occidente*. Barcelona, Argos-Vergara.

ARPIN, J. et al. (eds.) (1988): "Migrazione e salute mentale in Europa". N°. especial *Antropología Médica*. Brescia.

BADILLO, I. (1989):"Factores psicosociales de la depresión". *Anthropologica*. 5-6 (1989), pp. 83-113.

CABALLERO, M. y MORALES, F. (1967): *Problemas psíquicos de la emigración*. Madrid, P.N.A.P.

CASTILLA DEL PINO, C. (1981): *Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de Antropología dialéctica*. Barcelona, Edicions 62.

CHORON, J. (1967): *Der Tod im abendländischen Denken*. Stuttgart, Klett.

DE LLANOS, E. (1989): "Duelo y depresión en la adolescencia" *Anthropologica*. 5-6 (1989), pp. 165-180.

DEVEREUX, G. (1970): *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Ed. española en Barcelona, Barral, 1973.

FREUD, S. (1917): *La aflicción y la melancolía*. Trad. Ballesteros, Madrid, Edición Biblioteca Nueva, 1075-1082.

GASTO, C. (1989): "Melancolía, orígenes conceptuales antiguos". *Anthropologica*. 5-6 (1989), pp. 13-23.

GIROLAMO, G. (1993) "Diferencias transculturales en la depresión". *Focus on Depression*. 3, 2.

GONDAR, M. (1989): *Romeiros do Alén. Antropoloxía da morte en Galicia*. Vigo, Xerais.

GONDAR, M. (1991): *Mulleres de mortos*. Vigo, Xerais.

GONZÁLEZ, E. (1996) "Depresión cultural: antropología de la depresión femenina en la Galicia rural". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. XVI (59), pp. 411-426.

GRINGBERG, L. (1983): *Culpa y depresión. Un estudio psicoanalítico*. Madrid, Alianza.

JACKSON, S. W. (1989): *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid, Turner.

MANDIANES, M. (1984): *Loureses. Antropoloxía dunha parroquia galega.* Vigo, Galaxia, pp. 43 y ss.

MANDIANES, M. (1987): "La medicina popular gallega". *Anthropologica.* 2 (1987), pp. 45-62.

MARIÑO FERRO, X. R. (1988): *La medicina mágica (Hipócrates).* Vigo, Xerais.

PAYKEL, E. S. (coord.) (1985): *Psicopatología de los trastornos afectivos.* Madrid, Pirámide.

POLAINO LORENTE, A. (1989): "Factores sociales, cultura y depresión". *Anthropologica.* 5-6 (1989), pp. 45-66.

RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, M. (1989): "Contracultura y depresión en la adolescencia". *Anthropologica. 5-6* (1989), pp. 145-161.

RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. (1989) "La depresión en la cultura y la medicina popular gallega". *Anthropologica.* 5-6 (1989), pp. 133-141.

RUBIO SÁNCHEZ, J. L. (1989): "Depresión, agresividad y cultura". *Anthropologica.* 5-6 (1989), pp. 69-81.

SEPPILLI, T. (ed.) (1980): "La medicina popolare in Italia". N°. especial de *La Ricerca Folklorica.* Brescia.

THOMAS, L. V. (1983): *Antropología de la muerte.* México, F.C.E.

TIZÓN GARCÍA, J. L. (ed.) (1993): *Migraciones y salud mental.* Barcelona, PPU.

VÁZQUEZ, J. L. y DÍEZ, J. F. (1989): "La depresión en la comunidad. Una perspectiva sociocultural". *Anthropologica.* 5-6 (1989), pp. 117-129.

EL RECURSO A LO RELIGIOSO EN EL ITINERARIO TERAPÉUTICO

Rafael Briones Gómez
Universidad de Granada

El título de este artículo podría ser también la *dimensión sagrada de la búsqueda de la salud*. O, dicho de una forma un tanto simplista, que toda medicina es religiosa y toda religión es terapéutica. En mi trabajo de campo antropológico en la provincia de Granada, he podido comprobar empíricamente que, tanto la medicina popular como la medicina científica incluyen en sus interpretaciones y prácticas, de forma muy variada, sutil y camuflada, la relación con lo sagrado, dentro de un clima mágico y/o religioso[1]. Esta constatación se puede realizar si

1. A lo largo de este estudio voy a usar el término de *lo sagrado* para referirme a una realidad externa al ser humano, de difícil caraterización y sobre la que se han hecho muchos intentos (cfr. entre los más clásicos los de M. Eliade). La contraposición entre sagrado-profano es una construcción cultural de la realidad. Pienso que lo que podríamos aceptar es que, efectivamente, casi todas las culturas marcan una línea divisoria entre un tipo de realidades que serían del orden de lo empírico, natural, humano, controlable y otras que se escapan de la verificación, de la manipulación, de la medida y del control. Pero esa línea de división de la realidad estaría trazada de forma diversa por las distintas sociedades. Otros dos conceptos que van a ser barajados a lo largo del estudio serán los de *religión* y *magia*. A ambas las concibo como dos maneras de relacionarse con esas realidades que, previamente, cada cultura define y trata como sagradas. La experiencia de relación con lo sagrado sería común a ambas. Además, la búsqueda de la salvación en el sentido más amplio. Y esto sí que se puede constatar empíricamente. Su distinción vendría dada, más bien, según la concepción de Frazer –que me parece muy luminosa–, por la manera de relacionarse con lo sagrado. En el caso de la religión habría una actitud de sumisión y confianza del ser humano ante lo sagrado que deja en libertad a lo sagrado y en el caso de la magia habría una intención y actitud de manipulación y dominio de lo sagrado. El medir las actitudes en los casos concretos para poder determinar si una forma dada es religiosa o mágica es lo problemático. Mi trabajo de campo en la religión popular me aporta cantidad de ejemplos. Por eso creo preferible hablar de un continuo mágico-religioso en el que se podrían apreciar polarizaciones en torno a uno de los dos polos.

consideramos en su totalidad procesual el itinerario terapéutico que cada asistible va elaborando sincréticamente en el seno de la familia, redes sociales e instituciones entre las instancias y ofertas terapéuticas que se le ofrecen, unas hegemónicas, otras subalternas (Briones, R. 1994:24-26; Comelles, J. M. 1985). Situándonos, pues, en este itinerario terapéutico inherente a todo proceso terapéutico global y a toda historia de salud/enfermedad, se podría afirmar que el recurso a lo religioso aparece casi inevitablemente, de múltiples formas y en momentos diferentes de dicho proceso según las situaciones y personas.

Y esto no sólo en la medicina popular, donde lo mágico-religioso-terapéutico ocupa un espacio considerable, frente a la medicina científica que se presenta como eminentemente empírica y racional. F. Laplantine hace ver cómo la medicina popular campesina se desarrolla en cuatro dominios diferentes que con frecuencia están interrelacionados: a) *la farmacopea popular y la medicina empírica*, b) *la devoción a los santos curanderos*, c) *la utilización de oraciones y rituales secretos por parte de curanderos que han sido iniciados* y d) *la interpretación y tratamiento de la enfermedad en clave de brujería y hechicería*. De estos cuatro sectores los tres últimos están claramente dentro de este ámbito de lo mágico-religioso (Laplantine, F. 1978:103). Lo mismo podríamos decir de la llamada religión popular, que aparece como eminentemente terapéutica y centrada en el cuerpo (Briones, R. 1990:75-83), en contraposición a la religión institucional, mucho más centrada en la salvación del alma y en el más allá, al menos en el caso del catolicismo.

También en las ofertas terapéuticas de la medicina oficial, que como acabo de decir se fundamentan en una lógica empírico-racional, el recurso a lo religioso se introduce en muchos casos inconscientemente en el clima y en las relaciones que se instauran entre terapeutas y enfermos, y, en otros, por parte de los enfermos que, en la gestión de su propio itinerario, incorporan a la instancia médica oficial otros recursos del orden de lo religioso. Igualmente, en el ámbito de las creencias y de los rituales de la religión institucional también hay que señalar que, de forma heterodoxa, se da por parte de los fieles una utilización y un enfoque de dichas creencias y prácticas en clave utilitaria, corporal y terapéutica.

Se ha separado demasiado lo simbólico y lo técnico, la religión y la medicina en la gestión de la salud. La crisis actual de las instituciones religiosa y médica se explicaría, en parte, por este olvido de la globalidad del ser humano que busca un sentido a su existencia espiritual y corporal, interior y exterior. Este fallo se ha puesto en evidencia, en parte, por el fracaso de la medicina moderna occidental exportada a los países del Tercer Mundo, que no ha sabido adaptarse a las culturas locales donde lo simbólico y lo religioso siguen teniendo un papel importante. Incluso en el mundo desarrollado de Occidente recientes estudios están poniendo de manifiesto que los curanderos, videntes y magos no sólo no han dejado de existir sino que incluso están experimentando un incremento (Rodríguez, P. 1992:25-43; 347-351). Probablemente

el éxito y la eficacia de estos terapeutas populares estaría en que, a diferencia del médico o del sacerdote, toman en consideración la persona entera y entablan con ella una relación donde se suprimen los límites que ordinariamente se le asignan al cuerpo, una relación que anula la distinción entre lo interior y lo exterior, entre el yo y el otro.

Este planteamiento separatista y exclusivista que la civilización cientista ha propiciado en Occidente en las relaciones de religión y medicina no coincide ni con las relaciones que ambas instancias han mantenido en la historia de las diferentes civilizaciones ni con la manera de gestionar la salud la gente que he podido entrevistar en el trabajo de campo; el recurso a lo religioso no se vive como incompatible, rival o excluyente de la medicina científica; se adopta la estrategia complementaria del "y ... y" y no la del "o ... o". Se trata de dos caminos complementarios en la búsqueda de una salud global de la persona que no se queda en el funcionamiento biológico de una máquina sino en una existencia con sentido en la totalidad de la persona que vive en una sociedad y ecología determinada. Habría, pues, que reunificar dos conceptos que al haber sido separados se han empobrecido: el de salud –que se ha reservado para la medicina– y el de salvación que se le adjudicó a la religión.

Estos son, en resumen, los argumentos que a continuación voy a ir desarrollando. Aunque se expresan como algo general todos ellos son conclusiones que he podido sacar de mi prolongado trabajo de campo y se ofrecen como hipótesis que habría que contrastar en otras áreas culturales.

I. RELIGIÓN Y MEDICINA: DOS ENFOQUES DE UNA SOLA TERAPIA GLOBAL

La propuesta filosófica de R. Panikkar podría ilustrar esta situación actual de dualismos y de separación entre religión y medicina, que se contradice con la práctica real histórica, incluso de las sociedades actuales, en que van juntas. Su categoría de "ontonomía" puede ayudar a superar la separación arbitraria, la yuxtaposición y la confusión de niveles y perspectivas de la realidad que, apareciendo como diversas, pertenecen, sin embargo, a la misma totalidad. La "ontonomía", frente a la autonomía y a la heteronomía, que serían las causantes de estos dualismos, orienta hacia una forma nueva de "distinguir para unir", de articular los órdenes de la realidad. Captar y realizar la unidad de origen y de finalidad de lo real sin ignorar ni desactivar la variedad y pluralidad de lo real. Con su ingente obra R. Panikkar intenta *plantear el sentido global de la aventura del hombre sobre la tierra* (Panikkar, R. 1986:12). Al concretar esta nueva fase, que se podría llamar post-histórica, en la que la humanidad debería entrar, dice:

> La época de las especializaciones, que tanto han aportado al hombre –aunque a tan alto precio– debe terminar, si es que tenemos que sobrevivir como globo terráqueo. Especialización es

aquella actividad que se acerca a un sector de la realidad como un método tan "específico" que no permite ser aplicado al resto de las cosas. Pero como el hombre no puede renunciar a una visión de la totalidad, el peligro de la extrapolación es entonces palmario. Se quiere comprender la totalidad extrapolando el uso de un método específico. Así se han producido no sólo el cientifismo, pragmatismo e historicismo, sino también la visión meramente objetiva, como la puramente subjetiva de las cosas y demás compartimentos estancos: en una palabra, la fragmentación del saber y aun del quehacer humanos. Muy distinto a la especialización es el método de la concentración que no divide en segmentos la totalidad sino que participa de ella, buscando centros en los que confluyen aquellas facetas de la realidad que investigamos (Panikkar, R. 1986:12).

Aplicando su teoría al tema de las relaciones entre medicina y religión, Panikkar critica un concepto biologicista, mecanicista y economicista de la medicina y de la salud que, aunque está siendo cada vez más contestado desde diferentes frentes, sin embargo, sigue siendo hegemónico en el estado actual de la humanidad. Rechaza el dualismo que se basa en una autonomía de medicina y religión y repudia también la heteronomía que se derivaría de un monismo. No se trata de una medicina religiosa, esto es, condicionada o guiada por consideraciones "religiosas", ni tampoco de una religión "médica", esto es, dirigida a la mera curación del compuesto humano. En ambos casos las dos palabras, medicina y religión, están utilizadas de forma impropia. Medicina y religión deberían ser, por el contrario, las dos caras de una misma realidad. La primera subrayaría el arte de adquirir y conservar la salud. La segunda acentuaría el carácter último de este bienestar o plenitud del ser humano y los medios a él conducentes. Religión y medicina se encuentran la una a la otra cuando se enfrentan con la muerte; pero se encuentran atónitas delante de un misterio. "No son ni dependientes ni independientes sino intradependientes; están interconectadas porque forman parte de un todo" (Panikkar, R. 1986:20). La relación entre medicina y religión muestra la necesidad de una superación de sus repectivos conceptos aisladamente considerados. Y esto se lograría por la fecundación mutua de las nociones tradicionales de medicina y religión con nuestra visión contemporánea, que generaría una actitud humana fundamental que R. Panikkar la define con ayuda de dos conceptos, uno de la tradición griega, la *eudokía,* y el otro sánscrito, el *dharma.*

[eudokía es] aquella actitud fundamental de buena voluntad, decisión y aspiración, que responde positivamente a lo que viene de fuera (la trascendencia) porque sabiéndolo aceptar lo asimila y en ello se descubre la plenitud y felicidad personales... Ella representa el maridaje armónico entre la inmanencia y la trascendencia. En esto reside nuestra dignidad... Cuando la medicina y la religión se fecundan dan lugar a la eudokía como aquella actitud humana fundamental que ha superado, sin desconocerlas, las dicotomías entre individuo y sociedad, este mundo y el venidero, lo interior y lo exterior, el conocimiento y la voluntad (Panikkar, R. 1986:25).

Dharma es una palabra clave de toda la concepción hindú y posiblemente asiática... Es aquello que mantiene a los pueblos en cohesión armónica, dice el Mahabharata... Es la contextura misma del universo. Es la red cuyos nudos son las personas mismas... Es aquello que mantiene cada ser en un lugar del universo (Panikkar, R. 1986:26).

La introducción de estos dos vocablos quiere sugerir una triple superación de la modernidad: del individualismo por una parte (medicina y religión limitadas al individuo), del antropocentrismo por la otra (medicina y religión limitadas al hombre) y del dualismo, por una tercera (medicina para este mundo –salud–, religión para el otro –salvación–, etc. (Panikkar, R. 1986:26).

La hipótesis central de R. Panikkar es que

hemos sufrido una tal erosión de nombres que nuestros dos vocablos de medicina y religión no sirven para indicar lo que primigeniamente querían significar ni para vehicular una visión del mundo que integre las aportaciones de otras culturas y el impacto de la modernidad. Religión hoy día sugiere antes la idea de una institución que aquella dimensión la más profunda del hombre. Medicina sugiere una tecnología y también una institucionalización muy lejana del arte de conservar o adquirir la plenitud humana a la que el ser humano no puede menos que aspirar ya desde esta vida (Panikkar, R. 1986:26).

Con un ánimo de repristinización de los términos en vistas a esta mutua fecundación, Panikkar dedica una serie de análisis lingüísticos eruditos y sugerentes sobre la etimología de *medicina, salud* y *religión*. De todos ellos se concluye que no hay medicina sin "medicatio y meditatio" (p. 28), que "no hay salud sin salvación ni salvación sin seguridad" (p. 31) y que la religión tiene una función medicinal que consistiría en "adquisición de la armonía interna de la persona" (p. 33).

Estos lazos preferenciales de la religión con la medicina popular que R. Panikkar muestra están presentes en el lenguaje tienen también raíces históricas muy profundas. En Occidente, en un momento dado –que se intensifica a partir de la Ilustración– se optó, como algo irremediable y absolutamente acertado, según el progreso de la Humanidad, por separar lo simbólico de lo técnico, la religión de la medicina. A partir de entonces los sujetos humanos sufren una esquizofrenia y descomposición. Durante la primera mitad de la Edad Media occidental, la curación de los cuerpos junto con la de las almas fue una tarea privilegiada de los religiosos. Será a partir del s. XII, y sobre todo del s. XIII, cuando se empieza a dar una ruptura institucional entre la Iglesia y la Medicina, que se consumará plenamente al final del s. XVIII (Poucelle, M. Ch. 1978:108). M. F. Morel ha mostrado cómo la curación de los cuerpos durante mucho tiempo ha estado asociada a la de las almas, siendo una misma la institución que asumía lo que en la sociedad secularizada actual está separado. En un magnífico análisis de la figura del cura-curandero muestra cómo el cura de aldea está cercano a los campesinos y habla su lenguaje. Por ello su medicina está más próxima a su cuerpo, a sus sufrimientos y da más posibilidades de diálogo que el médico, que no deja de ser un notable. Algo así pienso que ocurre hoy con los curanderos de la medicina popular que, en parte, serían continuadores de estos curas curanderos (Morel, M. F. 1978:55).

Los orígenes religiosos del arte de curar son evidentes en el Egipto Antiguo, en Mesopotamia y en la Grecia Antigua. Su fundamento teórico estaría en la concepción de que la salud del cuerpo depende de la del alma y viceversa.

El cristianismo de la Alta Edad Media dará un nuevo vigor a esta medicina religiosa. Tras la caída del Imperio Romano se frenó la implantación y el desarrollo de

médicos laicos que se había iniciado en los últimos siglos. Toda la ciencia médica se refugió en los monasterios. Las grandes escuelas de medicina (Salerno y Montpellier) son creadas y animadas por clérigos. Son monjes y canónigos los que mantienen las enfermerías y hospitales. Toda la concepción cristiana del mundo tiende a esta fusión entre religión y medicina:

> la enfermedad es considerada como un castigo enviado por Dios a los que han pecado; como los pecados, las enfermedades pueden ser borradas por los sacramentos: la Extrema Unción puede, en ciertos casos, devolver la salud a los moribundos; el Bautismo, la Penitencia y la Eucaristía pueden curar los cuerpos de una manera tan visible como las almas (Morel, M. F. 1978:56).

Con esto la medicina propiamente dicha permanecerá durante siglos como responsabilidad exclusiva de los hombres de Iglesia. Cuando se crean las grandes Facultades de Medicina en el s. XIII todos los profesores son canónigos y la mayoría de los estudiantes clérigos. Para ejercer la profesión médica será requisito indispensable el haber recibido al menos las órdenes menores con las que se formaba parte del estamento clerical.

El proceso de laicización entre el profesorado y los estudiantes de medicina empezará ya en el s. XV. En 1452 el cardenal de Estouville reforma los estatutos de la Universidad de París, eximiendo del celibato a los estudiantes y doctores en medicina. En 1500 la Facultad de Medicina sólo cuenta ya con tres eclesiásticos entre veintiún doctores. Con anterioridad a esta fecha (por ejemplo, en el concilio de Tours, en 1163), la Iglesia misma empieza a prohibir a los clérigos el ejercicio de la cirugía, dando motivos teológicos para restaurar la disciplina monástica.

Sin embargo, se encontrarán ilustres ejemplos de eclesiásticos que hasta finales del s. XVII continuarán ejerciendo la medicina y la cirugía en el entorno de los Papas y los Reyes. No obstante, la opinión que se irá imponiendo será que la práctica y el arte de curar no es conciliable con la dignidad eclesiástica. Por ello los casos que se seguirán dando se verán como excepciones.

Y por lo que toca a la medicina rural, hasta mediados del s. XVIII seguirá siendo de naturaleza eminentemente religiosa. Los médicos laicos con título no tienen todavía en esta época el dominio de un saber que los haga verdaderamente eficaces, mientras que los curas-médicos son bastante mejores terapeutas[2]. La razón vendría

2. Es sumamente ilustrativo de esta medicina rural de naturaleza religiosa el caso que M. F. Morel presenta. Se trata de J. P. Rome d´Ardène, sacerdote del Oratorio, que vivió en una aldea la Vaucluse, que coleccionaba y clasificaba plantas de Provence y que practicaba con los que se le acercaban una medicina empírica y caritativa. En 1759 publicó en Avignon dos volúmenes con el título *Lettres intéressantes pour les médecins de profession, utiles aux ecclésiastiques qui veulent s´appliquer à la Médecine et curieuses pour tout lecteur*. Pretendía convencer al Señor del lugar y a un eclesiástico amigo suyo de que es útil al bien público el que los eclesiásticos practiquen la medicina.

dada por el nivel de medicalización del medio rural en el s. XVIII descrita por el P. Rome d´Ardène para el caso francés:

> Los médicos allí son escasos; casi todos los médicos están en las ciudades. Por eso los enfermos son cuidados por las personas de buena voluntad local entre los que están el cura como el más activo. Se trata, pues, de una medicina práctica y popular, inspirada en los principios de Hipócrates y de la Escuela de Salerno: "mens hilaris, requies, moderata dieta", la moderación es la llave de la salud y de la curación y la dieta el gran remedio universal (Morel, M. F. 1978:61).

El papel sanitario de los curas rurales se ejercitaba canalizando la distribución de "cajas de remedios" contra las enfermedades más frecuentes. Se encargaban, además, de vigilar y controlar a las parteras y nodrizas del pueblo, y, en los albores del s. XIX, serán los propagadores de la vacunación contra la varicela. En palabras de Morel se trata de "un personaje a caballo entre dos mundos, ambiguo en muchas de sus funciones, y una figura fundamental de toda la comunidad rural del Antiguo Régimen" (Morel, M. F. 1978:62).

Si saltamos al s. XIX veremos que el proceso de laicización va a operar una curiosa inversión: en el campo el médico ya no será el cura; será un laico pero que se va a comportar en su quehacer terapéutico como un cura, fiel al modelo terapéutico eclesiástico de siglos anteriores. Van a recuperar el componente sacerdotal en la función terapéutica. El poder empírico se verá de esta manera reforzado por el poder simbólico que viene de lo religioso. El movimiento de la medicina hacia la laicización y secularización y la eficacia material le harán perder esta dimensión simbólica, este sacerdocio médico.

II. LOS CLIENTES DE LO RELIGIOSO-TERAPÉUTICO

A estos argumentos etimológico-filosóficos e históricos que brevemente he resumido para poner de manifiesto la inevitable conexión y fecundación mutua de medicina y religión, quiero añadir en el resto de este estudio una serie de conclusiones generales de mi trabajo empírico. Metodológicamente he optado por la generalización de conclusiones, evitando la abundancia en referencias empíricas y citas por ganar en claridad del planteamiento del tema.

La enfermedad es un hecho procesual asumido por el conjunto de los grupos primarios que rodean al paciente. No se trata, pues, de un fenómeno individual sino colectivo. Desde este presupuesto se podría afirmar que en el itinerario terapéutico de cualquier proceso de salud/enfermedad aparecerá en un momento dado y de formas variadas el recurso a lo religioso. En este sentido, aun en el caso extremo de que el paciente se plantee la enfermedad de una forma totalmente profana, he podido constatar que en el conjunto social que rodea al mismo y a lo largo de todo el proceso, en su itinerario terapéutico, de alguna manera está presente este recurso a

lo religioso. Podríamos, según este criterio de las personas, establecer tres tipos ideales más frecuentes de recurso a lo religioso:

1. *El recurso primero y fundamental*: sería el que realizan aquellas personas cuya primera y mayor confianza para conservar o recuperar la salud la ponen en lo religioso-mágico. Lo cual no obsta para que también acudan a otras instancias terapéuticas no religiosas a las que, sin embargo, menosprecian o ven como complementarias o secundarias. En algunas culturas este es el perfil predominante. En nuestra propia cultura occidental este tipo de personas es minoritario. Hay un juicio social predominante que tacha dichos comportamientos como atrasados, incultos y supersticiosos. Se encuentra con cierta frecuencia entre los clientes asiduos de los curanderos, sobre todo en aquellos más fanáticos.
2. *El recurso siempre presente y concomitante*: sería el de aquellas personas que acuden en primer lugar en un caso de enfermedad o que cuentan habitualmente para la conservación y prevención de su salud con los remedios empíricos, científicos e institucionales; pero también, desde el principio y de una manera concomitante, activan el recurso a lo religioso en sus diferentes formas como refuerzo o suplencia. Se verían tocados por este recurso una amplia capa de la población. El perfil de los miembros habituales y más activos vendría dado por un predominio de mujeres, de una edad madura, de instrucción baja, de recursos económicos bajos, de origen rural y de una religiosidad sensible a lo mágico. Lo cual no obsta para que también se de con una frecuencia alta en otros perfiles socio-económico y culturales.
3. *El recurso de las situaciones desesperadas*: en este grupo encontraríamos un perfil variadísimo de personas que se definirían por compartir una situación de enfermedad incurable o crónica o a los que la medicina ha desechado y que, sin embargo, en su deseo de buscar una solución o un alivio intentan otras alternativas "por si acaso", aunque sus creencias no sean fuertes. Podríamos aportar casos de distinguidos profesores de Universidad, que han hecho alarde de progresistas y agnósticos cuando no combativos de la creencia y que, cuando este tipo de situaciones les ha llegado, han acudido a curanderos o a determinadas romerías de santos milagrosos. En algunos casos ellos mismos en persona, en otros por delegación de algún miembro de la familia o red social.

III. FORMAS DE LO RELIGIOSO-TERAPÉUTICO

Por *religioso terapéutico* entiendo la experiencia de la relación con lo sagrado por mediaciones muy variadas en la que, básica y primordialmente, se busca la

recuperación o el mantenimiento del bienestar de la persona, tanto en su cuerpo como en su espíritu y en todas las esferas de la existencia. Sus características más importantes serían, por tanto, el *utilitarismo* (se acude a lo sagrado buscando un interés personal) y el *materialismo* y la *globalidad* (se trata de una salvación y bienestar que no se plantea en la otra vida del más allá de la muerte sino que se centra en el cuerpo, incluyendo su mente y su espíritu y las relaciones de la persona en los ámbitos familiares, sociales, ecológicos, económicos, laborales y políticos.

En mi trabajo de campo, analizando la Religión Popular en Andalucía y el Curanderismo, una de las conclusiones firmes a las que he llegado es, precisamente, este carácter terapéutico del catolicismo andaluz. Lo que pretendo en este apartado es sistematizar de alguna manera esa mezcla continua de religión y salud con la que continuamente de formas variadísimas me he ido encontrando. Mis análisis tienen un valor particular de explicación y sistematización de lo andaluz-granadino y una pretensión de generalización teórica de este campo de la antropología de la salud aportando materiales de comparación con otras áreas culturales y esbozo de posibles hipótesis.

1. La mediación personalizada: los "santos milagrosos" y los "curanderos"

Esta modalidad de religioso-terapéutico se daría cuando la vivencia de lo sagrado se da en contacto con una persona a través de la cual se accede a la salud, porque dicha persona se constituye en *canal* o en *depositario* del poder curativo. Estas personas pueden estar ya muertas o vivas. Según esto nos encontramos con dos formas bastante representativas de lo religioso-terapéutico: los "santos milagrosos" y los "curanderos".

1.1. Los "santos milagrosos"

La gente usa el término *santo* para referirse a la concentración de lo sagrado en una imagen que recuerda a una persona humana. En este sentido el término santo incluiría también en el vocabulario de la gente a las Vírgenes y a los Cristos.

El culto a los santos en el catolicismo presenta dos vertientes principales: por un lado, el santo como *modelo de virtudes y ejemplo de vida* que hay que imitar; por otro, el santo como *milagroso y protector*, por ser allegado, intercesor o depositario del poder de lo sagrado (Brown, P. 1981).

A riesgo de simplificar, se podría decir que la religión institucional se ha situado en la primera vertiente y que el catolicismo popular, consecuente con su característica predominante del utilitarismo, ha privilegiado la segunda.

Cuando la gente, en su planificación terapéutica, se pasa información sobre los santos, las características de garantía a las que se refiere no son sus virtudes. Se dice, más bien, que son "muy milagrosos" (Gómez, P. 1994:51-52). Pero incluso la

Iglesia Oficial da un gran valor al milagro en la definición de la autenticidad de la religión, porque para probar las virtudes (primera vertiente del culto a los santos donde residiría lo auténticamente religioso) el criterio decisivo es también el milagro. En la mayoría de los casos el milagro está relacionado con esta búsqueda integral de la salud, aunque a veces la función del prodigio es la de refrendar la autenticidad de alguna persona por su cercanía al poder que manifiesta. Esto nos llevaría a decir que desde la práctica social de la religión, en sus versiones tanto popular como institucional, lo auténticamente religioso es necesariamente terapéutico.

Estos santos mediadores del milagro se han ido especializando en la solución y cuidado de las diferentes necesidades corporales, sicológicas y socio-culturales que componen un estado ideal de salud integral. Así la tradición del grupo religioso ha ido estableciendo un catálogo de santos especialistas de la salud o santos sanadores (*Santos Sanadores*, 1948). Algunos de ellos han alcanzado fama internacional dentro del catolicismo y su difusión cultural ha sido grande. Por ello los encontramos en diferentes áreas culturales. Otros son de ámbito local. Pero lo que queda de manifiesto en la tradición religiosa judeo-católica es la conexión de poder de curación de la enfermedad y persona elegida. Así, ya en la Biblia se habla de un primer milagro de curación operado por Moisés cuando, mostrando la serpiente de bronce al pueblo, curó a todos los que habían sido mordidos por reptiles (Núm. 21, 6-9).

La Virgen María, en sus innumerables invocaciones, estaría a la cabeza de los *santos* más significados a los que se acude en todo tipo de casos de enfermedades graves o de cuidado preventivo de la salud. Y todos los otros santos venerados se les tomará como intercesores, buscando siempre en ellos una especialización. Los criterios para "especializar" a los santos serán, además de su unión con el poder de lo sagrado, las conexiones personales históricas o simbólicas que dicho santo tuviera con la enfermedad o con el ámbito de la salud del que se le constituye en abogado. Así San Cosme y San Damián serán los patronos de los médicos por haber ejercido ellos mismos como médicos; San Roque, en el área mediterránea, será el indiscutible auxiliador contra la peste, por haber sido él mismo atacado por la peste a mediados del s. XIII en Piacenza y por haberla superado por mediación divina; el Santo Job será el protector de la lepra por haber sufrido él mismo esta enfermedad y también haber sido liberado de ella por Dios. Hay, pues, una relación de consustancialidad o de homeopatía entre la enfermedad que se quiere remediar y aquella que el santo ha padecido y superado, porque el poder de lo sagrado lo asistía y acompañaba. Santa Apolonia cura los dientes porque a ella le destrozaron la mandíbula y San Pantaleón cura las heridas porque él murió quemado.

En nuestra investigación sobre las fiestas en la provincia de Granada hemos podido constatar que, en la elección del patrón o patrona del pueblo, el motivo más frecuentemente aducido es el de la búsqueda de protección ante una gran necesidad material de enfermedad, catástrofe o muerte. Con ocasión de las epidemias de peste que en la Edad Media y principios de la Edad Moderna se dieron en Occidente san-

tos como San Roque o San Sebastián se consagraron como patrones de calidad. A lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX se puede comprobar que muchos pueblos, en circunstancias parecidas de epidemias, adoptaron a dichos santos como patrones en muchos casos mediando un voto o promesa pública.

De esta forma se podría afirmar que cada grupo social dispone de una información sobre los santos especialistas para las distintas enfermedades. F. Laplantine refiere que en Berry (Francia) existen aún señoras mayores que "eligen o sortean los santos". Su función es la de establecer un diagnóstico instrumental que indique la identidad del santo que se debe consultar, el lugar donde hay que ir y el número de visitas (Laplantine, F. 1978:96).

En conexión con los santos milagrosos se encuentra el tema de los *santuarios* y *peregrinaciones,* que constituyen una de las condensaciones culturales más importantes en este tema de la búsqueda de la salud por lo religioso. Esta modalidad de lo religioso-terapéutico se realiza, pues, de una manera eminente en las visitas que, privada o colectivamente, se realizan al santuario, el lugar de los santos, el lugar sagrado donde está la imagen (Briones, R. 1996). Se trata de un desplazamiento, un cambio de lugar y de esfera, cargado de significación y orientado a la búsqueda de una eficacia terapéutica. Se pretende el paso de la enfermedad o la miseria a la salud y a la plenitud precisamente por medio del contacto con lo sagrado, presente en el mediador personalizado en el santo especialista, patrón o en la Virgen o Cristo. En su forma plena la peregrinación es un acto social y colectivo que tiene lugar, festiva y solemnemente, una vez al año como momento privilegiado de eficacia curativa. Pero, en virtud de este enraizamiento grupal de la protección, se dan también las visitas individuales al santuario a lo largo del año, que tendrían sentido y eficacia por referencia a este momento colectivo.

La vigencia e incluso la revitalización de algunas romerías-peregrinaciones en el momento actual no se puede explicar por su orientación expiatoria o indulgenciaria propia de la sacralidad de la época medieval y tan ajena al secularismo actual. Habría que buscar una explicación, más bien, por un lado, en esta finalidad terapéutica de que estoy hablando; además, por las aportaciones festivas e identitarias que comportan las peregrinaciones (motivación que no estaría, por otra parte, tan alejada de un concepto amplio de salud en su dimensión socio-cultural al que, desde el principio de este artículo, me estoy refiriendo) y, finalmente, considerando las peregrinaciones como un culto cósmico que ofrecería ocasiones de un turismo ecológico (Dupront, A. 1978:128-138).

Testigos de esta búsqueda de salud global en la relación con los santos milagrosos en las peregrinaciones colectivas son los *exvotos* que dejan las personas en los santuarios (Lautman, F. 1978:148-151; Rodríguez Becerra, S. 1980). Ellos nos hablan de un cuerpo doliente y enfermo y de una existencia social amenazada por catástrofes y guerras. A través de ellos se puede deducir la relación de intercambio con el santo protector y la búsqueda de la curación milagrosa. El exvoto nos habla

de las promesas que motivan y llenan de contenido la actividad de las peregrinaciones (pies descalzos en desplazamientos o en la procesión, cirios portados o depositados, dinero ofrecida, misas oídas, etc.).

Como refuerzo de la trama central del ritual (desplazamiento hacia el santo y contacto y contrato con el mismo), hay en la peregrinación otra serie de rituales secundarios y de actividades cargados también de connotaciones terapéuticas. Algunos de los más frecuentes son el ir a beber agua, mojarse o bañarse en la fuente milagrosa, comprar imágenes, estampas o recuerdos del santo que serán tocados en la imagen o reliquias del mismo, llevarse algún objeto de la naturaleza del lugar (ramas de árbol, piedras, flores, tierra, agua, etc.), poner en contacto físico con la imagen o reliquias del santo pañuelos u otras prendas personales e incluso la misma persona (sobre todo si son niños). Su realización o su participación en ellos tendría como finalidad el reforzar el efecto buscado. Se trata de actividades que basan su eficacia en el funcionamiento de la magia de contagio, de similitud o de protección[3].

1.2. Los curanderos

Son los santos vivos. De aquí que a algunos de los curanderos que he encontrado en Granada se les denomine popularmente "santos",.(Amezcua, M. 1993). A los curanderos, al menos en la provincia de Granada en la que tengo datos de primera mano, pero probablemente en toda Andalucía, se les considera como personas ligadas al poder de lo sagrado. Son, por tanto, intermediarios de la salud integral que procura la experiencia religiosa. El curandero cura por ser un personaje religioso. En todos ellos una característica definitoria será el tener poderes. Y estos poderes, en última instancia, son los poderes que vienen de lo sagrado.

Esto se manifiesta de formas variadas según sus formas de curar. En aquellos curanderos que curan por imposición de manos o soplando o untando saliva podemos decir que lo sagrado "reside" en ellos. Son depositarios de la energía curativa que la comunican entrando en contacto con los enfermos. Para los enfermos el entrar en contacto físico con la realidad sagrada curativa –sea imagen, reliquia o persona viva– será de gran importancia. No así con los médicos de la medicina oficial, donde hay una distancia física, social y cultural que se marca de formas muy variadas. Por el contrario, el curandero se acerca, toca, acaricia, sopla, unta saliva,

3. Tres serían los criterios para juzgar la eficacia de un ritual mágico-religioso: la lógica de la similitud (la magia homeopática de que hablaba Frazer), la lógica del contacto (la magia simpática, según el mismo autor) y, por último, la lógica del poder de lo sobrenatural sobre lo natural, que se realiza a través de las dos anteriores. En la búsqueda de la salud por el recurso a lo religioso-mágico su presencia es evidente.

mira fijamente. Esteban, el joven curandero de Baza y Pura, la famosa y muy visitada curandera del barrio del Zaidín de Granada reciben a sus clientes con una gran cordialidad, con todo tipo de caricias y durante la consulta el diálogo con el paciente lo mantienen muy pegados, a unos treinta centímetros de distancia y mirándose fijamente a los ojos. Este estilo de consulta es inconcebible en la práctica ordinaria de la medicina oficial.

En otros casos en que se adivina o se "evidencian" mensajes de lo sagrado orientados a la curación (diagnóstico de la enfermedad o tratamiento adecuado), el curandero es *canal de transmisión* del poder curativo que viene de lo sagrado. Frases como estas he escuchado con mucha frecuencia en mi trato con curanderos/as: "Si es muy fácil... Yo no hago nada... Yo lo veo... Me lo dicen... Yo no lo he aprendido ni leído, si yo no sé leer... Es como si se me representara... No lo puedo explicar... Yo veo a ver lo que me dicen". El diagnóstico que se da, el consejo que se otorga, la incógnita que se resuelve, las manipulaciones que se realizan, las oraciones o rituales son "inspirados" por una instancia exterior al curandero que se refiere a lo sagrado aunque de una forma un tanto difuminada e imprecisa. No se sabe muchas veces si se trata de Dios, de los santos, de la Virgen o de los "espíritus". Lo que sí queda claro es que esa realidad está contrapuesta a lo terreno ordinario y que se sitúa en un ámbito diferente. Es un saber no aprendido sino transmitido y con la garantía de lo sagrado.

El mundo de los curanderos rezuma religión. Y esto no sólo en el caso de aquellos cuyas casas y consultas están abigarradas de imágenes de santos, Cristos o Vírgenes, de fotos, de exvotos, de flores, velas y olores exóticos, como suele ser el escenario más frecuente encontrado en mi trabajo de campo. Incluso en aquellos que plantean su labor en el dominio de las hierbas o de las manipulaciones y masajes de huesos y músculos, aun en estos casos, latentemente, habría una referencia a lo sagrado que fundamentaría y garantizaría los conocimientos y los poderes curativos de dichos curanderos, ya que ellos se jactan de no haber realizado estudios especiales sobre el particular. Así lo pude comprobar en mi visita a Manuel, el curandero que se anuncia en una de las curvas de la carretera en la entrada de Orgiva, en Las Alpujarras de Granada. Su consulta tiene lugar en una habitación donde, de forma desordenada, hay todo tipo de hierbas que él recoge y que va recetando en un diálogo con el visitante. Ningún tipo de decoración ni referencia religiosa. Pero, si se habla más a fondo con él, se pone de manifiesto que su saber no es meramente empírico sino que va acompañado de unos poderes que da a entender que tiene, que provienen de lo religioso y sobre los que no quiere hablar. El mismo caso lo pude comprobar en una curandera de Cijuela (Granada), que, bajo una apariencia profana y empírico-científica (receta medicinas que, según ella, en algunos casos ni siquiera en las farmacias saben que existen) se encubre una estructura religiosa (me dice que a ella "le inspiran" esas medicinas y tratamientos ya que no sabe leer ni tampoco lo ha aprendido).

Estos curanderos, adivinos y magos son agentes religiosos reconocidos por los fieles pero desautorizados o no reconocidos como tales por la institución religiosa. El caso más elocuente que me he encontrado en mi trabajo de campo ha sido el de *Esteban, el curandero de Baza,* que tuvo una actualidad nacional por ser tema de un programa de televisión, la "máquina de la verdad". Se trata de un curandero que se presenta como un elegido de Dios para la salud de los demás. Los poderes los tiene recibidos de Dios. Se concentran en la imposición de sus manos. Pero su misión salvífica va más allá de la curación o alivio de las enfermedades corporales, tarea en la que pasa gran parte de su tiempo. En los fines de semana y en momentos especiales del año (el primer fin de semana del mes de agosto) Esteban ejerce como agente religioso que recibe visiones y mensajes de la Virgen de la Soledad y organiza actividades en una capilla que ha construido por mandato de la Virgen en las afueras de Baza y que tiene por finalidad la creación de una comunidad de salud de los cuerpos y también de salvación de las almas y de la humanidad. En más de una ocasión me ha pedido mi colaboración para que hiciese las gestiones para que la institución católica le reconociese de alguna manera este rol suyo como agente religioso (por ejemplo viniendo a su capilla a celebrar una misa un sacerdote legitimamente ordenado por la jerarquía). En Esteban se conjugan sin problemas ni para él ni para sus seguidores esta doble dimensión de la religión y de la terapéutica. El caso de Esteban sería representativo de algo que está más generalizado, y es el de las *comunidades religioso-terapéuticas* que suelen darse en torno a los curanderos y lugares de apariciones.

He encontrado también en mi trabajo de campo otro caso de coexistencia de religión y medicina. En este particular se trata del *P. Lucio*, sacerdote dominico que es conocido y visitado en Granada y en otras provincias españolas como curandero. Se trata de un navarro nacido el 1 de octubre de 1921. Sacerdote dominico que, según me contó, "había estado en clínicas y tenía gran pena de que no se solucionaban los problemas de los enfermos... Aquello de la colza a mí me dolió... viendo que había 27.000 españoles con grandes dolores y que no les daban solución... Yo miraba al enfermo, lo que él tenía y las consecuencias que veía en él, cómo acababa... Entonces comencé yo a trabajar al ver que no se solucionaba... Algunos amigos me pidieron que les ayudara y, gracias a Dios, sacamos enfermos de allí y empezamos a curar... Curamos entonces a unos 1.500... (El método que sigo) es a base de hierbas y de cosas naturales, es la naturopatía (aire, agua aplicada debidamente, baños especiales, magnesio, cataplasmas de arcilla)". Curiosamente, este personaje nos recibe en un despacho con una bata blanca. En su sala de espera no hay ni santos ni vírgenes, como en la mayoría de los otros curanderos visitados. Hay una mujer con bata blanca que hace de secretaria. Lo único que se exhibe es el Diploma Superior de Naturopatía, expedido el 15 de octubre de 1992 por el Instituto Naturista del Centro de Salud Integral. A lo largo de la entrevista que tuve con él, se desmarcó de los curanderos, identificándose como agente de salud global en su

calidad de sacerdote y de naturópata, magnífica síntesis de la salud de alma y de cuerpo. Encima de la mesa tiene a disposición de los enfermos oraciones compuestas por él mismo. La secretaria vende un libro donde él ha sintetizado su método terapéutico. Está fuertemente influenciado –según él mismo reconoce y cita– por un fraile alemán, el P. Tadeo, que tiene una obra titulada *Medicina Natural* (Sáinz, L. 1989).

> Fui estudiando a ver. El microbio destrozaba el músculo y, entonces, yo fui estudiando cómo podríamos expelerlo, echarlo fuera del organismo. Y, estudiando unos libros alemanes (el ya citado P. Tadeo), encontré una planta maravillosa: limpia la sangre y, por la orina, va eliminando cada día; entonces, vi esa planta, "cola de caballo", y comencé a usarla; limpiaba el riñón maravillosamente, purificaba la sangre y casos terribles, a los dos meses y medio curados por completo, además de algunos otros casos. Yo lo propuse a la comisión que estudiaba el caso y no me lo aceptaron; decían que lo que yo hacía podía ser ambivalente, de doble efecto, que no lo veían claro y no lo aceptaron. A los enfermos que venían a mí, yo les daba esa receta totalmente inofensiva y se la tomaban en su casa.
>
> Al no encontrar dentro de la medicina tradicional una solución buena, dije: "Esto no puede ser, porque Dios es maravilloso y es Padre, no puede dejarnos abandonados y tiene que existir una solución, no para los ricos, sino para todo el mundo", y esa es la la solución, y la encontramos en una plantita, la ortiga, que es la planta más medicinal del mundo: ayuda al corazón, purifica la sangre.
>
> Poderes los tenemos todos. "Tengo un don maravilloso de Dios, tengo desde luego un carnet divino que Dios me ha dado". Una persona puede tener un don, o una cantidad de dinero y no emplearla, por desconocimiento, por ignorancia, y, sin embargo, lo tienes, lo posees. Y "yo nunca podría hacer lo que hago si no es por eso que Dios está con nosotros y es la Virgen, como doctora general, la que me ayuda en esta gracia especial para curar las enfermedades y para dar fuerza suficiente y alegría para poderlas llevar".

Al P. Lucio acuden granadinos bien situados en la estructura social por sus ingresos económicos, de ideas conservadoras y de convicciones religiosas que se rigen por la obediencia a la Iglesia oficial. En él se disipan las dudas de marginalidad tanto científica como religiosa que suelen tener los curanderos. Su caso recuerda al del sacerdote radioestisista francés, en Viadène-Aubrac, analizado por J. F. Hirsch (Hirsch, J. F. 1978:27-54).

2. La automedicación religiosa

La automedicación empírica se lleva a cabo por la acumulación de interpretaciones, diagnósticos y remedios terapéuticos provenientes de los medicamentos de la medicina científica que van creando los botiquines, del arsenal de remedios empíricos de la medicina tradicional que se conservan e incrementan en el seno de las familias y las redes sociales, siendo el enfermo y su núcleo familiar más directo los que deciden y aplican la terapia tras un diagnóstico. Igualmente se podría hablar de automedicación religiosa. Esta también se haría posible por la información que se va acu-

mulando en la persona a través de las familias, vecinos y redes sociales sobre modelos etiológicos y terapéuticos en el registro de lo sagrado. Se dispone así de posibles formas de representarse o de diagnosticar la enfermedad o el malestar y también de tratamientos que se hacen en clave religiosa. De ellos cada paciente se hará su propio diagnóstico y elegirá su propio itinerario terapéutico. Entre los recursos que he encontrado en esta automedicación religiosa destacan, como ya he dicho, los *santos especialistas* y sus correspondientes *santuarios y peregrinaciones*. Por citar un ejemplo del área cultural que mejor conozco y que he estudiado (Briones, R. 1990:75-83), en Granada tendríamos como prototipo a Fray Leopoldo, que lo encontramos por doquier en diferentes itinerarios terapéuticos de la población granadina: en las salas de estar de las familias, en las carteras y bolsos de algunas personas, en las camas de los hospitales y, por supuesto, en casi todas las salas de espera y de consulta de los curanderos. Igualmente, hay toda una información sobre *curanderos, videntes y magos* que se va pasando entre la población granadina y que es utilizada según las situaciones y por decisión propia. Las salas de consulta de los curanderos son un espacio de circulación de esa información un tanto críptica. Entre el arsenal religioso-terapéutico que circula en las redes sociales están también una serie de *oraciones, ensalmos y rituales mágico-religiosos* que son patrimonio y herencia en muchos casos de los que podríamos llamar "curanderos menores", tan frecuentes entre gente anónima de los pueblos y que, en otros casos, están ofrecidos a la disposición y libre utilización. Finalmente, habría otro capítulo muy heterogéneo al que se acude en esta automedicación mágico-religiosa. Se trata de *objetos* que condensan la virtud de lo sagrado o que vehiculan el contacto para prevenir, curar o aliviar todo tipo de enfermedades y desgracias. Aquí encontramos imágenes de santos, iconos, reliquias de los mismos, agua, piedras, tierra, ramas, escapularios, medallas y souvenirs con valor no sólo decorativo sino también protector o apotropaico. Y, centrados más bien en el polo de la magia, habría que incluir aquí los amuletos y talismanes (Camus, D. 1988:110-118), que son una forma de asociar la naturaleza y la historia a la empresa curativa por un descubrimiento de la manifestación y presencia en ellos de los poderes sagrados.

Esta automedicación religiosa tiene unas repercusiones latentes sobre el sistema médico oficial y también sobre la religión institucional. La manera como la persona dispone de toda una panoplia de remedios y recursos para el tratamiento de la enfermedad por lo religioso opera sobre la religión oficial en el sentido de que los clientes la vivan y la utilicen en gran parte para intereses que están más en la órbita de los clientes laicos que de los responsables eclesiásticos. Y esta órbita es la búsqueda de la salud global de que vengo hablando. Esto se puede comprobar si analizamos el uso que los católicos hacen de los sacramentos o rituales de paso (bautismo, primera comunión, bodas, entierros), de las fiestas patronales, de las peregrinaciones y de los lugares e imágenes sagradas. Es un fenómeno que podríamos llamar la "terapeutización de la práctica religiosa".

Sobre el sistema médico hegemónico, aparentemente empírico, científico y racional, pesa también un clima mágico y sagrado. La manera como la misma medicina se ha presentado en el s. XIX y XX y, sobre todo, las percepciones, las atribuciones y la manera de relacionarse con ella los clientes ha sido en muchas ocasiones mágico-religiosa. Este fenómeno, que podríamos llamar la "sacralización de la práctica médica contemporánea", ha sido magníficamente estudiado por J. M. Comelles:

> La divulgación de las vacunas... modificaban lentamente las imágenes culturales de la práctica médica... podían ser percibidas como milagrosas, frente al curandero o a la práctica médica... Las sulfamidas y la penicilina representan un paso más... subvirtieron las representaciones tanto religiosas como naturalistas sobre las causas de la enfermedad... El antibiótico, no el médico, era el milagro... La milagrosa penicilina transformó los procesos asistenciales y culminó el proceso de automedicación... encerró al milagro en los botiquines domésticos. Acabó con el viejo médico comprensivo y chapado a la antigua, carismático, entre el sacerdote y el artista. Abrió las puertas al modelo hospitalario, un nuevo modelo de práctica basado en la hospitalización de las enfermedades médicas y no sólo quirúrgicas en hospitales aparentemente desprovistos de dimensiones sagradas o carismáticas, templos de la eficiencia y eficacia técnicas. Pero, sin quererlo, o quizás queriéndolo, el hospital ha ido tomando en la población, tras las experiencias de varias décadas, una "dimensión mágica", en que la tecnología y ya no el médico sirve para *endevinar el meu mal*, en que el hospital cura y yo no, el viejo buen doctor que poco sabe. En esos hospitales cada vez más capaces de afinar diagnósticos, de responder con tecnologías sofisticadas a problemas de salud que otrora conducían a la agonía y la muerte, y en los que los crucifijos y las capillas han ido desapareciendo tras la marcha de las hijas de la caridad y en que los curas hacen de psiquiatras; en los servicios de cardiología, en las unidades de cuidados intensivos, en las unidades de quemados en que las esperas se hacen eternas y las incertidumbres no obtienen respuesta ni de intensivistas ni de cirujanos, estos, acosados por la desesperación de parientes y allegados, y quizás por la suya propia ante los límites de su práctica, invocan la esperanza en el milagro divino, mientras por los pasillos los acompañantes intercambian estampas de Santa Gema Galgani (Comelles, J. M. 1995)

3. Epidemiología de lo religioso-terapéutico

Una opinión que he encontrado con frecuencia en mi trabajo de campo ha sido que "hay enfermedades de médicos y enfermedades de curanderos". A este respecto, y para poder perfilar mejor el concepto *religioso-terapéutico* que estoy barajando, se podría plantear la siguiente pregunta: Frente a las enfermedades claramente asignadas a la medicina científica y a la cirugía, ¿habría en la terapéutica actual otra serie de enfermedades asignadas a la religión? Para ello, y desde los datos de mi trabajo de campo, voy a intentar proponer, a modo de hipótesis, una especie de epidemiología de lo religioso-terapéutico. ¿A qué tipo de enfermedades aparece ligado el recurso a lo religioso? ¿Para qué se acude a lo religioso? ¿De qué enfermedades o miserias se intentan liberar los humanos cuando acuden a lo sagrado?¿Qué tipo de salud-salvación puede procurar la religión al ser humano-social?

De la comparación intercultural se puede deducir que hay determinadas sociedades y culturas particulares en que la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades por el recurso a lo religioso está tan implantado que es el procedimiento privilegiado y hegemónico. Pero mi afirmación iría más lejos: también en aquellas sociedades donde la medicina científica ha llegado a ser hegemónica y habitual, el recurso a lo religioso no se ha desligado de la dimensión terapéutica en la práctica de las personas aunque las instituciones religiosa y médica hayan separado sus funciones y se hayan especializado en la salud y en la salvación respectivamente. Considerando la globalidad de los itinerarios terapéuticos se podría afirmar que se sigue recurriendo a lo religioso para remediar todo tipo de enfermedades: corporales, mentales, espirituales y socio-culturales. Me referiré enseguida a dónde se sitúa el efecto que se espera de lo religioso. Con ello quiero decir, en primer lugar, que la religión busca una salvación integral que incluye todas las dimensiones humanas (ecológicas, corporales, mentales y sociales) y, en segundo lugar, que la religión no se vive en la práctica de las personas como rival de otras instancias terapéuticas, como he dicho anteriormente.

Dicho esto, podría también plantearse como hipótesis general que habría un tipo de enfermedades o de búsqueda de la salud en que la religión, en formas diferentes, estaría especializada. Se trataría de los casos desesperados y desechados por la medicina empírica-científica, enfermos terminales, crónicos, sicosomáticos y enfermedades extrañas. En resumen, se trataría de aquellas enfermedades en que los médicos o no dicen nada, o no aciertan o no tienen un resultado total.

En estos casos, dice la gente, cuando se ha hecho todo lo posible con los medios humanos y con el médico, sólo queda ponerlo en manos de Dios o directamente o por medio de algunos de sus intermediarios vivos o muertos para que se remedie por el milagro. El cáncer, el sida, la diabetes, la artrosis, los nervios y una serie de enfermedades raras y desechos de médicos las he podido encontrar en las salas de consultas de los curanderos, en los santuarios y en algunas capillas de iglesias, en las casas particulares e incluso en los servicios de terminales o crónicos donde una estampa o una medalla testimonian del recurso a lo religioso en estas enfermedades límite.

También se liga lo religioso de una manera peculiar a una serie de enfermedades psico-somáticas o nerviosos y a las enfermedades de la piel (eczemas, verrugas, culebrinas, *maldeojo*, quemaduras y otras), a cuyo tratamiento los médicos renuncian tras la analítica convencional, diciendo a los pacientes que "no tienen nada" aunque ellos sigan diciendo que "están muy malos". Estos casos los curanderos los suelen tratar con métodos secretos, hechos de gestos y rituales homeopáticos y/o apotropaicos, acompañados de oraciones o ensalmos que están entre lo mágico y lo religioso (Gómez, P. 1994:42-51).

Las catástrofes meteorológicas y climáticas (las más frecuentes son las inundaciones y las sequías), así como las plagas que asolan las cosechas o los acciden-

tes y las epidemias son también realidades que afectan a la salud integral de la sociedad y que son incontrolables e imprevisibles por los medios empírico-científicos. Este tipo de enfermedades, que llenan los espacios y tiempos donde se concentra lo religioso terapéutico, caracterizarían también la constelación de lo religioso-terapéutico.

Finalmente, habría una enfermedad psico-socio-cultural que sería el desarraigo, la soledad, la crisis de identidad individual y social que viene ocasionada por la forma de vida urbana, industrial y moderna. A este tipo de síndrome lo religioso-popular está ofreciendo también un camino de salvación y de remedio por las fiestas y rituales de la religiosidad popular. A los que participan en ellos se les aporta una integración en un espacio y memoria colectivos, un ejercicio de la interacción y relaciones sociales, un refuerzo del status y del rol, en el seno de una estructura social y de una tradición cultural. Lo religioso procura esa identidad individual y colectiva-cultural, esa génesis y estructuración de los "yos" y los "nosotros". El resurgir de nuevas cofradías, procesiones y otros rituales festivo-religiosos en grandes ciudades como Barcelona o Madrid, en muchos casos en claro mestizaje entre elementos religioso-simbólicos de diversas comunidades de origen con la comunidad de residencia, ha sido estudiado magistralmente para el caso de Madrid en una tesis doctoral presentada en la UNED por Celeste Jiménez de Madariaga sobre la reproducción de devociones andaluzas en Madrid. Creo que este recurso a lo religioso-festivo está funcionando como terapia social y cultural, favoreciendo la resolución de problemas de identidad o por el enraizamiento en la lejana sociedad de origen o por la creación de identidades nuevas o mestizas.

IV. FUNCIONES DEL RECURSO A LO RELIGIOSO EN LA BÚSQUEDA DE LA SALUD

La eficacia real de los recursos terapéuticos es muy difícil de determinar. En primer lugar porque, como vengo insistiendo, en un proceso de búsqueda de la salud se establece un itinerario que combina recursos de órdenes muy diferentes. Y llega un momento en que si se producen transformaciones, mejorías, curaciones o alivios las mismas personas confiesan no saber a qué se debe o, según sus creencias o sus fanatismos, atribuyen sin pruebas convincentes la causalidad a uno de los recursos, olvidando o minusvalorando los otros a los que también acudieron. La dificultad viene, además, por el hecho de no siempre poder establecer si se trata de una curación total o definitiva, o si, más bien, se está ante una remisión temporal o parcial. Para ello harían falta estudios longitudinales de casos (Kleinman, A. 1980).

El efecto que se busca y que se produce en ocasiones con el recurso a lo religioso –hablo siempre a partir de los materiales que he ido recogiendo en mi traba-

jo de campo– se sitúa en dos planos diferentes que, al igual que en los otros recursos terapéuticos, son complementarios.

En un primer nivel se busca que la realidad humana se transforme y se renueve. Se persigue como objetivo la desaparición radical y total de la enfermedad, la transformación de parte de esa realidad o el alivio de algunos síntomas. Se trataría de un tipo de recurso *instrumental* o *técnico* en que lo religioso competiría con lo científico-médico actuando en sus márgenes. Lo que no curan los médicos lo curan los santos. Porque se produce el milagro o el favor.

Otra manera de eficacia terapéutica sería cuando la realidad no cambia en sus síntomas parciales de la enfermedad pero se produce un nuevo sentido o una reinterpretación de la realidad global. Aquí se trataría de un recurso de tipo *expresivo-interpretativo* en que, por el recurso a lo religioso, se hace posible la expresión simbólica del individuo y de sus conflictos y relaciones sociales. Hay eficacia real por vía simbólica si consideramos al ser humano como un todo, porque le permite tener acceso al sentido global de su existencia, superar su "mal-estar".

También en este apartado de la eficacia buscada habría que recordar que en el recurso a lo sagrado en busca de una solución no siempre se busca un efecto total de la curación del mal por el milagro. A veces se es consciente de lo irremediable o avanzado de la enfermedad y se estimará que hay eficacia con tal de que se alivie el dolor. Son muchos los casos que podría aducir de "favores" (así se les llama para contraponer a la curación total para la que se reserva el nombre de "milagro") que se cree han sido concedidos por un santo o curandero. El proceso ha terminado en la muerte pero, sin embargo, el favor consistió en que los últimos tiempos o momentos se vivieron sin dolores, en paz o con un enfoque y sentido humanamente inexplicables. En este sentido, el alivio buscado y encontrado como favor en lo religioso funciona como recurso tanto instrumental como expresivo.

Igualmente, no sólo se acude a lo religioso para buscar la curación de la enfermedad, la desaparición del malestar o la eliminación del síntoma. El recurso a lo religioso-terapéutico es también *preventivo*. Tal como se pone de manifiesto en una frase estereotipada que escuché en la procesión de la Virgen de la Cabeza, patrona de Churriana de la Vega (Granada). Se la decía un abuelo a su nieto de dos años. "Anda, pídele a la Virgen *que no nos pongamos malos. Díselo*". En aquella misma procesión pude ver a un matrimonio que iba alumbrando con velas en las filas de la procesión y ella con los pies descalzos. Estaban cumpliendo una promesa como agradecimiento a la Virgen de la Cabeza por haber curado a su hijo de 20 años años que había estado gravemente enfermo durante 1 año, con enfermedad no diagnosticada e incluso desahuciado por los médicos.

Estas serían, pues, las funciones que estaría desempeñando en la actual práctica terapéutica la instancia religiosa en sus variadas formas expuestas. Ni que decir tiene que en la explicación del funcionamiento tanto del recurso empírico-científico como del religioso habría que plantearse todo el tema de la eficacia. Pero este

tema de la eficacia real, la definición del concepto en antropología de la salud, así como sus posibles formas y el desencadenamiento de la misma, que puede radicar en medios empírico-causales que se pueden probablemente medir y predecir o también en otra serie de recursos de orden simbólico que se pueden constatar, son causantes de transformaciones en el orden de la salud. Es todo el tema de la eficacia simbólica en el que no voy a entrar pero que está claro que es el clima en que se mueve este recurso a lo religioso en el itinerario terapéutico (Lévi-Strauss, C. 1949; Mauss, M. 1980).

BIBLIOGRAFÍA

AMEZCUA, M.: *La ruta de los milagros*. Alcalá la Real, Entreolivos, 1993.

BRIONES, R.: "Claves para la comprensión y tratamiento de la salud/enfermedad". *Demófilo*, 13. Sevilla, 1994, pp. 13-34.

BRIONES, R.: "La romería de los favores: el día nueve en Fray Leopoldo". *Gazeta de Antropología*, 7. Granada, 1990, pp. 75-83.

BRIONES, R.: "Rituales en torno al Santuario". *Demófilo*. Sevilla, 1996.

BROWN, P.: *The cult of the Saints: its Rise and Funktion in Latin Christianity*. Chicago, University of Chicago Press, 1981.

CAMUS, D.: *Pouvoirs sorciers. Enquête sur les pratiques actuelles de sorcellerie*. Paris, Imago, 1988.

COMELLES, J. M.: "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Jano*, 6 y 7 de junio, 1985, pp. 71-83

COMELLES, J. M.: "Fe, carismas y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea". *Creer y Curar*. Diputación Provincial de Granada, 1995

DUPRONT, A.: "Tous ceux qui marchent vers les saints guérisseurs". *Autrement*, 15. Paris, 1978, pp. 128-138.

GÓMEZ GARCÍA, P.: "Oficio de curandería: creencias, prácticas, relaciones, paradigmas". *Demófilo,* 13. Sevilla, 1994, pp. 35-65.

HIRSCH, J. F.: "Sur les confins Viadène-Aubrac: un prêtre radiesthésiste" y "La magie des hommes en noir". *Autrement*, 15. Paris, 1978, pp. 27-55.

ILLICH, I.: *Némesis Médica*. Barcelona, Barral, 1975.

KLEINMAN, A.: *Patients and Healers in the Context of the Culture*. Berkeley, University of California Press, 1980.

LAPLANTINE, F.: "Feu contre feu, terre contre terre". *Autrement*, 15. Paris, 1978, pp. 90-102.

LAUTMAN, F.: "Cierges et statues de nos devotions". *Autrement*, 15. Paris, 1978, pp. 148-152

LÉVI-STRAUSS, C.: "L´efficacité symbolique". *Revue de l´histoire des Religions*, t. CXXXV, janvier-mars 1949, pp. 5-27.

LÉVI-STRAUSS, C.: "Le sorcier et sa magie". *Les Temps Modernes*, mars, 1949, pp. 385-406.

MAUSS, M.: "Esquisse d´une théorie générale de la magie". *Sociologie et Anthropologie*. Paris, P.U.F., 1980, pp. 3-145.

MOREL, M. F.: "Les curés, les paysans: un même langage". *Autrement*, 15. Paris, 1978, pp. 55-65.

PANIKKAR, R.: "Medicina y Religión". *Jano*. Vol. XXXI. N.º 737. Serie monográfica Humanidades Médicas, n.º 2, 1986, pp. 12-44.

POUCELLE, M. CH.: "Voyants, magnetiseurs et l´espace du sacré". *Autrement*, 15. Paris, 1978, pp. 108-121.

RODRÍGUEZ BECERRA, S. y VÁZQUEZ SOTO, J. M.: *Exvotos de Andalucía. Milagros y promesas de la Religiosidad Popular*. Sevilla, Argantonio, 1980.

RODRÍGUEZ, P.: *Los Curanderos. Viaje hacia el milagro*. Temas de hoy. Madrid, 1992.

SÁINZ, L.: *Curad a los enfermos (Mt. 10,8)*. Palencia, Gráficas Iglesias, 1989.

SANTOS SANADORES. Barcelona, Sociedad Anónima de Productos. 1948.

ANTROPOLOGÍA MÉDICA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Francisco Giner Abati
Catedrático de Antropología Social
Universidad de Salamanca

La Antropología aplicada surge del valor de uso que pueden tener los modelos culturales en su explicación social, y así ha comenzado a destacar en la solución de problemas sociales muy diversos (Giner Abati y Martín, 1993). Entre las aplicaciones de la Antropología destacan las realizadas en el ámbito de la medicina. Dado que la salud es una de las preocupaciones constantes en todas las sociedades, los antropólogos también se han ocupado de las actividades dirigidas a luchar contra la enfermedad o encaminadas a su prevención, entre los pueblos en los que han trabajado.

Aunque la Antropología médica es un área de trabajo interdisciplinar, dado que afecta tanto a la dimensión biológica como cultural del hombre, su orientación es predominantemente antropológica. La Antropología médica es el estudio y saber acerca de la salud y la enfermedad, así como de los procedimientos terapéuticos en relación con la cultura en la que estos fenómenos se desarrollan (Giner Abati y Martín, 1993). La Antropología médica ha experimentado un reciente impulso debido a los problemas sanitarios relacionados con el creciente proceso de industrialización en muchas partes del mundo. La asistencia médica se considera cada vez más un derecho fundamental y los gobiernos se esfuerzan por conseguir que todos los ciudadanos puedan beneficiarse de una sanidad cada vez más cualificada. En nuestras sociedades desarrolladas la sanidad está comprometida con la investigación médica y la antropología debe jugar un importante papel en el estu-

dio de los factores sociales y culturales, tanto a nivel de prevención como de medicina curativa.

Aunque las áreas de aplicación pueden estar sujetas a cambios y los problemas sanitarios pueden variar de un lugar a otro, se pueden destacar los siguientes temas en la sanidad:

1. Dispensa de atención médica y práctica sanitaria
2. Salud ambiental y ocupacional (análisis y control del riesgo)
3. Asistencia médica y poblaciones especiales (marginados y minorías étnicas en general)
4. Patologías y condiciones sanitarias en la tercera edad (geriatría y gerontología)
5. Programas de asistencia a largo plazo (para minusválidos, afectados de sida, deficientes mentales y enfermos mentales crónicos)
6. Salud rural
7. Sanidad militar
8. Epidemiología y disminución de los accidentes de tráfico
9. Epidemiología de la violencia (homicidio, suicidio, abuso físico y sexual)
10. Sanidad infantil (mortalidad en grupos de alto riesgo, etc.)
11. Formación de profesionales de la sanidad (cursos de introducción a la Antropología y Antropología médica)
12. Organización y gestión de hospitales
13. Conducta sexual y salud sexual
14. Costes de la sanidad (seguros médicos y opciones para una mejor reestructuración del sistema sanitario)
15. Ética médica (implicaciones del derecho a la eutanasia y de la ingeniería genética)
16. Nutrición y cultura
17. Abuso de sustancias y su tratamiento
18. Factores comportamentales y socioculturales en enfermos crónicos (patología coronaria, esclerosis múltiple, insuficiencia renal crónica, diabetes, neoplasias, etc.)
    (Esta es precisamente la línea de investigación aplicada en la Universidad de Salamanca).

Fig. 1. Áreas médico sanitarias en las que se ha aplicado o se puede aplicar la Antropología.

La actividad realizada por mí en el ámbito de la Antropología médica se ha desarrollado en dos direcciones distintas pero complementarias. La primera comenzó cultivando el campo de la Medicina tradicional entre poblaciones bantúes del Sudoeste de Africa. Así publiqué tanto en revistas de divulgación médica (*Previsión Sanitaria Nacional*, 1992-93) como en un capítulo de mi libro *Los Himba* (1992) los resultados sobre la medicina tradicional bantú, que me hubiera gustado recordar con Vds. pero que sólo menciono. De la comunicación entre la medicina occidental y las medicinas tradicionales pueden salir conclusiones beneficiosas para ambas. En algunos casos nuestra medicina puede enriquecerse con las aportaciones terapéuticas tradicionales incorporándolas en su arsenal terapéutico. Con frecuencia antes de llegar a la incorporación se requieren largos proce-

sos de análisis bioquímico y experimentación, pero que se compensan cuando los resultados son positivos. En todo caso nuestro conocimiento de la cultura de esas poblaciones queda siempre enriquecido con los datos que sobre su medicina vamos incorporando. Igual que estudiamos muchos aspectos de la vida cotidiana de otros pueblos, también podemos documentar sus concepciones acerca de la salud y la enfermedad y sus recursos ingeniados para hacer frente a la enfermedad. Esta línea de Etnomedicina la he llevado a cabo en Kaokoland (Namibia), Iona (Angola) y en España, dirigí un trabajo sobre la provincia de Salamanca (Martín, 1990).

La segunda línea de actividad de Antropología médica la he desarrollado en España, en la Comunidad de Castilla y León y desde la Universidad de Salamanca desde 1990 y continúa. Surgió de la tensión e integración de mi doble formación de médico y antropólogo, además del hecho de impartir la docencia desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Deseaba integrar los conocimiento de la Antropología con algún problema médico. La Antropología por su perspectiva holística y comparativa está en excelentes condiciones para abordar problemas psicosociales como los que afectan a enfermos con patologías crónicas. Mientras que la actividad médica suele quedar en una esfera secreta, la tarea de la Antropología consiste en explicar problemas y proporcionar conocimientos. El antropólogo aplicado propone además soluciones a los problemas detectadas. En nuestro caso, las soluciones se dirigen a orientar a los afectados, a sus familias y al personal sanitario que debe tratar con ellos. Observé que los psicólogos con los que trabajaba por su parte se dedicaban fundamentalmente al estudio y tratamiento de la neurosis. Los médicos psiquiatras monopolizaban casi totalmente el tratamiento de los pacientes psicóticos. Observé que quedaba un gran grupo de pacientes afectados por patologías crónicas, que aunque no sufrían ni de neurosis ni mucho menos de cuadros psicóticos se veían afectados por tensiones psíquicas, además de ver alterada su actividad social y su modo de vida de una manera más o menos grave.

Constituía una magnífica tarea, la de investigar qué tipo de problemas sufrían estos pacientes a nivel social (vida de familia y pareja), profesional (actividad laboral) y psíquico (repercusión emocional). En la Universidad de Göttingen en Alemania entré en contacto con el Departamento de Psicología Médica (Prof. Friedrich y Dr. Ziegler), que venían trabajando en temas de cronicidad, y adaptamos unos cuestionarios que habían utilizado para conocer los distintos problemas que aquejaban a enfermos afectados por distintas patologías crónicas.

Yo mismo he investigado pacientes de enfermedades coronarias (infarto agudo de miocardio y angina inestable), estando en fase de análisis de los resultados para su publicación. Mis alumnos al haber tenido la motivación de tener que defender sus tesis doctorales han sido más aplicados. Así primero José Antonio Martín defendió y publicó su tesis sobre Esclerosis múltiple en 1992, y Lourdes Moro hizo lo

mismo con enfermedades oncológicas, obteniendo el reconocimiento de su trabajo, con el Premio Dr. Rogeli Duocastella y siendo su investigación publicada por la Fundación "La Caixa" de Barcelona en 1993.

Actualmente otros dos doctorandos más están desarrollando su investigación, aplicando una metodología cada vez más perfeccionada a enfermos diabéticos y a pacientes afectados de insuficiencia renal crónica, que continúan con su dolencia hasta que no reciben un trasplante. También he de confesar que en el caso del sida y en el caso de la enfermedad de Altzheimer hemos tenido especiales dificultades, llegando a la conclusión de que en estos casos debíamos adaptar y modificar la metodología sustancialmente.

Nuestros estudios se enmarcan en el ámbito de la Antropología médica, contando con las aportaciones de la Psicología y de la Sociología (Giner Abati, 1993). La hipótesis de trabajo es que después de la irrupción de una enfermedad crónica grave (como insuficiencia cardíaca, cáncer, esclerosis múltiple, diabetes o insuficiencia renal crónica) en el paciente surgen cambios que dan lugar a una situación psicosocial nueva, pasada la primera etapa de crisis.

Hemos investigado los problemas y preocupaciones que afectan al paciente a diversos niveles, sus actitudes y comportamientos y los rasgos psicológicos y sociales de cada enfermedad crónica abordada. En segundo lugar nos ha interesado fundamentalmente descubrir las estrategias de afrontamiento a la enfermedad por parte de los pacientes y las distintas formas de adaptación a la misma. Es decir, no hemos pretendido aplicar ni probar estrategias psicoterapéuticas, ni provenientes de la Psiquiatría ni de la Psicología clínica, sino poner los fundamentos para que puedan diseñarse posteriormente. Por ello, hemos recogido las estrategias más exitosas desarrolladas por los propios pacientes, después de una categorización y clasificación de los distintos modelos observados. El resultado de este trabajo pretende ofrecer pautas de actuación para los mismos pacientes, sus familias y los profesionales médicos, para que puedan enfrentarse a la enfermedad en mejores condiciones.

Como instrumento metodológico para descubrir los problemas y las distintas estrategias de afrontamiento hemos utilizado entrevistas estructuradas profundas en las que se plantean cuestiones que intentan descubrir los problemas de los afectados a diferentes niveles. Así agrupamos las preguntas en distintos bloques:

1. Estado actual y valoración inicial de la enfermedad
2. Evolución de la enfermedad
3. Diagnóstico
4. Tratamiento y estancias hospitalarias
   Relación con el personal médico-sanitario
5. Relación de pareja
6. Relación con los hijos
7. Cambios familiares
8. Autoimagen y aceptación de la enfermedad
   Adaptación a la enfermedad
9. Relaciones sociales
10. Trabajo
11. Creencias religiosas
12. Conocimientos generales que poseen los pacientes sobre la enfermedad

Fig. 2. Bloques de cuestiones investigadas en los pacientes afectados de enfermedades crónicas.

Las entrevistas se realizan sobre una muestra de 100 pacientes y la correspondiente persona de referencia. También se contrastan los resultados obtenidos con los de un grupo de control de 50 pacientes afectados por otra patología. Se completa la información sobre cada paciente con una entrevista a su médico y finalmente se realiza un protocolo sobre los detalles de las entrevistas.

Es decir, tratamos de obtener datos suficientes para conocer en qué medida y en qué aspectos la enfermedad altera la vida del paciente, delimitar los rasgos psicosociales de cada enfermedad crónica en cuestión y finalmente descubrir las estrategias de afrontamiento y superación, en su caso, de la enfermedad desarrolladas por los propios pacientes. Es decir, cómo el paciente se redefine a sí mismo y organiza su relación con los otros y con su entorno desde su nuevo rol.

Especialmente nos interesa por la repercusión de la enfermedad en el estilo de vida del paciente, cómo se afecta su vida familiar y social, y cómo deben reorganizar su anterior modo de vida, contando con el apoyo de la familia y del personal médico-sanitario.

También investigamos el papel que juega la familia en la vida del paciente, especialmente observando la actitud de la pareja y las posibles modificaciones en las relaciones sexuales. Los hijos también pueden reaccionar más o menos adecuadamente ante la nueva situación. También investigamos los cambios producidos en el ámbito de sus amistades y las posibles influencias beneficiosas en el proceso de adaptación del paciente. La continuación laboral o el cambio de trabajo supone otra cuestión central en el proceso de afrontamiento de la enfermedad que analizamos con atención.

Como resultado de estas investigaciones ya tenemos datos concluyentes acerca de las alteraciones psicosociales de la esclerosis múltiple (Martín, 1992), y de las

neoplasias hematológicas (leucemias y linfomas) (Moro, 1993), así como de las estrategias de afrontamiento más adecuadas a estas patologías. Como muestra de algunos de los resultados obtenidos véase las estrategias de afrontamiento más exitosas observadas en pacientes afectados por neoplasias hematológicas frente a la enfermedad:

1. Búsqueda de información
2. Búsqueda de apoyo emocional
3. Lucha activa contra la enfermedad
4. Redefinición cognitiva
5. Confrontación
6. Expresión de sentimientos
7. Extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos
   Creencias positivas
8. Desviar la atención del problema y no pensar en la enfermedad.
9. Desplazamiento, hacer otras cosas para distraerse
10. Estricto control sobre la enfermedad. Intelectualización

Fig. 3. Estrategias de afrontamiento más exitosas frente a la enfermedad observadas en pacientes afectados por neoplasias hematológicas (Moro, 1993).

Seguimos trabajando sobre insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus. Una vez concluido el estudio de estas patologías, nos proponemos contrastar los resultados con el fin de esclarecer qué aspectos son comunes a toda patología crónica y cuales son los rasgos diferenciales de cada enfermedad concreta.

BIBLIOGRAFÍA

GINER ABATI, F. (1992): *Los Himba*. Salamanca, Amarú.

____ (1992): "Medicina y plantas curativas". *Previsión Sanitaria Nacional*, 79:53-57. Madrid.

____ (1993): "El mundo de los espíritus. Hechiceros y ritos de los Himba". *Previsión Sanitaria Nacional,* 80:62-66. Madrid.

GINER ABATI, F. y MARTÍN, J. A. (1993): "Antropología Médica". En: AGUIRRE (ed.): *Diccionario temático de Antropología*. Barcelona, Boixareu.

____ (1993): "Antropología Aplicada": En: AGUIRRE (ed.): *Diccionario temático de Antropología*. Barcelona, Boixareu.

MARTÍN HERRERO, J. A. (1990): *El curandero y su herbolario*. Salamanca, Diputación.

____ (1992): *Cómo afrontar la esclerosis múltiple*. Madrid, CEPE, S.L.

MORO GUTIÉRREZ, L. (1993): *El enfermo de cáncer y su entorno*. Barcelona, Fundación "La Caixa".

CULTURA, RIESGOS Y SALUD. EL CASO DE LAS DROGAS

Oriol Romaní
U.R.V.

1. INTRODUCCIÓN

Cuando empecé a pensar en esta ponencia, pensé que podría ser de cierto interés aportar mi granito de arena a la discusión de las relaciones entre los fenómenos a los que hacen referencia los tres conceptos que le dan el título, es decir, a algunas de las características, funciones y significados que determinados tipos de relaciones entre cultura, riesgos y salud permitieran establecer, situando en este marco mi modesta experiencia investigadora en el campo de las drogas, que es lo que, en realidad, me permitía hablar del tema.

De todos modos, hablar de "cultura, riesgos y salud" significa hablar de todo lo humano y lo divino, y no lo digo sólo como una metáfora, sino en el sentido más estricto del término. Incluso si obviaba una conceptualización previa de cultura –cosa que, al tratarse de una discusión restringida dentro de las fronteras del gremio, quizás tampoco fuera tan grave– me encontraba en la necesidad de hablar de cosmologías y cosmogonías, de religión, de magia, ciencia y tecnología, de rituales sagrados y rituales sociales más generales, de identidad, de control social... cosa que otros autores –y algunos de ellos, de gran talla– ya habían hecho antes que yo.

Así que el cambio de estrategia se me impuso rápidamente y, en lugar de intentar ir por la senda de las grandes teorías en las que enmarcar mi tema, volví a la práctica de uno de nuestros más preciados tesoros, es decir, de la inducción, para intentar ensayar algunas reflexiones que creo pertinentes desde mi experiencia de

investigación más inmediata y, más en concreto, del conocimiento que la misma me supone de la intervención social en el campo de las drogas, dejando las grandes teorizaciones para otra ocasión. A pesar de lo cual, y de que lo que sigue pueda ser obvio para muchos, no puedo dejar de recordar muy esquemáticamente el marco general en el que situaré mi exposición.

El peligro es un factor estructural, constitutivo, de las sociedades humanas. En el proceso de formación de las mismas, y en la actualización que supone su reproducción como tales, una de los grandes tareas que han tenido que realizar siempre los humanos ha sido la de definir los límites que se van imponiendo al caos, y la de gestionar la sociedad de acuerdo con estas definiciones de la realidad. Los antropólogos clásicos –al igual que la medicina hegemónica– , con una perspectiva que podemos calificar de claramente etnocéntrica, atribuían al "hombre primitivo" (fuera en la versión histórica, o en la del "rudo hombre rural") un conjunto de discursos, gestos y rituales, etiquetados como construcciones irracionales; pero que les permitían enfrentarse a los riesgos inherentes a su existencia social con un cierto nivel de equilibrio, tanto individual como colectivo; lo que a su vez posibilitaba el desarrollo de otros aspectos de la vida social y de la reproducción del grupo.

En el contexto de la hegemonía ideológica de la idea de progreso, que tan profundamente ha marcado a las sociedades occidentales –sobre todo durante la segunda mitad del S. XIX y hasta bien pasada la primera mitad del presente siglo– se puede rastrear la creencia –tanto a nivel académico, como, quizás, a niveles populares– de que las posibilidades de la ciencia y de la técnica modernas nos permitirían superar este estado de dependencia del riesgo para conseguir llegar, finalmente, al reino de la libertad. En todo caso, se decía, nosotros nos podíamos enfrentar "científicamente" a los riesgos naturales y sociales de la vida.

Después de los fracasos de la intervención ante tantos problemas sociales, relacionados con la salud o con otros aspectos de la vida, y a través del trabajo de algunos científicos sociales contemporáneos –y más en concreto de los análisis simbólicos que nos ha ofrecido la antropología con autores como Douglas, Turner y Geertz–, creo que es mas pertinente plantearse otro tipo de cosas. La arbitrariedad que presidía, aparentemente, los ritos de las sociedades primitivas continúa estando presente, de manera análoga, en las sociedades contemporáneas, y quizá no sean tan arbitrarios cuando, tanto en las sociedades primitivas como en las modernas se les pueden reconocer ciertas funciones y significados en la regulación del orden social. Y dado que todo discurso con pretensiones de hegemonía tiene que plantearse en los términos de manipulación simbólica de las pautas culturales básicas de un grupo social, en las sociedades occidentales contemporáneas los discursos tendentes a ofrecernos certezas, a eliminar la incertidumbre, tenían que aparecer como basados en la lógica cartesiana y coherentes con el sistema de creencias de más prestigio en dichas sociedades, es decir, el que se ha ido generando en torno a la ciencia, de la

misma manera que en aquellas sociedades la coherencia tenía que darse con la cosmogonía de la que se tratara[1].

En un campo tan sensible como el que nosotros hemos rubricado bajo el concepto de salud –y que en otras culturas tendrá que ver con la suerte, los hados o la desgracia– se ha producido también este proceso. Es más, se puede afirmar sin miedo a equivocarse que en este campo, en tanto se refiere no sólo a aspectos concretos de la reproducción social del grupo, sinó a un aspecto tan decisivo como la propia reproducción física del mismo, se articulan un núcleo de cuestiones esenciales en las relaciones entre cultura y riesgos; de este modo, constituye un campo privilegiado para el análisis de la cuestión.

En efecto, el análisis de las transformaciones del conjunto de ideologías y prácticas asistenciales que podemos detectar como características de tradiciones populares y/o de sistemas médicos ("cultos") tradicionales, que han conducido a la constitución del Modelo Médico Hegemónico, nos dice mucho sobre los procesos de salud/enfermedad/atención; lo que a su vez nos resulta muy útil –o, por lo menos, así debería de ser– para el conocimiento de algunos de los factores sociales y culturales característicos de las sociedades en las que se han producido dichas transformaciones[2].

Así pues, a partir de la existencia de un conjunto de ritos, símbolos y mecanismos de control social –tanto de la naturaleza, como de la propia sociedad– podemos deducir que la percepción del riesgo es un elemento consustancial a las sociedades humanas y que, por lo tanto, las elaboraciones culturales que ésta ha provocado, además de responder a unas condiciones específicas, tienen también un carácter universal.

Después de estas generalidades, que espero den alguna orientación sobre la ubicación del tema, veamos un tipo de articulación específica entre cultura, riesgos y salud, como es la que se da en el campo de las drogas; campo muy significativo de los valores, los mitos, los temores, así como los tipos de relaciones y otros elementos básicos sobre los que está constituída nuestra sociedad.

2. LAS DROGAS: UN CAMPO DE CONFLICTO EN TORNO AL RIESGO

2.1. Los principales paradigmas de percepción/gestión de las drogas

Aunque aquí no vamos a desarrollar el análisis de los conceptos básicos que demarcarían el terreno de "las drogas", sí es necesario, por lo menos, hacer alguna distinción terminológica que permita clarificar la terminología empleada.

1. Las obras más significativas de estos autores respecto a lo que estamos planteando serían, seguramente, las de DOUGLAS, 1991; DOUGLAS y WILDAVSKY, 1982; GEERTZ, 1987; y TURNER, 1988.
2. Una obra en la que podemos ver realizado un análisis teórico y empírico en la dirección señalada es la ejemplar monografía de MENÉNDEZ, 1990.

Así pues, definiremos las *drogas* como "aquellas sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con unas características farmacológicas que actúan fundamentalmente a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones sociales, culturales y económicas de los grupos sociales que las utilizan". Así pues, el uso de drogas, de estas sustancias que ayudan a sedarse, estimularse, atenuar el dolor, o a conseguir eso que llamamos "estados alterados" de conciencia[3], entre otras muchas cosas, es un fénomeno que, por lo que sabemos, se ha dado en prácticamente todas las sociedades humanas, por lo que lo consideramos universal, estructural. En general, el uso de drogas ha constituído además un mecanismo de integración social de los individuos en su sociedad.

Mientras que entenderemos por *drogodependencia,* a falta de un término más preciso, "aquel fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo, y la organización del conjunto de su vida cotidiana alrededor de este hecho"[4]. A diferencia del uso de drogas, se trata de un fenómeno social asociado a los procesos de modernización de las sociedades contemporáneas y, por lo tanto, característico de las mismas. En ellas, pues, coexisten usos de drogas y drogodependencias, y aunque la problematicidad sociopolítica se ha relacionado con los dos fenómenos, el distinguirlos permite, además de poder dar cuenta de dos tipos de procesos distintos, referirse a un tipo de padecimiento ("illness") con una presencia social significativa en estas sociedades.

Finalmente, correlacionamos el fenómeno de la *dependencia* con un determinado "estilo de vida" para señalar que no se trata única y principalmente del efecto farmacológico de una sustancia sobre un individuo, sinó de un constructo sociocultural (en el que consideramos relaciones sociales, negociación de rol, expectativas culturales, procesos de identificación, de construcción del yo, estrategias de interacción, etc.) en el que lo farmacológico tiene su papel. Pero que éste no puede contemplarse como el factor causal de la misma, tal como se ha tendido a hacer de manera simplista desde el modelo biomédico, sinó articulado a los demás niveles que configuran este fenómeno que hemos dado en etiquetar de esta manera[5].

Visto esto, estamos en situación de referirnos a otra cuestión dentro de este campo, como es la de los principales paradigmas teóricos (pero de indudables repercusiones prácticas) a través de los cuales se ha ido produciendo la construcción social del llamado "problema de la droga".

3. Expresión un tanto equívoca, pues se trata de estados que también están pautados culturalmente, tal como plantea, entre otros, HAMAYON.

4. Es una definición más sintomática que ontológica, desde luego, inspirada en la de CANCRINI, 1982.

5. Unas referencias sobre el debate, y la concreción del tema "hic et nunc" puede verse en ROMANÍ et al.,1992; y PALLARES, 1995.

Por un lado, la definición del concepto unificado y estigmatizante de droga se origina durante los años del cambio de siglo en los U.S.A., a raíz del control del opio en Filipinas y también durante los años de la Primera Gran Guerra en Europa, y puede seguirse a través de los principales convenios internacionales, que fiscalizan determinados productos, ocasionando la criminalización de sus consumidores. Estamos ante el *modelo jurídico-represivo*, en el que todo lo relacionado con "la droga" se trata bajo el prisma de un delito, lo que produce, entre otras cosas y además de la mencionada criminalización y estigmatización de sus usuarios, la creación de un mercado negro cada vez más potente (sobre el que se desarrollará, primero, la mafia americana y, más tarde, las redes ilegales de producción y comercialización que ahora conocemos como el narcotráfico) con todas sus secuelas de corrupción, la creación, ampliación y especialización de cuerpos policiales y burocráticos, la dependencia o, por lo menos, el condicionamiento progresivo (con todas sus contradicciones) de las políticas de la mayoría de Estados del mundo respecto de quien tiene más influencia en "la guerra contra la droga" (los U.S.A., directamente o a través de las NN.UU.). Se habrá construído, en fin, un poderoso sistema de control social, con facetas formales e informales, basado en la figura del "drogadicto" como chivo expiatorio.

Por otro lado, y sobre todo alrededor de los primeros veinte años de nuestro siglo, desde su gabinete centroeuropeo el farmacólogo y antropólogo L. Lewin elaborará –tanto a partir de su trabajo clínico con morfinómanos, como de las informaciones sobre usos de drogas recogidas de distintas partes del mundo– los principales conceptos que todavía hoy en día sirven para definir el fenómeno desde un punto de vista digamos que científico: dependencia, tolerancia, abstinencia, clasificaciones de las distintas drogas a partir de sus efectos farmacológicos... Su obra servirá de base para desarrollar el *modelo médico-sanitarista* en el que, en lugar del drogadicto-delincuente se contempla el drogadicto-enfermo, individuo al que hay que curar, lo que implicará una institucionalización que, como en otras áreas de la medicina científica occidental, definirá una carrera del paciente, en este caso el drogodependiente: diagnóstico y prescripción, desintoxicación, rehabilitación, reinserción social y, en muchos casos, diría que a medio camino entre una modalidad de reinserción y la manifestación de una cierta cronicidad, fijación en el rol social del ex-adicto.

Aunque estos dos modelos se presentan a veces como alternativos, sobre todo por parte de los sostenedores del segundo, en realidad sus formas de articulación en los distintos contextos sociales y culturales son las que definen las ideologías y las prácticas dominantes actualmente en el campo de las drogas. Y si en muchos casos esto ha supuesto, historicamente hablando, una doble estigmatización para ciertos usuarios y/o dependientes, también es cierto que –como enseguida veremos– en estos últimos años, y en relación principalmente a los efectos perversos del modelo jurídico-represivo, se han presentado incompatibilidades entre éste y el médico-

sanitarista que pueden significar un cuestionamiento –por lo menos parcial, y de hecho– del primero de ellos.

Hay un tercer modelo con una progresiva influencia, y que se da también articulado a los dos anteriores, que es el denominado *modelo sociocultural*. Participando del amplio consenso existente acerca de que para dar cuenta del fenómeno de las drogas hay que considerar que se basa en la inextrincable relación entre sus tres factores fundamentales, que son: el individuo, el producto y el contexto, afirma que de modo coherente con ello las variables determinantes serán las de tipo sociocultural, que son las que condicionarán una determinada construcción del sujeto, unas expectativas acerca del significado de sus actos, unas presentaciones materiales de los productos, unas técnicas de ingestión, etc.[6].

2.2. LAS CERTEZAS DEL SABER

Como de algún modo ya hemos mencionado, el modelo jurídico-represivo ha sido el que ha marcado el terreno de juego en el que se han movido los demás paradigmas presentados, y una de las principales funciones que ha cumplido el modelo médico-sanitarista ha sido la de legitimar científicamente las orientaciones del primero.

Esto no ha sido siempre así. En el cambio de siglo, cuando se estaba produciendo el recambio de la política de control del opio en Filipinas que desencadenará lo que se ha dado en llamar "el problema de la droga", los empresarios morales que dirigían dicha cruzada no se sentían en absoluto obligados a legitimar sus opciones con criterios cientifistas o, lo que es lo mismo, a enmascarar la problemática socioeconómica, étnica, moral o política que subyacía en sus propuestas, con un lenguaje que apareciera como neutro. De hecho, son conocidas las discusiones que hasta bien entrados los años treinta (en este último caso, con ocasión del debate sobre la fiscalización de la marihuana) tuvieron dichos empresarios morales (dirigentes de organizaciones puritanas y policías ligados al control de drogas, sobre todo) con representantes de corporaciones más ligadas, en principio, al desarrollo de la ciencia, como investigadores universitarios e incluso miembros de la Asociación Médica Americana[7].

Sea como fuere, lo que interesa subrayar aquí es que aquellos empresarios morales parecieron no dudar ni un instante de que ellos eran los portavoces de la civilización y el progreso que había que imponer a todos los pueblos de la tierra, para su propia salvación. Y dado que se trataba de una empresa tan trascendente, no se trataba de plantearse la limitación de los daños que pudieran causar las drogas,

6. Creo que estos tres modelos sintetizan "lo que realmente hay"; aunque otros autores son más prolijos en la identificación de distintos modelos, como NOWLIS. y VEGA,1992.
7. Este tema está bien documentado en ESCOHOTADO, 1989.

ciertos usos de ellas, etc., sinó de "liberar al individuo de su esclavitud", es decir, imposibilitar completamente a la sociedad todo uso no terapéutico de dichas sustancias. "Entre los norteamericanos venció la convicción de que un santo horror a 'la droga' protegía mejor a la colectividad siendo, por lo tanto, conveniente para la salud pública promoverlo, aunque tal horror se fundamentase en verdades a medias, en la ignorancia de hechos notorios, en la ritualización del error y, en el caso de los chinos y el opio, de una opinión pública dominada por el etnocentrismo y el racismo" (Gamella y Martín, 1991:53).

Apuntan estos mismos autores que dicha orientación es de claro raigambre puritano, pero quizás sea al mismo tiempo "una expresión paradigmática de la modernidad y sus injustificadas ilusiones". Creo que este es un apunte valioso respecto a las orientaciones generadas bajo la hegemonía de la idea de progreso a la que nos referíamos en la introducción: la utopía moderna de que a través del desarrollo de la ciencia y la aplicación de la técnica podremos llegar a dominar el mundo como nunca hasta ahora. Quizás por una cierta incoherencia con esta idea-fuerza (al mismo tiempo que por la necesidad de incorporar a la cruzada a corporaciones científicas, con prestigio, lo que redunda en una mayor capacidad de mobilización) esta transparencia político-moral del discurso prohibicionista irá desapareciendo en aras de un recubrimiento más "científico" del mismo, que sea más coherente con los valores dominantes de la omnipotencia del progreso que no la inmediata expresión del puritanismo.

De manera progresiva y en ocasiones contradictoria, los argumentos prohibicionistas se van transformando para mostrar, finalmente, un aspecto sanitarista de base científica; y entendiendo por tal, claro está, la del positivismo dominante que, en general, no se plantea ninguna ruptura epistemológica con el sentido común dominante respecto al tema que analiza, o ningún problema metodológico por el hecho de trabajar con poblaciones cautivas, o de manejar cuestiones estigmatizadas, etc. Es un discurso que, por lo menos en el campo de las drogas, llega a presentarse con toda la arrogancia del que tiene, sin duda, la verdad, por ser el más científico. Todo ello produce una aparente paradoja, tal como plantea Comas (1986:57) al revisar la literatura sobre drogas que, en general,

> responde al modelo de transmisión de una moralidad que se supone debe impedir el "Consumo de Droga" entendido como una transgresión radical, una contaminación pecaminosa que amenaza el orden e incluso la entropía del sistema. Es especialmente la literatura médico-biológica la que adopta este punto de vista y, obviando la posible objetividad del método científico, crea un tenebroso mundo de metáforas patológicas que llega, en ciertos ámbitos, a reemplazar otros infiernos.

Quizás podríamos situar en la década de los setenta la época en que estas orientaciones tuvieron mayor fuerza. También sería en este momento cuando, en Europa y los EEUU, sobre todo, se van extendiendo los distintos mecanismos de "inter-

vención socio-sanitaria" sobre las drogas. La constatación, al cabo de los años, de que dicha intervención que, como hemos dicho, se planteaba en muchos casos como alternativa al modelo jurídico-represivo pero sin tocar sus bases teóricas, tampoco lograba resolver los problemas a los que, en principio, creía enfrentarse, hizo emerger las dudas. Las certezas de aquel saber tan científico empezaron a resquebrajarse y, de forma más o menos consciente, se fueron introduciendo en el juego elementos que resultaban ser más o menos incompatibles con el terreno y las reglas que marcaban los límites del mismo. Pero antes de entrar de lleno en ello, debemos considerar otro aspecto de la cuestión.

2.3. "LA DROGA", UN METALENGUAJE PARA NUESTRO TIEMPO

En la introducción nos referíamos a la continua definición de la realidad que tienen que realizar los grupos sociales para asegurar su reproducción. Algunos de los principales mecanismos con los que se trabaja para el desarrollo de esa dinámica re-construcción social de la realidad son las imágenes culturales y los estereotipos, algunos de los cuales han logrado simbolizar, por activa o por pasiva, aspectos básicos de nuestra vida social. No hay duda de que el fenómeno social de las drogas se ha construído de tal manera que en su interior se articulan una serie de imágenes culturales y estereotipos que nos remiten a aspectos centrales de nuestra existencia, a ciertos temores ancestrales relacionados con nuestra misma constitución social y natural, con las dificultades de amaestrar nuestra base emocional, de acabar de comprendernos, o de aceptar nuestra situación en un mundo en continua transformación, etc. De hecho, si la construcción social de las drogas que se basa en el paradigma jurídico-represivo prohibicionista consiguió el éxito popular, que fue uno de los elementos que le permitió afianzarse hasta convertirse en el modelo de percepción y de gestión dominante del tema que conocemos hoy en día, no fue sólo porque supo integrar la confluencia de varios y más o menos poderosos intereses en la elaboración del modelo, sinó también porque supo manipular los flujos de información de tal manera que le permitió tocar la "fibra sensible" de amplios sectores de la población.

Estoy de acuerdo con Cloyd (1985:23-24) cuando plantea que no fue el acto de consumir algún tipo de droga lo que transmitió intensidad a la fuerza que respaldaría el movimiento de control sobre las drogas, sinó que fue como una especie de contaminación emocional que hizo que este tema se presentara mezclado con sentimientos mucho más poderosos, como pueden ser el miedo y la frustración a los que nos tenemos que enfrentar cuando sentimos que nuestra cosmovisión y nuestro mundo social están amenazados;

> ni el alcoholismo ni la adicción a las drogas son en sí mismos tan significativos como para protagonizar un movimiento legislativo de represión masiva. Es el fluir de las emociones propias de la naturaleza humana y su transformación en nociones cristalizadas o rótulos lo que habilita a un

individuo o a un grupo social a manipular ese proceso de transformación hasta convertirlo en una cruzada simbólica.

Tanto desde el punto de vista de sus usos instrumentales, como del de los usos expresivos –que sería el aspecto más significativo dentro del conjunto de los usos de drogas–, se podría considerar a éstas, o a sus efectos, como una extensión, una prolongación de nuestro propio cuerpo; así, los controles sobre las drogas estarían justificados como controles necesarios para la preservación de nuestro propio yo, ya que muchos de los efectos potenciales, por lo menos, de diferentes drogas, podrían inducir a estados de superación de los límites, de indiferenciación entre nuestro yo y el entorno, siendo en este sentido, por lo tanto, vehículos de contaminación, precisamente por la indefinición de los límites que comportan (v. Douglas, 1991). "El problema de la droga" tal como se ha formulado, pues, vehicula todos estos temores y ansiedades que, en realidad, se articulan alrededor del miedo a lo desconocido, a lo que "está-más-allá", a lo que se piensa que no se puede controlar, y se concretan en el que supuestamente lo encarna, "el de fuera"; en este sentido es, por lo tanto, una variación concreta, diríamos que históricamente coyuntural, de un tema básico de tipo estructural, que tiene otras manifestaciones homólogas (y muchas veces –utilizando un símil farmacológico– con efectos sinérgicos) como el de ciertos tabús sexuales, o el de la xenofobia y el racismo, para citar el de más rabiosa actualidad. En definitiva, la construcción social del "problema de la droga" ha creado otro "chivo expiatorio", que como muchos otros "malos" –llámense éstos herejes, judíos, brujas, pobres, locos, leprosos, negros, moros, maricas, sidosos, drogadictos, terroristas, etc.– confirma a los "buenos" la justeza de su comportamiento y situación (¡que tanto les ha costado conseguir!), ayudando así a superar las dudas que pudieran tener, con lo que se tiende a justificar y reforzar un determinado orden social.

"La droga" y los discursos que genera dicho concepto se han convertido –además de en un "leit-motiv" polivalente– en un metalenguaje que permite aprehender la realidad y orientar la actuación sobre ella de tal manera que los problemas reales a los que se hace referencia queden enmascarados. El lugar central que el "mito de la droga" ha llegado a ocupar en nuestra sociedad hace que todo lo relacionado con él sea objeto más o menos inmediato de atención. Mientras que el paro permanente, ligado a una cierta dualización de la sociedad, los conflictos generacionales, de redefinición de roles de los distintos géneros y de convivencia en los grupos domésticos, las dificultades de inserción social para muchos jóvenes y no tan jóvenes, las tensiones creadas en medios urbanos que no llegan a unos mínimos de dignidad humana, la impotencia que provocan las vías establecidas de (supuesta) resolución de problemas (ya sea a través del mundo de la política, que cada vez aparece más claramente como cosa de otra galaxia, o de las administraciones, ese conjunto de inextrincables laberintos al final de los cuales acabas dándote inexorablemente de bruces contra un muro),... en fin, toda una serie de problemas estructurales que

están en la base de las dificultades y angustias existenciales sufridas por amplias capas de la población quedan silenciados, por la dificultad de encontrar un lenguaje con el que elaborarlos, con el que identificar las causas profundas de sus cuitas cotidianas; y "la droga" –parte fundamental de un marco más amplio de "discursos securitarios"–, a través de estereotipos simples y contundentes, ofrece una vía de "explicación" y, sobre todo, de llamada de atención que, además de dejar intocado el sistema que está en la base de todos estos conflictos y problemas (¡incluído el de las drogas!) dificulta la adopción de medidas –tanto políticas como técnicas– de resolución de los mismos.

Así, si el "problema de la droga" tal como se formuló está enraizado en las emociones profundas que sacuden a sectores significativos de nuestras sociedades contemporáneas y constituye, en este sentido, un fenómeno de "pasión" como uno de sus elementos característicos (tal como, en épocas anteriores, había ocurrido con el sexo, p. ej.), también es cierto que las situaciones de bloqueo a las que ha llevado en muchas ocasiones el mencionado metalenguaje, y la perspectiva y la experiencia histórica de un sistema de control social intensivamente utilizado –y en muchos casos, directa o indirectamente sufrido– están aportando las bases para un cambio en la percepción del mismo, no tanto por parte de aquellos que nunca han participado del consenso sobre el tema, sinó de sectores populares y profesionales que en otros momentos sí habían participado en el mismo.

2.4. LA EMERGENCIA DE UN NUEVO MODELO DE INTERVENCIÓN: LAS "POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS"

2.4.1. La intervención sobre drogas: "fue peor el remedio que la enfermedad"

Al final de los dos puntos anteriores se ha señalado ya la crisis en la que parece haber entrado la política dominante de intervención en el campo de las drogas. Desde el punto de vista de la propia intervención sociosanitaria en él, los grandes problemas que presenta dicha política se pueden sintetizar en dos puntos:

1. Por un lado, resulta *ineficaz:* se supone que las leyes, las instituciones, las elaboraciones ideológico-político-profesionales, etc. que configuran este modelo tenían unas finalidades primordiales, que se podrían resumir en:

    1. acabar con el consumo y tráfico de drogas;
    2. proteger a los consumidores;
    3. apoyar a los profesionales que trabajan en este campo.

    Por lo menos esto se deduce de una de las últimas formulaciones del mismo, –y con grandes pretensiones de globalidad–, como es el Convenio de Viena (v.

NN.UU., 1988). Pues bien, por poco que analicemos la realidad, no sólo en España, sinó a nivel internacional, convendremos en que ninguno de los objetivos se ha cumplido. Y eso que ya llevamos muchos años de "más de lo mismo" en esta política; por lo tanto, ha ido ganando terreno la idea de que empeñarse en pedir otra vez "más de lo mismo" es no sólo ignorar la historia contemporánea de las drogas, sinó también las dificultades inherentes al propio modelo de intervención.

2. Por otro lado, es *contraproducente,* por lo menos respecto a los objetivos explícitos que dice perseguir: el modelo que estamos criticando ha estimulado unas imágenes culturales sobre las drogas (ilícitas) dramatizantes y fatalistas, imágenes que además han constituído la base de procesos de "profecía autocumplida". Ha propiciado la separación drogas lícitas / ilícitas, con un tratamiento –y una carga moral de fondo– totalmente distinto para unas y otras, lo que ha impedido una visión global del tema que ha llevado a incrementar el conflicto (social y/o sanitario) por el tipo de gestión de unas y otras. El mito negativo de "la droga" ha estimulado en gran manera la aparición de un tipo de identidad juvenil; de ser un don nadie, por lo menos uno puede pasar a ser algo importante en nuestro mundo actual –y que, de paso, parece preocupar/molestar mucho a los mayores– como es ser "drogadicto". Además, el mercado negro y su estructura de oferta se expande y fortifica a partir de los condicionamientos que impone el prohibicionismo, en unas sociedades centradas económicamente en el mercado. Y una de sus consecuencias –la llamada inseguridad ciudadana– es un elemento realimentador de muchas de las complicaciones que comporta este modelo, tanto de tipo sociocultural y político como, más en concreto, de tipo económico, jurídico y sanitario (como, p. ej., la identificación entre ciertos usos de drogas y procesos de disociabilidad y marginación; las formas y técnicas de ingestión más "duras", y adictivas, que buscan la maximización de los efectos; la aparición de síndromes y enfermedades debidos tanto a alguna de esas técnicas –la aguja, principalmente– como a la adulteración de los productos; etc.)[8].

Así pues, desde una óptica de la gestión de la salud pública, el modelo en cuestión crea unas enormes dificultades en los tres momentos en que, convencionalmente, se centra la intervención sociosanitaria; es decir, la prevención, el tratamiento y la reinserción de los drogodependientes.

Por lo que se refiere al *tratamiento,* la estigmatización que supone la actual criminalización de las drogas implica una dificultad de contacto entre los servicios socio-sanitarios (especialmente los públicos) y las personas que, teóricamente, más

8. Este punto está inspirado en GONZÁLEZ et al., 1989; aunque en este momento empieza a haber ya una mayor literatura en esta misma dirección.

se podrían beneficiar de estos servicios, lo que se pone de relieve sobre todo en dos grupos: aquellos más marginalizados por sus procesos de dependencia a ciertas drogas ilegales, que acaban viviendo en unas subculturas específicas cada vez más distanciadas de la subcultura institucional (y el hecho de que esto no sea más que una intensificación de un fenómeno que se da en todos los servicios sociales en general no es ningún consuelo, sinó que refuerza el argumento); y aquellos más normalizados, para los cuales la asistencia a estos servicios implicará la mayoría de las veces un "descubrirse" ante la sociedad, pasando a formar parte de la categoría estigmatizada de "drogadictos", con todos los problemas que ello conlleva desde el punto de vista familiar, laboral, etc.[9].

En cuanto a la *prevención,* algunas de las principales orientaciones que se propugnan desde los profesionales de la intervención serían:

a. Un elemento básico que en el campo de la prevención se tiene cada vez más en cuenta, por lo menos a nivel teórico, es el de *no intervenir sin sentido*, acuciados por la alarma social o por algún inexorable imperativo moral (claro que la mayor aceptación de este principio en unos momentos de crisis fiscal del Estado podría parecer aquello de "hacer de la necesidad virtud", zafándose así de unas obligaciones elementales. No es esto lo que aquí se plantea). Pero es evidente que en el terreno de los servicios sociosanitarios –y no sólo en el caso de la historia del prohibicionismo, que sería un ejemplo paradigmático– tenemos suficientes ejemplos que refrendan aquello de que, a veces, "es peor el remedio que la enfermedad".
b. La educación sobre drogas debe estar integrada en el marco más amplio de la *promoción de la salud*, que no es más –ni menos– que un instrumento de que se puede dotar la sociedad para intentar vivir un poco mejor, y no algún tipo de objetivo metafísico en sí mismo (ideologías de la salud / "salvíficas"). Dentro de ella, se da una importancia básica a los componentes afectivo-comportamentales, por encima de los aspectos meramente cognitivos.
c. Esto se traduce por una opción preventiva que parece tener una mayor efectividad a medio y largo plazo, que es la de implementar un *modelo participativo*, en lugar de un modelo prescriptivo. Es decir, aquél que prima la identificación de los problemas por el grupo afectado más que la prescripción del especialista; la educación a través de los canales de socialización a la mera información persuasiva; la discusión en grupos de trabajo a las consignas de los Medios de Comunicación Social o los consejos del experto; los objetivos y métodos específicos (para sectores de población, contextos diversos, etc.) a las campañas generales[10].

9. Ver al respecto ROMANÍ et al., 1989; DÍAZ et al., 1992; y HERNÁNDEZ, I., 1993.
10. Un cuadro de síntesis de este modelo particiativo de prevención se encuentra en GONZÁLEZ et al., 1989, 104.

Finalmente, la llamada *reinserción social* de los drogodependientes (más allá de la nebulosidad del propio concepto) queda, en las actuales condiciones, casi como una invocación ritual, cuando no como una quimera, pues el modelo dominante da toda una carga de baterías argumentales y justificatorias a aquellos individuos, grupos sociales y –lo que es mas grave– instituciones que, ante "el drogadicto", generan unos procesos de exclusión y segregación como parte de su identificación normativa con el sistema. Dicho de otra manera, que cuando logran activarse las redes sociales de cara a la tan cacareada reinserción social de un drogodependiente ocurre al margen , o a pesar de, las condiciones dominantes y, en muchas ocasiones, significa un tal sobreesfuerzo en todos los sentidos, que no puede pretenderse su generalización[11].

No hay duda de que, de todas las consecuencias negativas que se pueden relacionar de alguna manera con las políticas surgidas del modelo prohibicionista de gestión de las drogas, la que ha tenido un mayor impacto ha sido la aparición del Sida, junto al recrudecimiento de algunas enfermedades que se creían controladas, como la tuberculosis. La alarma social en torno a ello, y las disfuncionalidades que podía suponer, han podido contribuir a que aquellos replanteamientos de los profesionales a los que nos hemos referido hayan encontrado un cierto apoyo en instituciones públicas e incluso en sectores sociales que hasta el momento no se habían planteado el tema.

2.4.2. Características básicas del nuevo modelo

Así pues, los grandes –y tan a menudo, inasequibles– objetivos de "acabar con la droga", o los tratamientos libres de drogas como único modelo existente desde principios de los setenta, tendrán que ir cediendo paso a planteamientos más flexibles, que serán recogidos por organismos internacionales como la ONU, la OMS o la Comunidad Europea; muy significativa resulta una de las resoluciones del Consejo de Ministros de la Salud de ésta del 16-V-89: "Las políticas de acción para resolver los problemas que resultan del consumo de drogas deberían revisar su objetivo final –abandono del consumo– y considerar objetivos intermedios –disminución de la mortalidad, limitación del riesgo de infección por VIH u otros agentes infecciosos, reducción de la marginalidad, etc.–, como aspectos esenciales que hay que atender" (Nieva, 1995:26).

Ello no quiere decir, según las políticas oficiales hoy dominantes, que se tengan que olvidar los tradicionales enfoques abstencionistas y los tratamientos libres de drogas. Por parte de muchos sectores profesionales y, sobre todo, de los organismos internacionales, se pretende una implementación de medidas "técnicas"

11. Ver, al respecto, RODRÍGUEZ CABRERO, 1988 y ROMANÍ, 1993.

permita una ampliación de las posibilidades de intervención, a través de la diversificación de la misma. De hecho, la emergencia del modelo que estamos analizando se puede relacionar con la evolución de la propia oferta asistencial que, organizada desde "modelos de espera", se ve impotente para atender a sectores de clientes potenciales que representan un tipo de drogodependiente no contemplado en el modelo tradicional; lo que produce la presión de los sectores sociosanitarios que más arriba hemos mencionado. Todo ello puede presentarse como un resurgimiento del modelo sanitarista, sin más[12].

Pero veamos algunos aspectos centrales del nuevo modelo, que nos permitan profundizar un poco más en el análisis de sus contradicciones con los paradigmas de gestión hegemónicos.

Según una reciente publicación del PNSD español, los Programas de Disminución de Daños y Riesgos (PDDR) se definirían como "el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas". Los objetivos generales de dichas intervenciones serían:

- Fomentar el desarrollo de una política sanitaria y social con una red de asistencia para los drogodependientes adaptada a sus necesidades y demandas y, consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sociosanitario.
- Crear recursos de ayuda para los drogodependientes que, por las circunstancias que sean, no están en condiciones de iniciar un tratamiento relativo a su adicción.
- Ayudar en la aceptación de las drogodependencias como una realidad que, por el momento, no dejará de existir, e impulsar un conjunto de ayudas sociales que mitiguen la marginalidad y la consiguiente exclusión social. (Nieva et alt., 1995:27).

Todo ello se traduce en la puesta en marcha de programas de mantenimiento y tratamiento con metadona (y también con heroína); de suministro e intercambio de jeringuillas y preservativos; de intervención sanitaria directa; programas móviles con recursos informativos, servicios sociosanitarios, etc.; o centros de acogida.

Es evidente que todo esto se está dando ya en un contexto que todavía es el de la criminalización y la estigmatización de "la droga". Pero, tal como hemos adelantado antes, los costes del desarrollo de estas políticas en el mencionado contexto las harían inviables a medio plazo, ya que implican una cierta normalización, no ya de los usos de drogas, sinó de la coexistencia con las drogodependencias como fenómeno social. Y esta normalización tiene sustanciales áreas de incompatibilidad con las políticas prohibicionistas cuyo mantenimiento, vistos los elementos anteriores, podría salir muy caro a la sociedad actual.

Para algunos sectores profesionales, quizás todavía minoritarios, no lo sé, parece claro que esta nueva orientación de las políticas de intervención tendría que

12. Así parece analizarlo SÁNCHEZ PARDO, 1993.

suponer, para asegurar su desarrollo coherente, un paso en el cuestionamiento del paradigma sobre las drogas hoy por hoy hegemónico. A muchos otros, es posible que la "ilusión terapéutica" les impida reconocer esto y las consecuencias que, a medio plazo, ello puede implicar. Y tanto en un caso como en otro, más allá del reconocimiento –o no– discursivo de la cuestión, lo que puede resultar, en ocasiones, difícil de detectar, de integrar como formas de trabajo, de sistematizar, etc. son las nuevas formas de relación y actuación que exigen dichos replanteamientos respecto a los distintos tipos de clientes, de drogodependientes y/o familiares de los mismos, a los colegas y las instituciones en las que se trabaja, a los vecinos y ciudadanos en general...[13].

Digo esto porque son muchos años de una socialización muy radicada emotivamente sobre "la lucha contra la droga", "la eliminación de la droga" u otras frases trascendentes y admito que no debe ser fácil "cambiar el chip", es decir, hacer el salto conceptual de pensar que lo importante es la reducción de la frecuencia del uso de drogas, a tener como objetivo la reducción de la prevalencia de los daños relacionados con las drogas. En este caso, lo que nos tenemos que plantear es optimizar las consecuencias del uso de drogas, es decir, incorporar dos aspectos complementarios como son la reducción de daños y el aumento de beneficios, cosa que en algunos casos pasará por la reducción de su uso, pero que en otros no tiene porque ser así[14]. Pero claro, los responsables político–administrativos se encuentran encorsetados por unos convenios internacionales, con una orientación política muy sesgada, que dificultan un tipo de intervención sobre los problemas de las drogas indispensable en la era del Sida, si se quiere paliar de alguna manera lo que estas mismas orientaciones políticas tan sesgadas, de tipo prohibicionista y criminalizador, han contribuído a crear.

Estaríamos, en definitiva, ante un nuevo momento en los continuos procesos de redefinición del riesgo, de los umbrales del mismo que estamos dispuestos a aceptar, de sus formas de gestión, de sus elaboraciones culturales, etc. Y los aspectos técnico-profesionales, por más que sean centrales en nuestro tipo de sociedades contemporáneas, forman parte de unos procesos ideológicos más generales en los que la manipulación simbólica implicada tiene que ver con la confrontación entre distintas formas de ver el mundo y, por lo tanto, con los posicionamientos en los conflictos inherentes a las relaciones de poder.

13. Un buen ejemplo de las distintas posiciones profesionales mencionadas lo constituye el libro recientemente traducido de O'HARE et al., 1995, que sitúa el debate tal como se plantea en este momento, en líneas generales, a pesar de ser un tanto "anglo-céntrico".

14. Se puede plantear, p. ej., que la despenalización del uso de *cannabis*, además de separar del mercado ilícito de las drogas "duras" a los nuevos consumidores, tendrá el efecto de reducir el consumo de alcohol o de cola esnifada en edades tempranas. Ver al respecto el interesante artículo de NEWCOMBE, 1995.

BIBLIOGRAFÍA

CANCRINI, L. (1982): *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani.* Roma, Nueva Italia Científica.

CLOYD, J. W. (1985): *Drogas y control de información.* Buenos Aires, Eds. Tres Tiempos.

COMAS, D. (1986): "La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales". *Revista Española Investigaciones Sociológicas,* 14:57-81.

DÍAZ, A.; BARRUTI, M. y DONCEL, C. (1992): *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona.* Barcelona, ICESB – Ajuntament de Barcelona.

DOUGLAS, M. (1991): *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú.* Madrid, S. XXI Eds.

DOUGLAS, M. y WILDAVSKY, A. (1982): *Risk and Culture.* California University Press.

ESCOHOTADO, A. (1989): *Historia general de las drogas.* Madrid, Alianza Ed.

FURST, P. (1980): *Alucinógenos y cultura.* México, F.C.E.

GAMELLA, J. y MARTIN, E. (1992): "Las rentas de Anfión. El monopolio español del opio en Filipinas (1844-98) y su rechazo por la administración norteamericana". *Revista de Indias.* Vol. LII, 194:61-106.

GEERTZ, C. (1987): *La interpretación de las culturas.* México, Gedisa.

GONZÁLEZ, C. et al. (1989): *Repensar las drogas.* Barcelona, Grup IGIA.

HAMAYON, R. N.: "De la portée des concepts de 'transe, extase...' dans l'étude du chamanisme" in

HERNÁNDEZ, I. (1993): "Los propios dispositivos asistenciales generan una dinámica excluyente en parte de la población consumidora de heroína?". En VV.AA.: *Las drogodependencias...* 271-288.

MENÉNDEZ, E. L. (1990): *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica.* México, Alianza Ed. Mexicana.

NEWCOMBE, R. (1995): "La reducción de los daños relacionados con la droga: un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación". En O'HARE et al., 25-39.

NIEVA, P.; BAULENAS, G. y BORRAS, T. (1995): *Centros de encuentro y acogida.* Madrid, PNSD.

NOWLIS, H. (1975): *La verdad sobre las drogas. La droga y la educación.* Paris, UNESCO.

NN.UU. (1988): *Plan amplio y multidisciplinario de actividades futuras en torno al problema del uso indebido y del tráfico de drogas.* Viena.

O'HARE, P. A. et al. (1995): *La reducción de los daños relacionados con las drogas.* Barcelona, Grup IGIA.

PALLARES, J. (1995): *La dolça punxada de l'escorpí. Antropologia dels ionquis i de l'heroïna a Catalunya*. Lleida, Pagès.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1988): *La integración social de drogodependientes*. Madrid, PNSD.

ROMANÍ, O. (1993): "Asistencia y relaciones informales: la integración social de los drogodependientes". En VV.AA.: *Las drogodependencias...* 251-270.

ROMANÍ, O. et al. (1992): *Drogodependientes: circuitos informales y procesos de integración social*. Barcelona, IRES.

ROMANÍ, O.; ESPINAL, N. y ROVIRA, J. (1989): *Programa de presa de contacte amb drogodependents d'alt risc*. Barcelona, Institut Municipal de la Salut.

SÁNCHEZ PARDO, L. (1993): "Las perspectivas de los programas de reducción de daños para drogodependientes en España". *Revista Trabajo Social*. 130:55-66.

TURNER, V. W. (1988): *El proceso ritual*. Madrid, Taurus.

VEGA FUENTE, A. (1992): "Modelos interpretativos de la problemática de las drogas". *Rev. Española Drogodep*. 17 (4): 221-232.

DE LAS SUPERSTICIONES A LA MEDICINA POPULAR. LA TRANSICIÓN DE UN CONCEPTO RELIGIOSO A UN CONCEPTO MÉDICO[1]

Josep M. Comelles
Departament d'Antropologia Social i Filosofia
Universitat Rovira i Virgili

A Paolo Bartoli, Tullio Seppilli y Paola Falteri

En la historia del folclore de Alejandro Guichot y Sierra ([1922] 1984), la palabra *medicina popular* aparece sólo en cuatro ocasiones en los numerosos libros anteriores a 1900 que hacen referencia a creencias o prácticas populares acerca de la prevención o la curación de enfermedades[2]. En ellos, en cambio,

1. Esta ponencia forma parte de una línea de investigación sobre el significado de las técnicas etnográficas en la práctica asistencial financiadas por dos contratos de investigación de la DIGYCIT. La investigación documental se hizo en la Biblioteca de la *Real Acadèmia de Medicina de Barcelona* y en la *John Blocker Rare Books Collection de la Moody Library* de Galveston, Tx. El texto retoma aspectos apuntados en una serie de trabajos en colaboración con Ángel Martínez Hernáez (1993, 1994), y sugerencias de Enrique Perdiguero, Tullio Seppilli y Eduardo Menéndez, pero sobre todo es el fruto del descubrimiento del fascinante mundo del folclore médico positivista italiano de la mano de Tullio Seppilli, Paolo Bartoli y Paola Falteri, a los cuales dedico muy afectuosamente este texto.
2. Guichot cita a Black ([1881] 1982), Zanetti ([1892] 1978), Pitré (1896) y Höfler (1888) *Medicina Popular*, Munich, del cual ignoro el título en alemán. Pitré (1896:464-65) reseña cuatro monografías italianas con el título *medicina popolare*. Bourke ([1894]1976:221) cita una *Folkmedicine of Pennsilvania Germans*. Los únicos que tuvieron influencia internacional fueron Pitré y Black.

hallamos las palabras "superstición, error, usos y costumbres y prejuicios". Medicina popular, tampoco aparece en los libros de vulgarización médica que Guichot pasa por alto[3].

La atención a las prácticas terapéuticas o preventivas populares no es únicamente patrimonio de esos dos géneros, encontramos referencias sobre ellas en tratados de medicina práctica, repertorios de botánica medicinal, artes de recetar y libros de farmacología, textos teológicos y en una extensa documentación religiosa o médica cuyos ejemplos más característicos son las topografías médicas o los libros de visita pastorales. Son testimonios etnográficos, en parte obtenidos directamente, en parte recopilados, simplemente plagiados o traducidos y, a menudo, reeditados una y otra vez[4]. Ello hace abrigar dudas razonables sobre su fiabilidad, que no sólo es el fruto de sus condiciones de observación, sino también de los objetivos y el significado que sus autores atribuían a sus observaciones que muy a menudo nada tienen que ver con lo que nosotros consideramos hoy "etnológico" o "antropológico" (Comelles 1995).

Por esto último, estimo que debemos tratar de desvelar los significados originarios de esas nociones[5], para poder comprender las contradicciones que emergen de su poco crítica utilización actual. Hemos de preguntarnos por el contexto en que se acuña la noción de medicina popular a fines del s. XIX; por qué la noción de superstición sobrevive en el folclore europeo del siglo XX; por qué cuando los antropólogos anglosajones se plantean en los cincuenta-sesenta la necesidad de proponer un campo específico de estudio no revisan la terminología construida para identificarlo y se limitan a aceptar los argumentos descriptivos de Ackercknetch[6].

3. Estos fueron desde el Renacimiento repertorios de consejos prácticos, remedios populares, terapéuticas hipocrático-galénicas y más recientemente, incluso de medicamentos de farmacia. Constituyen un género específico, extremadamente difundido en lenguas vernáculas con títulos como *breviario de la salud* (Boorde 1547), *tesoros de los pobres*, o los más ilustrados de *medicina doméstica*. Ver Perdiguero (1990, 1992), que contiene también un estudio profundo sobre el impacto de una parte de la literatura traducida al castellano. Una visión transcultural del mismo en la Europa Moderna está en Porter (1992).

4. Esta documentación está lejos de ser estudiada ampliamente aunque algunos han llamado la atención sobre ella (Porter 1992) y su importancia etnográfica (Perdiguero, Balaguer, Ballester, y Bernabeu (1990), Balaguer, Ballester, Bernabeu y Perdiguero (1990), Prats (1989). Ver también Fussell (1992), sobre su dinámica editorial.

5. La palabra supervivencia (*survival*), fue la respuesta de Tylor a las connotaciones que ya tenía la palabra superstición (1977 ,I:83). Una discusión amplia de ambos conceptos en Tylor está en Cuche (1978:19 y ss.).

6. Ackercknetch (1984:7-8) distingue entre *medicina primitiva, etnomedicina* y *folk-medicina*. El primero remitiría a las sociedades aborígenes; *etnomedicina* sería una concesión política de los antropólogos en los años cincuenta y *folk-medicina* (*medicina popular o tradicional*) debería reservarse a los modelos sincréticos de medicina en las sociedades históricas y se compondría de una mezcla articulada de *medicina primitiva*, galenismo y tecnología médica.

Los únicos intentos en ese sentido los encuentro en la antropología italiana[7]. Cirese (1978), Bronzini (1983) tratan de hacerlo a partir de sendas revisiones del folclore médico italiano positivista. Sin embargo, parece interesarles más la significación de conjunto del folclore en el contexto del proyecto ideológico de la burguesía italiana de su tiempo que desvelar la específica del folclore médico. A mi juicio, ese reduccionismo les impide matizar un aspecto fundamental en la génesis del concepto de medicina popular como base del folclore médico moderno y que le diferencia de otros campos del folclore y aun de la antropología, me refiero a su posición en el contexto de la práctica médica. Este último paso lo hacen Bartoli y Falteri (1987) y Bartoli (1989) enlazando el desarrollo de los estudios sobre medicina popular con el desarrollo de la sanidad moderna en el estado unitario italiano. Este enfoque remite el significado de la medicina popular, y por tanto el de sus relaciones con la "oficial" –en términos de Bartoli–, con el problema de su significado en la construcción del papel mediador de los profesionales de la medicina como intelectuales orgánicos que configuran los valores dominantes de esa burguesía en la comprensión, interpretación y gestión de esos modelos de creencias y prácticas populares. Si aceptamos que los principales estudiosos de la medicina popular –los que la conceptualizan–, son sobre todo médicos en un período en que se está configurando el modelo médico actual, podemos pensar que su interés no es sólo el de aportar algo al folclore o a la antropología, sino también acotar un espacio en el que emergen transacciones derivadas de los ajustes ideológicos del propio modelo entre lo biomédico y lo social cultural. Mi hipótesis es que la construcción de este concepto sería fruto de tres operaciones intelectuales: la necesidad estratégica de establecer los límites culturales del modelo médico tras el triunfo de las teorías degeneracionistas y del pastorianismo; la necesidad táctica de establecer unos límites precisos entre lo que es patrimonio de la religión –en especial de la Iglesia católica– y lo que pertenece a la biomedicina[8]; y las necesidades específicas del proceso de medicalización plena de las sociedades campesinas europeas una vez conseguida, en Europa, la de las sociedades urbanas.

7. Este debate ha resultado central en el desarrollo de una antropología de la medicina italiana marxista que se sitúa en las coordenadas de Gramsci y De Martino, y que se construye a partir de desvelar la funcionalidad social e ideológica del folclore en la Italia de la reunificación. En ese contexto el debate sobre la noción de medicina popular implicaba revisar sus condiciones de emergencia. Una buena síntesis de sus posturas está en el espléndido volumen octavo de *La Ricerca Folklorica*, compilado por Tullio Seppilli (1983), así como de las actas del coloquio de Perugia de 1983, compiladas por el mismo autor (1989).

8. No creo que sea un azar que la noción de *medicina popular* se construya en la Europa católica del sur, en un contexto de fuerte cuestionamiento de la influencia de la Iglesia sobre el Estado. A la postre la transición entre el concepto de superstición, un concepto religioso usado indistintamente por médicos y religiosos entre el siglo XIII y el XX, reflejaría el tránsito en la hegemonía sobre el discurso acerca de la salud, de la medicina a la religión.

> El mestre de la superstició es el poble; i en tota superstició els assenyats segueixen als folls; i en una inversió de l' ordre, els arguments són adaptats a la pràctica (Bacon, Assaigs 1976:83).

Cuando Tomás de Aquino, en el siglo XIII, se confronta con las supersticiones, un viejo término de raíces clásicas, que ya Isidoro de Sevilla había elaborado (Del Río 1611:11-13), opta por una clasificación empírica en la que emergen las influencias del aristotelismo[9]. Para el Doctor Angélico, como para buena parte de los otros escritores cristianos que hablan de supersticiones, el problema es resolver la distancia que existe entre el texto dogmático, y el contexto de las prácticas y los saberes populares, con el objeto de establecer unos límites, lo más precisos posibles para que los guardianes de la ortodoxia –confesores, predicadores e inquisidores–, puedan discernir y clasificar. Para Caro Baroja (1967, I:30-31) una vez termina el discurso teológico y la Iglesia desarrolla prácticas específicas –la inquisitorial o la penitencial–, éstas no remiten a la teología, sino a la jurídica y médica[10]:

> El confesor que además de la caridad de padre, no posee la ciencia del juez y la destreza del médico [...] es menester que tu caridad te lleve a adquirir la habilidad del médico (Gaume 1864:64).

El inquisidor, jurista y hombre de leyes antes que teólogo especulativo, y el confesor tienden al racionalismo y al examen sistemático de los hechos y de los testimonios[11]. En su interacción respectiva con los inculpados o los penitentes emerge el problema de la distancia que hay entre los intelectuales que producen el texto –el discurso orgánico–, y su contexto específico de aplicación, en manos de párrocos, predicadores o confesores que median entre los textos y la pobla-

9. Para Caro Baroja (1967, I:46) -que sintetiza muy bien sus aportaciones– este es de un racionalismo fuerte, tajante. El *Ars Notoria* es ilícita y ineficaz porque no se puede pretender adquirir ciencia por procedimientos que no pueden producirla, como son la inspección de ciertas figuras o la enunciación de palabras desconocidas: junto a la influencia de los demonios están una serie de operaciones técnicas, de prácticas carentes de base empírica.

10. Gaume (1864) dedica un capítulo entero de su manual de confesores a la "habilidad del médico" y en el texto maneja sistemáticamente un lenguaje metafórico que remite a la práctica médica. Delumeau (1992:9-44) propone una interpretación psicologicista para la confesión superponible a la idea del médico como tranquilizador y apaciguador de tensiones sociales.

11. Lo cual conduce a exacerbar las penas contra judíos y luteranos y a ir relativizándolas en los juicios por prácticas supersticiosas (Caro Baroja 1967).

ción[12]. Las investigaciones sobre la relación entre médico, paciente y su red social en contextos culturales específicos han puesto de manifiesto la compleja elaboración de lenguajes sincréticos que articulan lo popular y lo culto, la racionalidad con la experiencia subjetiva (Good 1994). Estos ajustes no son privativos de la medicina. En la práctica religiosa y la jurídica encontramos ejemplos parecidos. Desbrozarlo y explorar las técnicas y los métodos de que se valen esos mediadores sociales para asegurar su posición en el contexto social no es fácil. Supone investigar una dialéctica entre el mediador y la población e indagar como se recuperan las experiencias a que los distintos sujetos se ven sometidos, y como se configuran los saberes.

Cuando Lutero y Calvino arremetieron contra supersticiones, milagros, reliquias y santos pensaban –con razón– que en la configuración de esas creencias hubo connivencias entre mediadores y mediados y que esta estrategia temporal derivada de los intereses de la Iglesia como organización desvirtuó los textos sagrados. Desde una perspectiva de teólogo y por tanto de teórico, los esfuerzos del tomismo iban en el mismo sentido pero quizás con una menor radicalidad. El cristianismo medieval tiene una idea bastante clara de lo que significan las relaciones entre los discursos y las prácticas hegemónicas y los discursos y las prácticas subalternas, y haciéndolo tiene una concepción no enfrentada de unos y otros. Saben que la existencia de prácticas subalternas permite a la burocracia eclesial mantener su hegemonía. El desafío de Calvino y Lutero cuestiona los compromisos de la burocracia eclesial con las culturas subalternas y con ello torpedean el conjunto del dispositivo de protección y seguridad sobre el que la Iglesia construyera su hegemonía durante la Edad Media. La pureza teológica de los reformadores les impide ver, en un primer momento, cuán fundamentales habían sido esas prácticas en la reproducción de la religión y en la fundamentación de su propia hegemonía intelectual. La paradoja con que se topa la reforma es que pese a su propósito de pureza teológica muy pronto se ve confrontado con la necesidad de establecer, a su vez, compromisos con ciertas prácticas y rituales populares que tienen que ver con el dispositivo de seguridad individual y colec-

12. Paul (1988:63-87) describe los esfuerzos precoces en el período de Carlomagno por dotar a los párrocos de textos que fijasen la ortodoxia para impedir las interpretaciones libres derivadas de la transmisión oral. Tenemos hoy una excelente literatura antropológica sobre esas relaciones en sociedades aborígenes, no la tenemos tan buena sobre médicos, sacerdotes católicos, rabinos o pastores protestantes, y sin embargo sus posiciones respectivas, con independencia de sus prácticas y de los saberes que proyecten, tienen unas profundas relaciones estructurales que tienen que ver con su posición jerárquica en organigramas complejos, con la necesidad de imponer unas reglas del juego a las que las clases populares se resisten. Gramsci elaboró un fino modelo teórico para estructurar las observaciones en este sentido (1983:38-56).

tiva[13]. El concilio tridentino no planteó una ruptura radical como la de la Reforma, porque intuyó que desmantelaría la centralidad burocrática de la Iglesia y propiciaría su estallido en núcleos locales, de ahí las concesiones al mantenimiento de ciertas prácticas, los intentos por recuperar el control sobre otras, o los cambios de rumbo de ciertas referencias protectoras, como desplazar sobre la Virgen la anterior hegemonía de los santos.

La actitud contemporizadora de la Iglesia católica garantizó la persistencia de un dispositivo de mediación basado en santos, vírgenes, reliquias y santuarios, y situó las creencias y las prácticas supersticiosas como un problema religioso, en teoría teológico, pero que implicaba la práctica cotidiana del creyente, y a la de los profesionales, esto es, la práctica microsocial del clero regular y secular. Sobre esta última recayó el control fino de los compromisos entre el discurso teológico y las prácticas y creencias populares. Debe manejar la noción teológica, pero necesita, en el campo, interpretar sus límites. Puede hacerlo rígidamente, pero más a menudo a partir de su conocimiento del medio, de su inserción social, de los límites de su compromiso personal, disociado entre su condición de miembro de la Iglesia y de miembro de la comunidad que también debe comprender a sus vecinos[14]. Construir un límite preciso y rígido entre las prácticas lícitas y las supersticiosas no es posible, puesto que la frontera debe adaptarse a la realidad cultural local, si se quiere mantener la hegemonía de la religión. Por esto la superstición se construye sobre una forma de práctica etnográfica y remite a lo religioso y no a lo médico[15].

Los compromisos de los intelectuales tridentinos a las prácticas religiosas subalternas dio lugar a tres actitudes: una crédula –o quizás cínica–, como la repre-

13. Esta es la conclusión de la documentadísima exposición de Delumeau (1989), en la que revisa materiales procedentes tanto de países católicos –en éstos la reforma tridentina exigió transacciones y compromisos con creencias y prácticas que quedaban fuera de la ortodoxia– como de los países luteranos, en los que el "dispositivo de seguridad" religioso se transforma pero no desaparece sucede aproximadamente lo mismo. Delumeau (1989:473) concluye que las prácticas mágicas persisten de forma "subterránea" (en realidad como prácticas subalternas); que las autoridades religiosas hubieron de hacerse cargo de las angustias ante la enfermedad y la muerte.

14. Quiero llamar la atención sobre la distancia que hay entre el párroco y el intelectual de la Iglesia como Feijoo, cuyo público son inevitablemente las clases ilustradas capaces de leer. Si hoy conocemos un poco las características de la práctica médica, las de la práctica religiosa no están igualmente ilustradas.

15. La medicina era todavía, en tiempos de Trento, una práctica subalterna en términos de dispositivo de seguridad individual y colectiva, aunque empezaba a ocupar un espacio significativo en relación a la lucha contra las epidemias. Con ello recuperan para el papel de mediadores en una serie de procesos sociales y naturales que dejan de ser percibidos como el fruto de la arbitrariedad divina, para depender de circunstancias naturales. Pero no debe olvidarse que los siglos XVI a XVIII estuvieron llenos de rogativas contra las pestes. La amplitud de la noción positiva de seguridad, que propugna Delumeau (1989) es mucho más operativa que la noción de incertidumbre, desgracia e infortunio, puesto que se refiere a conjuntos de prácticas y permite que en su seno se engloben las dimensiones religiosas y las médicas, pero también las de charlatanes, magnetizadores o curanderos.

sentada por el tratado sobre la magia de Martín del Río (1611), en la que el autor dice creer realmente en la intervención de demonios o seres parecidos en la génesis de las prácticas supersticiosas y combate la vana observancia con argumentos etnográficos:

> Se observa vana observación en la curación de ciertos males: como si alguien hace ofrenda de bienes que haya mendigado y recogido de las limosnas de la gente de bien, creyendo que son mas eficaces así; los que piensan que una cruz comprada de limosnas es de mayor virtud; los que hacen oblación a cualquier santo, de cera o de otra manera en la que mezclan los pelos de un hombre o el de un animal enfermo; los que sumergen algunas imágenes en el agua para propiciar la lluvia, (Del Río 1611:472).

Una segunda actitud, representada, en general, por los jesuitas pretende, mediante la casuística racionalmente definida, establecer un catálogo preciso de casos utilizables en la instrucción jurídica, y que permita acotar lo lícito y lo no lícito pero que topa en su aplicación con la enorme variedad cultural de los usos y costumbres y, una tercera actitud, racionalista o ilustrada, cuyo objeto es desbrozar lo válido, como determinadas terapéuticas empíricas y lo no válido fruto de la charlatanería o de la credulidad ciega, y alentar una educación normalizada, basada en la escritura y no en la transmisión oral, para toda la población[16].

Como el discurso sobre la superstición estaba sólidamente formulado por la teología nunca necesitó de un soporte empírico y etnográfico importante. En cambio su uso en la práctica jurídica y penitencial, implicaba la práctica y el conocimiento etnográfico, puesto que en la prédica, la catequesis, la penitencia o la divulgación escrita, la denuncia y la ejemplaridad han de basarse en casos concretos y en prácticas particulares. Denuncia y ejemplaridad, pero no verificación, puesto que esta está en el dogma y no en la práctica, y sobre el dogma reposa el dispositivo de seguridad personal, cultural y social que ofrecía la Iglesia. Validar científicamente las curaciones milagrosas no sólo era técnicamente imposible entonces, sino que era peligroso porque socavaba los cimientos de la fe. En la medida en que la medicina empieza a hacerlo discretamente desde el Renacimiento, como un instrumento de legitimación de sus terapéuticas, también ella había de confrontarse con el valor terapéutico o curativo de prácticas populares que la Iglesia podía considerar o no superstición.

16. En España, Feijoo ([1726] 1986) es el mejor representante de esta tendencia. Combatió en la medicina técnica y en la popular los errores que atribuía a la rutina, la ignorancia y las supersticiones, pero al mismo tiempo defendía la necesidad del milagro como prueba de la fe. Para un análisis crítico del mismo ver Caro Baroja (1967, II:305-339).

DE CURAS, MÉDICOS Y CHARLATANES

Las relaciones entre la Iglesia y la medicina han sido siempre ambivalentes y contradictorias, entre períodos de condena respectiva y períodos de compromiso[17]. Como indica Seppilli (comunicación personal), la Iglesia reprobaba moralmente la práctica supersticiosa pero creía en su eficacia, la medicina en cambio era indiferente a la dimensión moral, pero caracterizaba de ineficaz a esas prácticas. La ambigüedad de la Iglesia refleja la necesidad de unos límites difusos y cambiantes en lo que es fe y lo que es superstición. Esos límites cambiantes permiten ajustes coyunturales en relación con la perspectiva política con la que la Iglesia despliega su poder. Para la Iglesia cualquier curación con medios naturales en un contexto en que la medicina técnica cura poco, y a menudo se parece demasiado a la de curanderos y parteras, puede, si le conviene a la Iglesia, situar a esta en los límites de lo lícito, y durante varios siglos representó una forma de control sobre los médicos que no osaban desafiar su doctrina[18]. Sin embargo, la medicina encuentra en determinados sectores de la intelectualidad religiosa un nivel de entendimiento y de complicidad que va a permitirle, como veremos, una tarea de delimitación de los límites de las prácticas de salud, desde el amplio abanico que recubre la noción teológica de superstición. Polemistas como Feijoo o autores de libros de divulgación como Buchan o Tissot escriben para un colectivo ilustrado, relativamente amplio, y que como señala pertinentemente Caro Baroja (1967, II:326) está viviendo una transición ideológica muy significativa que le lleva a no creer ya en según qué cosas. Esta transición afecta también a los colectivos profesionales de clérigos, juristas o médicos, y ello explica en buena medida que no sea demasiado necesario dar una definición operativa de qué se entiende por errores populares o supersticiones vulgares, sino simplemente caracterizar ante un lector educado a la masa informe no educada. Esta connivencia entre unos y otros, pero aun no conflicto, implica que los médicos deban tomar consciencia de sus limitaciones técnicas y no se sitúen aún como una alternativa a la religión:

> Muchos imaginan que el médico es omnipotente, capaz de hacer milagros, aunque esté citado junto a cualquier hombre que pueda morir. De los muchos casos y accidentes que cada día debe supervisar siempre hay algunos que deben ser inevitablemente mortales y en los cuales el

17. He explorado esas relaciones en otro lugar (1994, 1995) en términos de competencia en la hegemonía política de sus respectivos discursos orgánicos.

18. La actitud de los médicos era contradictoria, frente a denuncias del charlatanismo tan precoces como la de Ciruelo ([1530], 1978), hay textos como el de Juan de Alonso de los Ruizes de Fontecha (1609), profesor de la Universidad de Alcalá, en un tratado ginecológico, destinó un capítulo íntegro a examinar las técnicas de adivinación destinadas a establecer el sexo del feto, y en su estudio sobre la patología del neonato, destinó un largo y documentadísimo capítulo al mal de ojo. Los límites entre lo religioso y lo médico, entre lo natural y lo creencial se hallan fuertemente imbricados.

único bálsamo es aliviar temporalmente el sufrimiento o una breve prolongación de la vida (Gross 1875:8).

Límites que ponen de manifiesto, en el siglo XIX, la condición subalterna de la medicina en un dispositivo colectivo de seguridad, hegemónicamente controlado por la religión. El cura no es un enemigo, es un aliado:

> En el campo, sólo con el cura podéis esperar relaciones útiles y agradables. Os transmitirá informaciones topográficas, apuntes morales, detalles domésticos sobre su parroquia. A menudo no es sino a él que pertenece el secreto de decidir a un enfermo a operarse. Puede en vuestra ausencia vigilar vuestras recetas, leerlas, explicarlas, corresponder con vosotros y ayudaros a propagar la higiene y la vacuna (Munaret 1840:21).

y el médico, el paladín de la religión:

> Un médico ilustrado puede hacer mucho por promover la religión, la moral y la causa de la educación. Con su ejemplo, y el de su familia, debe ayudar a desarrollar el nivel mental y moral, allá donde esté, y contribuir a la mejora general del gusto y de las artes (Ware 1849:34)

La intención de curas y médicos es luchar contra la ignorancia en la inteligencia que ésta se constituye como un obstáculo a sus intereses de mediación social:

> Tarea bien difícil pero digna de la mayor atención para todos aquellos hombres, que, dedicando su vida a la instrucción de las masas y la ilustración de las clases por medio de la incesante labor del periódico, deben conocer profundamente, para combatirlas, como perjudiciales ciertas supersticiones, y creencias aún tan arraigadas en el corazón de nuestros campesinos (Barreiro 1973:29).

Pero esos intereses divergen en su especificidad, puesto que los obstáculos a la práctica médica no son del todo iguales:

> Comment a –t' on pu jusque à present tolérer et même accréditer un nombre infini de Charlatans et de Falsificateurs qui attentent impunement a la conservation dels Citoyens, soit par ignorance, soit par avidité. Et par quels moyens le public se garantira t' il des pieges de ses hommes adroitement perfides, qui emploient toute son industrie a sophistiquer ou corrompre leurs denrées et a tromper les yeux du vulgaire, et a vendre au malhereux, qui vient leur demander des secours un remède mal prepare, ou falsifié ou faible, ou même pernicieux (Baume 1762:I)

y esto representa denunciar la inhibición de las autoridades:

> Como, pues, en nuestras plazas públicas, en las ferias y santuarios, el ciego, juglar degenerado de nuestros tiempos enhiesto el estandarte que representa los crímenes y los milagros más estólidos pregona y vende entre sus coplas detestables libros de recetas para curar toda clase de enfermedades, sin la aprobación necesaria de las juntas de Sanidad? (Barreiro 1973:29)

o ante una población que cada vez más es capaz de leer, emplear lo escrito para desvelar lo que se oculta tras el secreto:

> Este librito no tiene otro objeto que coleccionar las supersticiones para que el día de mañana sirvan de curiosidad histórica. A la par me propongo hacer ver a los engañadores, echadoras de carta, curanderos, etc. que conocemos esas prácticas y esas oraciones que ellos ocultan tanto y en cuyo misterio fundan la virtud que les atribuyen para favorecer su engañosa industria. Mis primeros y más crueles enemigos son los que aún tienen fe en las supersticiones que señalo. Que conozcan todos las supersticiones, que vean de dónde han nacido, que sepan por qué hay quien tiene interés en sostenerlas, y que celebren las ridiculeces que encierran; fueron también móviles que han guiado mi pluma al trazar las líneas del libro que os presento, modesto por ser mío e incompleto porque, dado el corto plazo de que dispuse para hacerlo, carece seguramente de muchos datos (Rodríguez López 1974:12).

Una parte de estos textos hacen referencia al hecho que determinados saberes populares se alimentan de una extensa literatura específica, cada vez más frecuente y difundida (ver Fissell 1992):

> La estafa que se ejerce embruteciendo y engañando al pueblo con las coplas milagrosas no debe consentirse, pero mucho menos aún la venta de tal género de folletos, y también la propugnación de ciertas teorías y el ejercicio público de los curanderos suelen ocasionar considerables perjuicios (Barreiro 1973:54),

que se explican por las carencias del estado incapaz de construir un dispositivo educativo que no deje en manos de libros como el Ciprianillo la instrucción de las masas:

> El Apéndice, copiando pie de la letra varios capítulos del famoso libro de San Cipriano, denotará el grado de instrucción que con tales maestros y bajo semejantes monarquías españolas alcanza este abandonado y desatendido pueblo gallego a fines del siglo XIX; haciéndose necesaria por nuestra parte, no sólo una enérgica protesta en contra de los gobiernos y de las leyes centralizadoras que ahogan insensatamente con nuestra inteligencia los más fecundos gérmenes de la prosperidad del Estado, y le debilitan y deshonran ante el mundo culto con la muerte violenta que sufren todas las aspiraciones liberales de Galicia (Barreiro 1973:69).

La falta de escuelas e instrucción impiden la erradicación de consejas y costumbres absurdas:

> Por eso opino que una de las principales causas de la superstición en Galicia es el abandono con que los maestros y los curas, que son las dos autoridades más dignas de crédito para nuestros aldeanos miran estas creencias, pues debieran destruirlas, analizando error por error e ilustrando a las gentes en las verdades que combaten sus preocupaciones. Pero eso no sucede. Por el contrario, jamás he oído que los curas prohibiesen contar a lo niños cuentos de duendes, brujas, trasgos; etc. Los padres, y sobre todo los abuelos, se complacen en contemplar la atención y el entusiasmo con que las inocentes criaturas escuchan aquellos cuentos, referidos como cosa cierta (Rodríguez López 1974:74).

Maestros y curas, pero no médicos. ¿No es consciente Rodríguez López de lo que él en su práctica hace respecto a la educación para la salud de sus enfermos? Recolectar supersticiones es mas fruto de la curiosidad que de un propósito específico o sistemático:

> Hace ya tiempo que tenía la curiosidad de retener en la memoria o de apuntar las supersticiones que llegaban a mis oídos o que observaba en los pueblos adonde me ha llevado mi profesión o mis asuntos; pero es posible que no se me hubiese ocurrido todavía hacer un estudio especial de las creencias supersticiosas de los gallegos a no haber propuesto dicho tema para el certamen literario-musical (Rodríguez López 1974:12)

y que se combina con esfuerzos por denunciar. En cambio no hay una metodología sistemática, aunque puedan reconocerse trazas del pensamiento antropológico del XIX:

> El estudio minucioso de las creencias y preocupaciones vulgares y su relación con las antiguas religiones de las diversas razas que poblaron esta tierra, con las doctrinas y practicas que constituye la herejía priscilianista o con las de la religión católica últimamente dominante (Barreiro 1973:29)

El caso de Rodríguez López es interesante, puesto que parte del esquema teórico de los teólogos en relación a las supersticiones, aunque al haber de plantear el despliegue empírico de los datos también haya de recuperar las influencias de la antropología y de las teorías sobre los *survivals*:

> Es sabido que muchas de las cosas que hoy consideramos como supersticiones algún día no lo han sido y, por el contrario fueron tenidas como artículos de fe, como verdades inconclusas. Este librito no tiene otro objeto que el coleccionar las supersticiones para que el día de mañana sirvan de curiosidad histórica (Rodríguez López 1974:12).

Pese a que Rodríguez López no se plantea su texto como un panfleto político -como hacía Barreiro-, sino como un simple y modesto libro de denuncia y divulgación, el empleo del discurso teológico sobre la superstición le valió la reacción violenta de un sector de la jerarquía religiosa. Para los curas lucenses había franqueado en su libro la sutil barrera entre la superstición y la que no lo era, situando ciertas prácticas avaladas por la Iglesia como supersticiones. Esta reacción pone de manifiesto una crispación probablemente vinculada a la proliferación de textos mediante los cuales el liberalismo anticlerical denunciaba el "oscurantismo" eclesial:

> ¿Qué añadiremos acerca del agua de la Pascua, de los amuletos, de los santuarios favorecidos por la Iglesia, centros de todo género de fanatismos y supersticiones, en sus curaciones milagrosas, que anulan y condenan al excomulgo, los adelantos de la ciencia? ¿No son éstas también reminiscencias de religiones primitivas y prácticas interesadas de las modernas? (Barreiro 1973:66).

El conflicto con Rodríguez López es un ejemplo anecdótico que testimonia la crisis definitiva del viejo compromiso entre médicos y clérigos, y el ascenso imparable de la hegemonía de la medicina positivista en su alianza con la política secularizadora del liberalismo decimonónico. La curación, a fines del XIX, es ya un objetivo fundamental del modelo médico en el que valen todos los recursos, incluso el engaño y la mentira:

> A menudo en los hospitales y en la práctica ordinaria, para responder a las peticiones de los enfermos que exigen ser medicados, el médico ha de ordenar cosas, que como las píldoras de miga de pan no tienen ninguna acción sobre su economía. Y en cambio, como efecto de su trabajo de imaginación algunos relatan mejorías. Y esta sensación es real, y está en proporción a la confianza del enfermo en muchos casos, e impone al médico el deber de intervenir incluso en las enfermedades incurables para las cuales sus remedios son ineficaces. La ciencia no tiene por misión matar la esperanza en el corazón de los dolientes y de persuadirlos que están perdidos sin remisión. Dumas hijo destaca que cuando Dios dijo que mentir era pecado, hizo una excepción con los médicos y les permitió mentir tantas veces al día como enfermos viesen. El médico debe en ciertos casos aprovecharse de la credulidad de quienes le llaman (Grellety, en Bonniot 1878:IV).

Para los médicos positivistas y ateos en los países católicos, apóstoles de la lucha contra el oscurantismo religioso, la creencia en el milagro y en las apariciones sostenida por la Iglesia remite a la magia y a la superstición. El milagro no existe, puesto que la enfermedad y la curación se explican por la naturaleza y la intervención humana y los milagros se reducen a una psicoterapia relacionada con la sugestión, del mismo modo que los éxitos del mesmerismo:

> [...] hay que darse prisa en derribar la obra de los prejuicios y de la ignorancia. Los focos de superstición son como focos de epidemia. Nos vemos obligados a aceptar que las curas milagrosas sean verdaderas curaciones, pero se las presenta como el efecto de una intervención celeste y se las rodea de prodigios y apariciones. Se trata de mentiras prudentes, por no decir útiles; pero aunque beneficien, son mentiras, y eso es suficiente para rechazarlas (Grellety en Bonniot 1879:III).

La progresiva debilidad argumental de la Iglesia ante la fuerza de la medicina anátomo-clínica, y algo más tarde del pastorianismo, queda de manifiesto en las respuestas cada vez más racionalistas con que trata de responder a esos ataques:

> [...] lo que los médicos no admiten es lo sobrenatural [...]. La medicina racionalista acepta los hechos, pero por horror al milagro, los interpreta a su manera, se esfuerza por encontrar causas naturales, y sólo acepta aquellas curaciones que puede explicar, de tal manera que la verdad histórica se extiende a medida que su mente adquiere o más saber o más capacidad de penetración. Al final, los médicos recurren a la fe, a la que atribuyen una sorprendente virtud terapéutica que parece estar ausente de sus remedios. Pero la concepción que tienen de la fe es que es un estado anormal, caracterizado por una lucha entre la voluntad que manda y la razón que resiste. De ahí una lucha en el sistema nervioso que es el agente esencial de la curación (Bonniot 1879:II).

Y aunque desea clarificar el mecanismo de acción de la práctica supersticiosa, su argumentación no se centra en lo cultural, sino en un modelo de relación individualizada entre el curador y el paciente, que expresa la hegemonía del modelo médico:

> Lo que los médicos llaman mentira prudente o piadosa, no es cosa de ciencia sino de práctica médica: no se trata de demostrar, sino de aliviar y si es posible curar. Desde este punto de vista, la mentira prudente se permite y es una obligación: pero lo que llaman los médicos mentira piadosa, no únicamente alivia, sino que cura en Lourdes, y sobre enfermedades sobre las cuales las mentiras reales de los médicos no tienen más poder que sus remedios. Por tanto no es la mentira piadosa lo que solivianta a los médicos (Bonniot 1878:V),

y a partir de esta argumentación trata de construir un límite claro y preciso entre ciencia y religión:

> Llamar mentira a los hechos que han originado las peregrinaciones es abusar de las palabras. Los testigos pueden haber malentendido, pero el problema es saber si el objeto de esos relatos ingenuos es tan real como la indudable sinceridad de sus narradores. La respuesta no es indiferente para el racionalismo. Y no lo es porque si es afirmativa sitúa lo sobrenatural odioso a mano. De ahí los esfuerzos por naturalizar las cosas y por buscar conmociones nerviosas para explicar las curaciones, y alucinaciones para explicar las apariciones (Bonniot 1879:VI).

En este párrafo Bonniot habla de psicopatología, no de supersticiones. Los límites ya no los traza el discurso teológico, sino el discurso anátomo-clínico y experimental. La Iglesia ya no defiende la frontera con la superstición, sino que defiende el espacio nuclear de la fe, su posición en el dispositivo de seguridad colectiva:

> La guerra contra las peregrinaciones es una guerra de facciones que hay que situar. Lourdes no es un artículo de nuestra fe. El ejército de la incredulidad culta dirige sus esfuerzos sobre otro punto fundamental para la religión. La religión cristiana reposa sobre hechos milagrosos; están en su nacimiento, la acompañan en sus avances y en su existencia secular. Suprimir o no tal o tal otro milagro, sino el milagro en la historia es suprimir la religión que no puede existir sin el milagro. Los médicos aceptan la realidad histórica del milagro, pero apartan del mismo los elementos sobrenaturales, los más sagrados, los más dignos de respeto a los que convierten en desórdenes cerebrales, no hay revelación sin alucinación o neurosis. Esta blasfemia se la apropian hasta los más moderados: su respeto por la religión no es más que *politesse* (Bonniot 1879:VII).

Politesse, la de Rodríguez López buscando la reconciliación con la Iglesia. Pero la defensa ya no puede hacerse con los instrumentos directamente políticos que habían sido la regla durante su hegemonía. En una sociedad progresivamente secularizada y civil, la Iglesia debe ampararse en el positivismo que combate, en el uso, esta vez sistemático, de la indagación etnográfica y clínica que va a suministrar una enorme documentación comparativa sobre estados segundos, trances, crisis de agi-

tación, o producción delirante a lo largo y lo ancho del mundo. Muy pronto los milagros de los santos se reducirán a los que el modelo médico esté dispuesto a aceptar. El espacio teológico de la superstición es apropiado por la historia comparada de las religiones y por la antropología evolucionista, deja de ser un debate con los médicos.

El reordenamiento de este campo no resuelve el problema del uso de las prácticas y creencias populares en relación a la prevención y curación de enfermedades. Más al contrario, en la medida en que los países europeos despliegan políticas sanitarias en el campo y envían al campo una legión de médicos rurales que topan directamente con esta problemática. Bartoli y Falteri (1987) y Bartoli (1989) sitúan correctamente el problema de Italia, que no es distinto en muchos aspectos de lo que acontece en España, pero en la medida en que lo perciben como un problema macrosocial no inciden en sus implicaciones microsociales. Me refiero a la interacción que el médico rural establece con su medio, con la experiencia concreta de la enfermedad en el mismo y en la que su modelo de práctica tiene como objetivo erradicar a los otros. Pero este modelo de práctica rural no es un invento del siglo XIX, forma parte de una tradición intelectual cuyas raíces emergen en el siglo IV a. C. y en la que la mirada médica no es exclusivamente la mirada clínica del médico actual, sino la mirada compleja, holística que he denominado en otro lugar práctica etnográfica y que le lleva a interpretar la enfermedad en el contexto social y natural. Esta práctica implica hacer de la necesidad virtud, y reconocer en las prácticas y saberes populares no sólo creencias absurdas o ridículas sino también:

> [...] escarbando en ciertos remedios populares ridículos y absurdos al parecer se encuentra un fondo de verdad que deja atónito [...] ¿Quiere esto decir que toda la medicina popular sea un prodigio de sabiduría? Nada menos que esto, pero conviene a los médicos estudiarla profundamente y con cierto respeto, porque cuando menos se piensa salta la liebre. Y no son pocas las que saltan (Rubio y Gali [1889] 1982:315-316).

Rubio y Gali lo expresa así en una carta que escribe a Machado y Álvarez para responder a su solicitud de información sobre prácticas populares de salud para completar la edición castellana del libro de Black ([1889] 1982). Las liebres configuran intuitivamente un espacio de conocimiento que requiere una atención específica, puesto que se halla fuera de la noción de superstición concebida o como engaño por los racionalistas, o como vana observancia por los teólogos. Territorio exterior que se observa a partir de los esquemas conceptuales del ambientalismo hipocrático y que puede discernirse de la concepción de la superstición como hecho religioso puesto que remite a una concepción empírico-naturalista de la eficacia. A fines del XIX, un médico católico no puede hacer aún un análisis crítico sobre la función de ciertas supersticiones en la reproducción del modelo religioso dominante, pero sí puede recuperar prácticas que enlazan con las suyas propias.

DEL NACIMIENTO DE LA MEDICINA POPULAR

La antropología de salón europea del siglo XIX estuvo profundamente vinculada a la medicina, y aunque se interesó por las supersticiones a las que situó en su contexto religioso, no lo hizo casi nunca por la medicina popular[19]. El primer intento de delimitar este campo se halla en la curiosa obra del jurista escocés George W. *Black Folkmedicine* (1881), que gozó de notable difusión, y fue traducida al castellano en 1889 (Black 1982)[20]. No se propuso escribir, en sentido estricto, una monografía sobre medicina popular, veía a ésta como un objeto interesante de estudio para discutir cuestiones teóricas en antropología. Partió de la observación del sincretismo de las prácticas médicas del campesinado escocés, para terciar en la noción de *survival*, en las hipótesis de Spencer sobre el psiquismo primitivo y para explorar la mentalidad de los campesinos escoceses aferrados a las viejas prácticas médicas:

> hay cientos, millares de hombres [...] cuya incapacidad intelectual [...] no puede ser descubierta por sus hábitos, por sus formas habituales de vida sino por sus supersticiones y sus hechizos (Black 1982:290).

Como objetivo secundario, pretendía poner a prueba las hipótesis de Spencer sobre el origen onírico o epiléptico de las enfermedades, y estudiar las concepciones populares sobre la etiología de las enfermedades con la magia, la religión y el pensamiento natural. Pero era escéptico respecto a la especificidad de este campo como espacio de investigación:

> Construir aisladamente la teoría de la folk-medicine es imposible, porque esta se ha formado de muy variados y distintos materiales; pero quizás no sea una vana ilusión el esperar que en el estudio de los hechos coleccionados y clasificados se encuentre alguna ilustración para la historia intelectual del hombre (Black 1982:294)

puesto que la medicina popular es una masa abigarrada de:

> hechizos, encantos, hábitos y costumbres tradicionales referentes a la conservación de la salud y la curación de las enfermedades, usados hoy y en tiempos pasados (Black 1982:XI).

19. Los etnógrafos norteamericanos que describieron los curanderos aborígenes acuñaron los términos *medicine-man* y *medicine-woman*, el término no remite a la *medicina* como sistema, sino a *medicina* como sinónimo vulgar de *medicamento*. No se plantean la medicina como objeto específico de estudio pero hay cierto número de etnografías específicas, entre ellas la monografía sobre *medicine-man* apaches de Bourke en 1892 (1970), y el estudio sobre medicinas secretas séneca de Parker (1909).
20. Machado y Álvarez (1982) tradujo el título en castellano *medicina popular* y no *supersticiones médicas*, un término empleado antes por Olabarría ([1885]1982), pero no explica las razones de su elección.

La idea de un campo interesante como instrumento, pero no como objeto de investigación en sí, la encontramos formulada también por Paolo Mantegazza ([1891]1978):

> Le superstizioni mediche sono fra tutte, forse le piu interessanti a studdiarsi; non solo per la importanza grandissima che hanno sulla salute e sui costumi di un popolo, ma anche perque la loro analisi psicologica e fra le piu curiose e feconde [...] una superstizione medica e un mirifico pasticcio, en cui entrano tutti quanti gli intringoli della cucina psichica (Mantegazza 1978: XIII).

El escepticismo de Black –y el desinterés de Tylor- es explicable porque ninguno de los dos se halla confrontado directamente con la práctica médica. Vale la pena resaltar este comentario de Mantegazza al explicar los modelos de transmisión de conocimientos en el campo del proceso salud/ enfermedad/atención y que responden a sus observaciones de campo[21]:

> io dicevo que la medicina popolare e il patrimonio di ignoranza e paura che i figli ereditano dai padri, e che arrichito dai capricci della moda, dalle bizarrie della fantasia e dai misteri del ciarlatanesimo, si transmete di generazioni in generazioni come una delle eredità piu sacre ([1891] 1978: XIII).

No se plantea la religión, pero si un proceso específico que se transmite de generación en generación, en torno a experiencias comunes. No sólo entre padres e hijos, sino incluso entre el médico y el paciente, como testimonia este magnífico ejemplo etnográfico:

> una volta, chiamato al letto di una ammalata a Nogoya dell' Entrerios, fui interrogato se sapessi curare il mal de ojo; al que risposi modestamente que essendo medico dovea saper trattare qualunque malattia. Io intanto, fissandola in volto, vedevo gli occhi più lucidi del mondo e acceptaba una spiagazzione a quella singolare domanda. L' inferma, non tardo a raccontare come un tale le haveve gettato una mala sorte, e da quel girono in poi, essa emeteva dai genitali, coleopteri, ragni e ciocche di capelli. Mi credeti zimbello di una burla di cattivo gusto; ma dopo pochi giorni, studiando la malattia e la malatta, trovai qu' essa ingenuamente credeva, che le uscissero dall' corpo gl' insetti e i capelli che cadevano per caso nel vaso da notte ([1891] 1978: XVI).

No he dispuesto para este artículo de las aportaciones etnográficas de Mantegazza sobre América Latina, pero este ejemplo muestra muy claramente la combinación de racionalismo y subjetividad: por un lado el observador piensa que le

21. Mantegazza había publicado unas *Lettere mediche sull' America meridionale* y más tarde otras sobre el Río de la Plata y Tenerife como fruto de un viaje a Nogoya de Entreríos, a donde había sido invitado por distintas colonias de emigrantes italianos. Mantegazza era un anarquista militante, y Menéndez (comunicación personal) indica que su presencia en la zona adquirió caracteres casi míticos:

mienten, y en un segundo movimiento descubre la lógica del proceso y lo comprende. Pero este proceso puede descubrirse desde la situación clínica, que es la que propicia la indagación, y comprendemos hoy, sólo desde ella. Es en la implicación entre la enferma y el médico en la cabecera del primero que es posible acceder a las claves del proceso. Por ello el Mantegazza médico y antropólogo universitario tiene una postura algo más matizada en un par de artículos programáticos posteriores (1887, [1991] 1978)[22].

En su carta-prólogo a la monografía de Zanetti sobre medicina popular en Umbría ([1891] 1978) distingue en las *supersticiones* tres dimensiones: una *humana* –que remite a lo psicobiológico–, una *étnica* –relativa a la naturaleza y a la raza– y otra derivada de la penetración de los discursos médico técnicos que llama *escolástica* o *doctrinaria*. Si de los dos primeros reconocemos el substrato biológico y ambiental característico de la tradición médica hipocrática, del tercero dice:

> cada escuela médica, cada nuevo profeta de la patología, no limita su influencia tras los muros de la universidad o del hospital; su propagación y difusión acaba en manos de los ignorantes que lejos de las cátedras, las clínicas o las bibliotecas las oyen con fruición y recogen con celo cualquier palabra aun incomprensible, y después las reconstruyen y las adaptan a su ignorancia y a su nivel de inteligencia.// Es así que tras tantos siglos nuestro vulgo tiene aún supersticiones médicas, que pueden hallarse en las páginas de Averroes y Avicena. Cada día oímos las palabras "inflamación", "crisis" y "temperamento" cosidas a cualquier expresión torpe y absurda. ¿Quién sabe a cuantas supersticiones va a dar lugar en el vulgo la doctrina de los microbios; y cuando será adoptada y modificada por el trabajo de destrucción científica los bacilos actuarán en forma fantástica o mágica en la mente de las clases ignorantes (Mantegazza [1891] 1978: XIII).

Los tres planos corresponden a la teoría y al quehacer médico. No se invoca la dimensión religiosa-teológica de la superstición, ni el enfoque con que la antropología comparada lo asume, ni los ejemplos se toman de las relaciones entre religión culta y popular. Planea en el texto el sesgo profesional del Mantegazza médico, más que el del antropólogo.

22. Vuelto a Italia, sostuvo un proyecto amplio de recopilación etnográfica sobre creencias y supersticiones en Italia, no estrictamente un proyecto sobre supersticiones médicas (Cirese 1978:16-17). En el prólogo a la monografía de Zanetti alienta a este a proseguir la tarea iniciada con una dimensión menos local y comparativa. Antes incluso que Black publicase su libro, y Mantegazza su *Inchiesta* de 1887, algunos autores habían utilizado en Italia la noción de *medicina popular*. Pitré cita unos *Appunti di Medicina Popolare Bolognese* publicados en Roma en 1877, junto a otras monografías posteriores (-1896:464). La mayoría de sus referencias son textos de divulgación sobre prejuicios y errores médicos. Atribuyo un considerable valor a su bibliografía porque Pitré es un autor muy bien documentado y con una amplia correspondencia en el folklorismo europeo de la segunda mitad del XIX. Zanetti a su vez parece iniciar sus investigaciones hacia 1886, y Pitré recoge materiales desde fines de la década de los sesenta.

A finales del siglo XIX, las prácticas médicas populares son todavía el patrimonio de los libros de vulgarización que recogen con criterios más o menos prácticos soluciones para la vida cotidiana de sus lectores. Los trabajos de los folkloristas y etnógrafos estaban en esa época mucho más orientados a compilaciones de conjunto o repertorios de curiosidades (Bartoli y Falteri 1987:168)[23].

La publicación en 1892 de *La medicina delle nostre donne* de Zanetti (1978)[24] me parece un hito a destacar pues es uno de los primeros ejemplos de estudio etnográfico intensivo de caso en Europa sobre medicina popular. Su autor era un médico rural que durante largos años combinó su tarea clínica con una recolección sistemática de datos específicos sobre medicina popular, tomando como eje de la misma el papel de las mujeres en el proceso salud/ enfermedad/ atención:

> e andato in condotta nelle campagne, tornato medico nella mia città dapertutto ho raccolto silenziosamente il mio materiales e serbatolo per tempi migliori.// ebbi in idea di scegliere dal mio tesoro abbastanza opulento, tuttociò que riguardasse la medicina practicata dal popolo, e ordinarlo a scopo di uno studio storico e comparato delle superstizioni possedute dalle nostri donne ignoranti e colte. [...] io lo prescelsi per il solo fatto che e la donna, piuu conservatrice que l' uomo, piú tardi di questo que dimentica le antiche teorie, piu tardi si spoglia delle false credenze e dei pregiudici, e inoltri perque è la donna che si studia sempre di recare, in qualche modo, un sollievo a coloro che soffrono (Zanetti 1978:V).

Zanetti se sitúa en un punto intermedio entre Rodríguez López y Pitré: le distancia del primero el rigor y la sistemática en la recogida de datos y la metodología comparativa que emplea; le une a él la curiosidad. A su vez su innegable condición de folklorista aficionado le aleja de un Pitré mucho más "profesionalizado". Además, Zanetti, a diferencia de Rodríguez López, no se interesa por la dimensión religiosa de la superstición, sino exclusivamente por la médica, en la cual quiere reconocer la presencia de las diversas escuelas médicas:

> il popolo [...] per le sue condizioni di mancato sviluppo intelettuale, non ci aparesce giammai scienziato, giacche in fatto di nozione positive esso conserva, ma non crea. Quindi e che la sua scienza medica esso non puo avverla inventata, ma ricordata soltanto. I precetti che esso insegna ad altri, deve avverli certamente ascoltati dalla bocca di un uomo del arte, chi sa in qual epoca

23. Cuando en 1890 el manuscrito de Zanetti ([1892] 1978) se presentó al concurso sobre folclore de la *Società Italiana di Antropologia, Etnologia e Psicologia* es excluido del premio por el solo hecho de circunscribirse a la medicina sin atender el conjunto de las creencias y prejuicios populares (Cirese 1978:14)

24. La obra de Zanetti, alentada por Pitré y Mantegazza, permaneció en el olvido hasta su reedición en 1978, con el prólogo del segundo y dos excelentes estudios previos de Cirese (1978), que contextualiza la obra y el folclore médico italiano, y de Trabalza (1978), que analiza críticamente la biografía del autor. Bartoli y Falteri (1987) hicieron un estudio crítico sobre Zanetti, y Falteri (1989) una síntesis de sus aspectos más destacables. Finalmente Bartoli (1989) sitúa la monografía en relación a su papel en el contexto del desarrollo sanitario italiano tras la reunificación.

e durante il dominio de chi sa quali teorie scientifiche. Egli vi dara prescrizioni che potrebbero attribuirsi alla scuola greca, sia alla scuola araba, sia a quella salernitana, sia alle scuole posteriori: ma è per il solo fatto che quelle risonano inconciamente nella sua memoria, che esso le detta, le consiglia, le difende; cosí, quando la scienza moderna sarà piú difusa, possiamo esser certi che anche questa sarà rammentata dal popolo e che le nuove teorie faranno alle nostre femminuccie, dimenticare le antiche (Zanetti 1978:5).

Lejos de descalificar estas conductas, como hemos visto en otros autores, considera que la mayoría de las veces *senza ombra de ciurmeria* (charlatanería), las mujeres obran por la necesidad de ayudar, por su necesidad de amor aunque vincula ésta a su naturaleza femenina. Y es por eso que aunque inicialmente podría considerarse que esos conocimientos son irracionales y supersticiosos un atento *esame delle tradizioni popolari ci dimostra lo contrario* (Zanetti 1978:4). No saltan las liebres, se las halla a través de la experiencia etnográfica en torno al drama de la enfermedad. Pero esta racionalidad y esa lógica en las prácticas deben ser resueltas:

saranno igualmente accolti, tanto la ricetta del clínico il piu ilustre, quanto il remedio consigliato dalla piú ingenua femminucia del volgo, ed anzi, il piú delle volte, questo sarà cecamente preferito a quella. Ma d' onde viene alle nostre donne e quale e la scienza dei loro segreti, dei loro rimedi, delle loro cosi dette stregonerie? (Zanetti 1978:3-4).

La acotación del campo que hace Zanetti no debe verse únicamente como un intento de aplicar mecánicamente la teoría del *survival*, sitúa al discurso y a la práctica médicas como un discurso autónomo que responde esencialmente a la situación de enfermedad entendida como mal:

il morbo sarà sempre una incognita spaventosa per il malato, e che l' instinto della propria conservazione farà sempre accogliere senza discuterlo, qualunque aiuto e da qualunque braccio prestato, nella lotta contro la potenza misteriosa del male (Zanetti 1978:3).

Recuperar esta idea va a costarle a las ciencias sociales unos setenta años, pero el etnógrafo observa como en torno de la situación de crisis se movilizan los recursos disponibles con independencia de su lógica. El problema es que, al negar la capacidad creativa de la experiencia de las clases subalternas, queda atrapado en una concepción ilustrada de la historia de la medicina como itinerario evolutivo del hipocratismo a la medicina moderna, en el cual los flujos de información han circulado unidireccionalmente.

La experiencia etnográfica pone de manifiesto las contradicciones, perceptibles cuando observa como se manifiestan las prácticas y como la población decide qué caminos debe seguir así como las complejas relaciones que existen entre el arte (médico) y la práctica de curanderos, religiosos o brujas:

uscito il medico vero, se l' impressione prodotta da questo sul giudice maschio o femmina, fu buona; se le sue parole ebbero una certa assonanza coi termini tecnici errati appresi qua è la dal

pretenzioso consulente, se la practica manuale consigliata avrà una qualque relazione con altre pratiche superstiziose, se la pozione ordinata sia composta di erbe ben note, si è securi dell' appogio morale dell' individuo misterioso. ma se il medico avrà usato un libguaggio poco alla portata della intelligenza che si trobava a lui presente, se avrà consigliato medicine conosciute o si sarà opposto ad una pratica sciocca già iniziata, puó essere certo che il suo infermo non sarà trattato secondo les sue prescrizioni, ma secondo quelle del cosí detto medicone o della medicona (Zanetti 1978:12).

Observaciones que encontrábamos también en otros médicos europeos y norteamericanos a lo largo del siglo XIX, y que testimonian la existencia de observaciones precisas y sistemáticas sobre los avatares de una práctica que aún entonces está sometida a una fuerte concurrencia que no puede considerarse hegemónica. De este modo la descripción del proceso terapéutico del *medicone*:

Ignari della natura delle morbi ch'essi prendono a curare procedono a tentoni, e cominciano dal fare una decozione o un infuso de tre, cinque, sette o piú erbe, sempre in numero disparo, di quelle la cui azioni individuale e conosciuta da essi efficace nelle varie malattie delle quali e cincerto se il malatto sia affetto o no; e dopo aver trinciato sopra alle pozioni parecchi segni di croce e borbottatto qualque Ave o qualqche Pater, la danno a trangugiare. // Se il risultato fu nullo, aumentano il numero delle erbe e lo portanno a diciannove, a trantacinque, di qualità sempre differente (Zanetti 1978:13).

Zanetti sabía muy bien que esa misma descripción podía aplicarse a las prescripciones de muchos de sus colegas y a los criterios comerciales de los farmacéuticos, que ocultaban bajo fórmulas complicadísimas sus principios activos.

Aunque Zanetti asume que esas prácticas empíricas son también fruto de la influencia de otros médicos rehusa el papel que juega la experiencia estructurada en torno a la enfermedad entre el médico, el *medicone*, o la *mammanna* en la configuración de un saber positivo. Tal proceder, inevitablemente, habría de conducir a una revisión crítica de la propia práctica médica[25].

Zanetti se debate de nuevo en la contradicción que supone su doble condición de médico y de folklorista, una tensión que veremos manifiestarse en Pitré y en Lis Quibén, y que revela las dificultades que un médico tiene en el XIX y en el XX para comprender que la experiencia etnográfica no está exclusivamente relacionada con el folklore y con la antropología sino con la propia medicina (Comelles 1995). En esta ambivalencia están sus esfuerzos por comprender el complejo cul-

25. Bartoli y Falteri (1987:175) llaman la atención sobre este hecho. Zanetti obtiene sus datos charlando con una mujer en el contexto de una consulta, no cuenta jamás qué hizo él a continuación, oculta su práctica. Lis Quibén (1949) y Pitré (1896) hacen lo mismo, de manera que siempre existe una opacidad entre la práctica popular del médico y la de los curanderos. Y aun cuando, en ocasiones los médicos pueden llegar a contar la suya, su discurso adquiere no una relevancia etnográfica sino la estructura de una exposición sobre las cualidades morales y científicas y los deberes del médico práctico (ver Comelles 1994).

tural de la medicina popular y la necesidad médica de calcular su valor terapéutico –no necesariamente medida en términos biológicos o epidemiológicos–, y a la vez de aceptar su condición de agente de aculturación, de erradicador de esas mismas prácticas. Como Zanetti se sitúa como folklorista acepta las categorías clasificatorias de la población para estructurar su texto y con ello refuerza la dimensión *emic* (Falteri 1989:160), perceptible en la descripción de las concepciones del cuerpo y de la anatomía y en las clasificaciones nosológicas de los campesinos umbros. La narración en primera persona refuerza la fiabilidad, la viveza y la veracidad de su texto, pero le distancia de una narrativa médica que busca en sus exposiciones reforzar la mirada neutra y distante y eliminar de ella todo atisbo de compromiso personal o de subjetividad.

La limitada difusión de la obra de Zanetti, y sus reservas en explicar una metodología específica para el estudio de la medicina popular, la ha dejado en segundo plano, como una monografía local sólo recientemente reivindicada.[26] Por esta razón el mérito de la codificación de la medicina popular como campo de investigación de la medicina, y secundariamente de la antropología, recae sin duda alguna en la monografía *Medicina Popolare Siciliana* de Giuseppe Pitré, un texto que, a diferencia del de Zanetti, ha circulado por el folclore europeo y ha sido utilizado como referencia directa e indirecta en no pocos estudios de folclore médico[27].

Pitré era un médico y antropólogo siciliano, amigo de Lombroso y Mantegazza, y buen lector de los antropólogos sociales ingleses, franceses y alemanes. A él corresponde el mérito de establecer una metodología de descripción y clasificación específica en medicina popular[28]. Pitré también la sitúa –como Black y Mantegazza, Zanetti y Rodríguez López- como un *survival* en el contexto de la hegemonía de la biomedicina:

26. No puedo sino pensar en otro caso de innovador que no es recuperado sino mucho más tarde. Me refiero a Joseph Marie de Gérando y a sus *Considerations* ([1803] 1978), que también fue olvidado hasta que un rescate posterior permitió su adecuada valoración.

27. En España, influyó en Castillo de Lucas, Lis Quibén (1949), Pérez Vidal (1945), Erkoreka (1985). En monografías locales se emplean aún sus criterios aunque no se le cita. Solicitado el libro a través del préstamo interbibliotecario me llegó desde Roma, como si en España no existiese en bibliotecas públicas. Resulta increíble el silencio ante su obra en la antropología anglosajona y francesa que parece ignorar su existencia. En las revisiones de los antropólogos italianos se le deja en un relativo segundo plano ante la atención que se otorga a Zanetti o a otros folkloristas, quizás porque los antropólogos se reconozcan más en la narrativa de este que en la radical etnografía clínica de Pitré.

28. Pitré codificó el *folclore médico* positivista europeo mediante una clasificación clínica de los materiales de campo. Se refiere a las *prácticas populares de los campesinos*, nunca de clases medias y altas urbanas consideradas medicalizadas; no habla de la influencia de *curas, monjas, médicos o enfermeras* en la configuración de las mismas; se limita a invocar la influencia del galenismo o de la religión. Tampoco señala su funcionalidad en la consolidación del papel orgánico de la Iglesia o de la medicina.

Un conjunto compuesto por hechos curiosos y diversos, que en su totalidad aparecen como una aberración del espíritu humano, y que en particular son reliquias de la civilización y de pueblos desaparecidos (Pitré 1896:XXII),

pero la distingue operativamente de la noción de superstición religiosa, para situarla en la medicina:

La importancia étnica y *demopsicológica* (folclórica) de las tradiciones médicas populares es indiscutible; pero a la vez hemos de recordar su importancia para la historia de la terapéutica: aquella de los remedios que conserva y que pueden tener carácter científico [...]. Las creencias y las prácticas vulgares, no han de dispersarse sólo porque son de gente inculta. Su empirismo ofrece a veces resultados felices cuando fracasa a veces la medicina científica [...]. Y cuantas veces, renunciando a medios racionales hemos tenido que observar el maravilloso efecto de ciertos remedios en mujerucas que no estaban anotados en ningún tratado de terapéutica (Pitré 1896:XXIII-XXV).

Distintos autores (Cirese 1978, Bartoli 1983, Bronzini 1983, Bartoli y Falteri 1989) han subrayado como Pitré no subordina la medicina popular a la teoría antropológica. Como en Zanetti, aflora la dualidad entre la tradición histórico-cultural de los estudios demológicos y otra de raigambre naturalista mucho más centrada en los usos y las prácticas (Cirese 1978:23-24)[29]:

Si existe un género que exija un recolector técnico este es el campo de la medicina. Por cultura general uno puede trabajar sobre mitología, vestidos [...] pero será difícil, en mi opinión hacerlo sobre las prácticas y las creencias médicas si no se es médico. La razón es que en el campo de la medicina es difícil a los no médicos distinguir lo que se considera como prejuicio de lo que es ciencia, las prácticas de hoy de las de ayer, lo que fue y lo que es superstición. De ahí la confusión que resulta en textos médicos de no médicos entre remedios científicos considerados cosas de mujerucas y remedios frívolos tomados por cosas venidas directamente de los gabinetes científicos (Pitré 1896:VII).

El posicionamiento radical de Pitré en la medicina sitúa su obra mucho más como el antecedente de una medicina comparada –una etnomedicina–, que en el contexto de la historia o la antropología comparada de las religiones.

Los recolectores del folclore médico en Italia han sido pocos y se han limitado a recoger remedios comunes a algunas enfermedades comunes. La terapéutica ha sido siempre la preferida y de esa la Materia Médica (la farmacología). Pero ninguno pensó que la terapéutica es una parte de la patología, como esta lo es de la Medicina. El remedio reclama a la enfermedad, y esta reclama a la salud, la cual representa el estado normal, las condiciones fisiológicas (Pitré 1896:VIII).

29. En un artículo de Curtis Hinsley (1983) se caracteriza esa tensión también en la antropología norteamericana entre Cushing y Fewkes, lo interesante aquí es contemplar la ambigüedad en unos mismos personajes, y en este caso Pitré y Zanetti representan dos opciones distintas a las contradicciones que plantea esa dualidad, entre su *penchant* antropológico y el médico.

Pitré pese a su radicalismo no puede prescindir de sus lazos con los estudios del folclore y de la importancia en ellos del estudio de las formas lingüísticas:

> De los hechos patológicos o fisiológicos doy siempre el nombre dialectal siciliano o especial de las islas. Lo ilustro con palabras, proverbios, fórmulas y con cuanto concurra a aclarar el pensamiento del pueblo en relación a los hechos. Nada es superfluo y nada es descuidado. Una frase incluso sin sentido es un documento vivo de un uso. La frase misma es el recuerdo mismo, reliquia de una vida física y moral de la que nace y en la que participó. Estas frases son de apariencia modesta, a veces demasiado modestas, pero cuantas de ellas pueden hacer nacer las ocasiones de la esperanza o reflejar las pasiones de la vida (Pitré 1896:XIII-XIV).

pero aquí es probablemente más importante, el componente de práctica etnográfica en la práctica médica derivada de la racionalización de la experiencia etnográfica que estaba presente en los criterios técnicos del hipocratismo:

> Por esto estimo que mis treinta años de ejercicio médico han servido para algo y me han puesto en la situación ventajosa de saber que piensa, que hace el vulgo en las enfermedades que lo afectan y de que debe considerarse como de importación reciente de la informe masa de hechos que constituyen el patrimonio médico de las familias. [...] Mis primeros apuntes se iniciaron en 1870, y no hubo día sin recoger algún dato, opinión, remedio, etc. (Pitré 1896:VIII),

y a la vez destacar la consciencia que tiene de su doble papel:

> senza una classificazione ordinata no si saprebbe concepire una raccolta buona per folkloristi non meno que per medici, iquale –nessuno se lo dissimula– non devono dispreziare quel que trovano nelle famiglie popolari, fruto di esperienza per quanto pieno di pregiudizzii (Pitré 1896:IX).

De nuevo es la experiencia compartida con los sujetos de observación la base de la tarea etnográfica que se hace densa al compartir el drama de la enfermedad en la cabecera del enfermo, la cual se constituye a través de un prolongado e intensivo itinerario de campo en un área relativamente reducida[30].

Como habló de etnógrafos y no de antropólogos –éstos entonces más bien proclives a síntesis teóricas o compilaciones–, la experiencia etnográfica de los médicos rurales se construye sobre la base de la situación y relación clínica. Es por esto que no me parece inadecuado proponer el término de etnografía clínica a la tradición abierta por Pitré, más aún cuando el criterio de clasificación y, por lo tanto, de

30. Pitré puede compararse con los etnógrafos norteamericanos de la segunda mitad del XIX, como Cushing, Fewkes (Hinsley 1983) o Bourke,que compensan su falta de formación específica con un trabajo de observación sistemática y de clasificación con larguísimas estancias de campo, a menudo de más de cinco años. Bourke permaneció veinte años en el *American Southwest* (Porter 1986). Vale la pena reseñar que la antropología británica "descubre" el estudio intensivo de casos en la primera década del siglo XX (Stocking 1983), pero no recupera ni la experiencia etnográfica de los norteamericanos ni la de Pitré.

ordenación de sus observaciones remite también al modelo clínico. Piensa en el cuerpo sano, y sobre él sitúa al cuerpo enfermo. De ahí surge, naturalmente, el plan de su obra:

> Un punto controvertido es el modo como clasificar las enfermedades. Hay dos procedimientos: uno por regiones del cuerpo, el otro por la naturaleza de la enfermedad. Ambos están actualmente llenos de defectos. El primero plantea problemas en enfermedades de las que desconocemos la patogénesis; la teoría patogenética ha introducido desorden en la patología topográfica. Por las segundas, los descubrimientos recientes cuestionan las clasificaciones. Si esto es válido para los científicos no lo es menos para el vulgo (Pitré 1896:XII).

En su libro sitúa en primer lugar a los ejercientes de las artes de la salud en Sicilia: del especialista licenciado a "ciurmadore", del médico-cirujano al secretista, al barbero, al "conciaossi"; la segunda se refiere al organismo, a la anatomía, criterios morales, caracteres y signos especiales, fisiología e higiene; la tercera a las observaciones sobre la naturaleza y las causas de las enfermedades, a los expedientes para conocerla y juzgar la duración y el éxito, bueno o cautivo, próximo o lejano, para curarle (patología general), y en las dos últimas incluye los males más importantes, sobrenaturales, o espontáneos, artificiales o adquiridos (Pitré 1896:X). Pero es consciente que esta clasificación no está exenta de problemas puesto que al no asumir directamente una posición *emic* como hiciera Zanetti, la rigidez clasificatoria del modelo anátomo-clínico pone de manifiesto sus límites:

> La conveniencia de algunos epígrafes parecerá discutible a los médicos y a los no médicos, a unos porque, guardando algunas apariencias presumirán encontrarse frente a doctrinas científicas tratadas de forma más modesta; otros porque imaginaran elevado al lenguaje y rigor científico. Pero todo ese material no puede ir desordenado, y para clasificarlo no puede prescindirse de los criterios de los tratadistas [...]. El problema es que a menudo no es posible distinguir, en los términos de una mujeruca, la anatomía de la fisiología y de la fisiognomía, ni es posible distinguir las delimitaciones de esta de las de aquella. Las cosas más disparatadas para nosotros se aproximan para el vulgo de un modo extraño y forman a nuestros ojos una amalgama oscura e irreconocible. Luego, como comparar los pronósticos, los presagios, las adivinaciones, y los juicios que se traen de un órgano dado al mismo órgano. Estas clasificaciones no existen en la naturaleza, las hacemos nosotros (Pitré 1896:XI).

¿QUIÉNES SOMOS NOSOTROS?

LOS LÍMITES DE LA ETNOGRAFÍA CLÍNICA

La obra etnográfica de Mantegazza, Zanetti y sobre todo de Pitré inaugura un género etnográfico nuevo, que voy a denominar etnografía clínica para diferenciarlo de los estudios de folclore sobre creencias y supersticiones en las que se incluye información sobre prácticas relativas al complejo salud/enfermedad/aten-

ción, y de los libros de divulgación médica o de popularización. Lo denomino etnografía clínica en la medida en que este género se fundamenta en una metodología y una técnica de observación y narrativa, codificada según criterios que proceden de la medicina, y porque la unidad de observación hegemónica en este tipo de relato etnográfico es la situación de enfermedad, es decir, la presencia del médico en la cabecera del enfermo y en el seno de una red social que les involucra a ambos[31]. Pitré crea este género a partir de una ruptura radical teórica y metodológica que lo aleja de los esquemas histórico culturales que caracterizan la práctica *amateur* de buena parte de la narrativa de los folkloristas, para encerrarlo en los límites del modelo anátomo-clínico naturalista de la medicina. Por esto el término folclore médico es inadecuado. Aun cuando la monografía de Pitré, y sobre todo la de Zanetti, se encuadren también en el mundo del folclore y configuren un *pattern* cultural específico siciliano o umbro en medicina popular, su narrativa no pertenece plenamente a aquél, puesto que ambas obras adquieren su significado en y para la medicina.

El alejamiento de la etnografía clínica de Pitré del marco referencial del folclore explica que en Europa, donde Pitré es considerado uno de los grandes autores de referencia, la *Medicina Popolare Siciliana* se disuelva como una simple monografía regional más, sin que se recupere su dimensión teórica, epistemológica y metodológica. En las historias del folclore de Guichot (1922) o de Amades (1980)[32] se resumen y exponen varias guías de clasificación de datos etnográficos. En ellas la medicina popular no constituye un campo específico, queda subsumido junto a las supersticiones o las creencias mágicas o disperso en otros capítulos. Las reticencias de la *Società Italiana di Antropologia* en premiar la obra de Zanetti por su excesiva especificidad corresponden a esa misma actitud. La no reedición de las obras de Zanetti o de Pitré y su escasa discusión entre los antropólogos posteriores hasta su revisión crítica por los antropólogos italianos actuales pone de manifiesto la dificultad de ubicar unas obras que quedan inevitablemente al margen de los intereses más amplios de los estudios de folclore. Para los estudiosos de este último campo, la vinculación metodológica en el estudio de la medicina popular a la mirada médica sitúa a los etnógrafos que no son médicos fuera de juego, como lo prueban las excusas de quienes, a pesar de todo, intentan trabajar en la misma línea:

> véase en cuan diferentes condiciones son concebidas aquella obra maestra (la de Pitré) y esta desmedrada monografía [...] como podré yo justificar y resguardar ante la crítica el presente artículo enteco, y desnutrido. Mis conocimientos médicos son completamente nulos (1945:30-31).

31. Vale la pena comparar esto con la propuesta de Kleinman, que es también un clínico, durante la década de los setenta, en el que también define la situación clínica como el ámbito de referencia para una nueva antropología de la medicina (1980).

32. Escrita en los cincuenta y en la que hay un importante estudio sobre medicina popular en Cataluña.

o las prevenciones de Joan Amades respecto al efecto que puede provocar la divulgación de según qué conocimientos en su obra de conjunto sobre la medicina popular catalana:

> El present capítol té esperit científic i creiem difícil que vagi a parar a mans de persones senzilles que facin ús de la pràctiques que hi son contingudes; però amb tot, sentim escrúpol de donar aquelels formules l' us de les quals pot perjudicar realment (Amades 1980:930).

La radicalidad metodológica de la etnografía clínica de Pitré influyó sobre todo en los médicos folkloristas como es el caso en España de Lis Quibén, Castillo de Lucas o Erkoreka. Esta influencia se revela en la acotación del campo como específico y en la persistencia de los criterios teóricos en su delimitación, en los cuales es posible reconocer la persistencia de las viejas ideas del evolucionismo tyloriano. Así Bouza Brey, en el prólogo a la monografía de Lis Quibén (1949), define en los cuarenta lo que entiende por medicina popular:

> la superstición es una ciencia ridícula y fanática sobre materias religiosas y sobre los distintos procedimientos que el vulgo emplea para la curación de sus enfermedades (Lis Quibén 1949:15),

muy semejante a lo que propone Amades a fines de los cincuenta:

> [...] la ciencia que se ocupa de recoger y estudiar la tradición popular y de investigar y catalogar el saber del pueblo y establecer la cultura de los ignorantes, de los analfabetos y de las personas que no han cursado estudios superiores (Amades 1980:1263).

y aún hace una quincena de años Erkoreka afirma:

> otros remedios y conceptos proceden de la medicina científica que, pasado su período de vigencia y con la introducción de nuevas ideas y técnicas va periódicamente relegando y abandonando, permaneciendo en algunos casos en la medicina popular como mudos testigos de la evolución histórica médicas. A este respecto, podemos afirmar que lo mismo que el arqueólogo ordena las piezas de un yacimiento según los estratos asignando a cada uno de ellos una edad concreta, nosotros con algunas prácticas médicas, fosilizadas y conservadas por el pueblo podemos también ordenarlas y asignarles una edad exacta que nos permite situarlas en un momento concreto de la historia de la medicina (Erkoreka 1985:36).

La persistencia del mismo discurso entre Mantegazza y Erkoreka, en un contexto en el que en ciencias sociales nadie sostiene ya estos postulados, pone de manifiesto como la noción de supervivencia tyloriana quedó acantonada en el discurso médico puesto que contribuía a su legitimación[33], y por ello adquiría una lógica específica en su discurso.

33. Vale la pena resaltar que este esquema prevaleció hasta su crítica en los años cuarenta por Ackerckneth y por Sigerist, pero que aún en la monumental *Historia de la Medicina* compilada por Pedro Laín Entralgo (1970), todavía la estructura de la obra recuerda este viejo modelo.

Por una razón inversa, resulta fácilmente comprensible que la antropología hegemónica anglo-sajona no se fijase en la obra de Pitré y que el desarrollo de la antropología de la medicina, incluso en España, y salvo en Italia, no partiese de un cuestionamiento crítico de la misma. Demasiado rígidamente clínica, con demasiadas reminiscencias de las teorías evolucionistas y con el aspecto de un estudio de folclore sobre el Sur de Europa, son factores que explican el olvido de este texto, aunque Pitré configure su método casi paralelamente al desarrollo del estudio intensivo de casos en la antropología británica y del particularismo etnográfico de los boasianos (Stocking 1983).

La disociación en paralelo de la etnografía en varias orientaciones distintas a principios de siglo revela un reposicionamiento de la significación de esta técnica en contextos sociales, culturales y políticos distintos (Comelles 1995). Desde el punto de vista del modelo médico, la etnografía clínica se configura históricamente en el mismo período en que este alcanza su plena hegemonía. Pero si en la antropología la narrativa etnográfica será el género hegemónico, en la medicina de finales del siglo XX se convierte en una práctica marginal, tras haber fundamentado durante siglos el núcleo duro del discurso político de ésta (Comelles 1995). Queda como una técnica y una metodología de investigación cualitativa residual, marginal, subalterna y especializada exclusivamente en la descripción y clasificación de las prácticas médicas de las clases subalternas, y aun casi exclusivamente del campesinado del sur de Europa[34].

Por estas razones, el surgimiento de este género debe situarse en el contexto de la crisis de los métodos cualitativos de análisis holístico y de las teorías ambientalistas y materialistas que habían presidido las interpretaciones sobre la incidencia de la enfermedad y de las epidemias. Tal crisis era en buena medida la consecuencia del carácter político y aun revolucionario que tenían unas descripciones etnográficas brutalmente crudas de la vida en las barriadas obreras y del papel que las condiciones de vida y los modos de explotación de los trabajadores tenían en la emergencia de determinadas patologías. Adquirida una nueva posición social, progresivamente hegemónica en el estado moderno, la medicina arrincona las descripciones etnográficas y las sustituye por instrumentos más neutros y asépticos políticamente como la estadística sanitaria y la epidemiología. Ambas técnicas deshistorizan las causas de enfermedad y las reducen a la idiosincrasia individual a partir de los esquemas del heredo-degeneracionismo o al contagio mecánico y accidental derivado del pastorianismo.

En el rechazo a la etnografía está pues su capacidad de relatar con viveza la realidad, de presentar descripciones naturalistas con que los lectores pudieran sentirse

34. En Cataluña, y en España, subsisten también hasta mediados del siglo XX relatos etnográficos basados en el modelo de la topografía médica, pero como un género en franca decadencia y limitado su cultivo a médicos rurales.

identificados en los mismos términos en que las novelas de Dickens o de Galdós relatan la miseria y la pobreza de la sociedad decimonónica. El compromiso de los autores de tales relatos iba resultando incómodo, y era la consecuencia inevitable en la práctica etnográfica de lo que en el siglo XX se ha llamado participación.

Ésta conllevaba el compromiso personal de su autor con los sujetos observados, lo cual, en el caso específico de la práctica médica a la cabecera del enfermo añadía a esa participación la expectativa de intervención del facultativo y por tanto el compromiso profesional con el enfermo y su imbricación en la red social del mismo.

La perspectiva del folklorista y la del etnógrafo clínico son complementarias, y en cierto modo ambos polos son útiles porque permiten a los autores jugar con ambos. No resuelven el problema de la intersección entre ambos enfoques porque son prisioneros de una etnografía y de un folclore ambos positivistas, pero ambos también incapaces de articular lo macro y lo microsocial, porque cada uno piensa en dos campos distintos y en dos significaciones distintas: la que adquiere el folclore en el discurso sobre la identidad o la historia cultural de los pueblos y la que investiga la etnografía clínica, es decir, los límites culturales de la propia medicina. Observar los datos aprovechando la situación clínica, como hacen todos ellos, implica establecer una relación profunda de confianza y respeto con el observado, una larga estancia en el campo, un grado elevado de participación. La narrativa resultante, en la medida en que debe presentar un modelo radicalmente positivista, debe deslindar esa subjetividad del texto, de ahí la asunción del modelo anátomo-clínico para ordenar los datos. Como no lo consigue jamás plenamente, en el folclore médico aparecen siempre, aquí y allá, ramalazos de subjetividad, contradicciones derivadas del respeto y la amistad a quienes en la explosión de su sentido común no pueden ser siempre llamados ignorantes. Amistad y comprensión. Pero eso en el modelo médico que se radicaliza representa algo que está en contradicción con los propios fundamentos del modelo. Es literatura y la nueva medicina quiere ciencia y datos, no literatura. Radicalizando el rigor positivista en los datos, la medicina popular pierde el escaso sentido que tiene a quienes se niegan a interpretarla o se limitan para hacerlo a recurrir una y otra vez, en plena segunda mitad del siglo XX, a insistir en la noción obsoleta de *survival*. Sus escasos rasgos de significado se desvanecen. La etnografía clínica, a medida que la medicalización penetra el campesinado europeo, pierde progresivamente su significado inicial y reduce las observaciones de campo a simples colecciones de síntomas y signos que le permiten en el relato posterior excluir las dimensiones experienciales derivadas de las condiciones de observación: el drama doméstico en torno al enfermo, la tragedia del obrero enfermo que pierde su trabajo, la evaluación de la eficacia de la terapéutica y por tanto del éxito o del fracaso personales. La escritura posterior, en la medida que supone reificar las observaciones, exime al autor o le permite eludir su compromiso personal con los enfermos que no es necesario transmitir:

Recoger cuantos datos llegaron a mis manos relacionados con el tema y enunciado del mismo, conservando la pureza con que fueron recogidos, evitando sus mixtificaciones y alejándome de un modo general de críticas y censuras sobre supersticiones por entender que es cometido que incumbe, en primer lugar, a la Iglesia, aun cuando ésta y la Medicina lucharon siempre hermanadas contra ellas (Lis Quibén 1949:XIII).

La resultante ya no es, como en las topografías del XVIII o del XIX, un texto que tiene como intención movilizar o denunciar, sino un texto que quiere ratificar la existencia de una frontera entre la práctica del médico y la práctica de las clases subalternas, frontera que deriva del contraste entre una disciplina que se transforma cada día en la cabecera del enfermo y otra que simplemente reproduce mecánicamente unos saberes que se transmiten de una generación a otra.

Aunque se sitúen en los límites entre los intereses del folclore y los de la medicina, las críticas al papel de la Iglesia que encontrábamos en Barreiro en el contexto de las mentalidades progresistas de finales del siglo XIX también desaparecen. Lis Quibén es un conservador que escribe en la época dura del franquismo y que está interesado, por dibujar los límites culturales del modelo médico, del proceso de medicalización rural en el que está inmerso. Buen observador, percibe que esos límites no se establecen únicamente entre la medicina de las clases populares y la medicina científica, sino también entre ésta y la medicina, y por esto apunta hacia la Iglesia al sugerirle que lo haga lo mismo con la parte que le toca. Sin tomar plena consciencia de ello, creo que Lis Quibén intuyó las bases de la complejidad del problema. Para la medicina y para la religión era necesario construir sus límites culturales con la religiosidad popular y con la medicina popular, pero la cuestión que Lis no resuelve son los problemas de límites entre la medicina culta y la religión. Obviamente, Lis Quibén no leía a Gramsci ni a Ernesto de Martino.

Lis Quibén no puede comprender la resistencia a la civilización, a la medicalización, aunque percibe que existe un espacio de intersección entre ambas. La construcción etnográfica de la medicina popular en forma de un *pattern* cultural específico, estructurado según los criterios del modelo anátomo-clínico, sirve a estos autores para establecer los límites culturales del modelo médico.

El discurso positivista sólo podía aceptar una noción de medicina popular bajo el prisma de la ciencia racionalista, y proyectaba sobre ella un aparato conceptual cuya validez universal aceptaba sin cuestionar ni su epistemología ni el contexto cultural en el que se construye. Con este aparato conceptual el *pattern* que surge es la imagen invertida del modelo médico: particularismo frente a universalismo, colectivismo frente a individualismo; naturaleza y biología frente a cultura; ciencia frente a magia y a superstición; altruismo frente a mercantilismo y, finalmente, frente a la eficacia pragmática, falta de sentido e ineficacia Por esta razón no es posible aplicar un criterio holístico de observación, y es necesario restringir y limitar las observaciones a lo que separa, no a lo que une. Falteri (1989) insiste en que en el registro etnográfico de Zanetti –y en el de Pitré o Lis Quibén sucede lo mismo– no

se registra todo. En efecto nada sabemos acerca de la automedicación con medicamentos de farmacia, o acerca de las patologías que nunca implican la llamada al médico o al curandero.

Esta delimitación es necesaria desde el punto de vista de la construcción del discurso orgánico de la medicina como corporación que efectúa importantes mediaciones ideológicas, pero puede ser importante en otro plano distinto, que tiene que ver con la propia práctica profesional de los médicos y, especialmente, de los folkloristas médicos. Tiene que ver con el compromiso vinculado a la experiencia etnográfica, y que no es tanto la consecuencia de una actitud intelectual previa en relación a la antropología de su tiempo, como de una actitud personal que debe resolver la contradicción entre sus respectivos compromisos como etnógrafos y como médicos con práctica asistencial sobre el terreno larga y densa. No puedo imaginar a Pitré, Zanetti o a Lis Quibén disociando completamente su práctica etnográfica de su práctica clínica, su compromiso etnográfico con su compromiso clínico. No puedo hacerlo porque pienso que en su práctica etnográfica se halla la clave para entender no tanto los problemas de su práctica clínica personal, como los que plantea el despliegue de médicos en las zonas rurales de los países europeos entre el siglo XIX y buena parte del XX.

Construido en base a un empirismo radical, y limitada su teoría al taxonomismo positivista, su práctica queda abierta a cualquiera que tenga curiosidad, paciencia e interés por ir acumulando ficha tras ficha, hecho tras hecho, y esté dispuesto a reunirlo y ordenarlo. La etnografía pierde su dimensión histórica y dialéctica, no refleja el compromiso de su autor y ni siquiera es percibida, academizada o aseptizada como un relato sobre la miseria y los dramas humanos sino simplemente como una colección de recetas gastronómicas fruto de mentes ignorantes. Ignorancia, que debe ser combatida con la generalización de la educación obligatoria y la ampliación de las prestaciones de la seguridad social. Una vez ilustrado y dotado de cartilla de la Seguridad Social ¿qué sentido tiene la etnografía clínica? ¿Qué sentido tiene el etnógrafo?

BIBLIOGRAFÍA

ACKERCKNETCH, Erwin H. (1984): *Medicina y Antropología* Social. Madrid, Akal.

ALONSO Y DE LOS RUIZES DE FONTECHA, Juan (1606): *Diez Previlegios para mugeres preñadas compuestos por el Doctor... natural de la Villa de Daimiel, Cathedratico de Visperas en la facultad de Medizina de la universidad de Alcala. Con vn diccionario Medico* Con Previlegio, en Madrid... Por Luys Martynes Grandes.

AMADES, Joan [1969](1980): *El Folklore de Catalunya: costums i creences.* Barcelona, Ed. Selecta

BACON, Francis (1976): *Assaigs.* Barcelona, Curial.

BALAGUER, Emili; BALLESTER, R.; BERNABEU, J. y PERDIGUERO, Enrique (1990): "La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía española contemporánea". *Dynamis* (Granada) 10:193-209.

BARREIRO, Bernardo (1973): *Brujos y astrólogos de la Inquisicion de Galicia y el famoso libro de San Cipriano.* Madrid, Akal.

BARTOLI, Paolo (1989): "La medicina poplare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato Unitario Italiano". En: Seppilli (comp.): *Le Tradizioni Popolari in Italia. Mdicine e magie.* Perugia, Electa , pp. 23-30.

BARTOLI, Paolo y FALTERI, Paola (1987): "La medicina popolare in Umbria dalla fine dell' 800 ad oggi: permanenza e trasformazioni". En: Pastore y Sorcinelli (comps.): *Sanità e Società.* Bolonia, Casamassima, pp. 167-208.

BAUME, M. (1762): *Elements de Pharmacie Theorique et Pratique* Paris. Damonneville et Musier Filds; Didot Jeune De Hansy.

BLACK, George W. [1883](1982): *Medicina Popular.* Barcelona, Alta-fulla.

BONNIOT, Le P. de, S. J. (1879): *Le Miracle et les Sciences Medicales. Hallucination, Apparitions, Extase, fausse Extase.* Paris, Librairie Academique Didier et Cie.

BOORDE, Andrew (1587): *The Breviarie of Health: wherein doth folow remedies for all manner of sicknesses & diseases, the which may be in Man or Woman. Expressing the obscure termes of Greke, Araby, Latin, Barbary and English, concerning Phisick and Chirurgerie.* Printed at London by Thomas East.

BOURKE, John Gregory [1892](1970): *The Medicine Men of the Apache. Ninth Annual Report of the Bureau of Ethnology.* Glorieta, N. Mex. The Rio Grande Press.

_____ (1976): *Escatología y Civilización.* Madrid, Guadarrama.

BOUZA BREY, Fermín (1949): "Prólogo". En: LIS QUIBÉN: *La medicina popular en Galicia.* Pontevedra.

BRONZINI, G. B. (1983): "Antropologia e medicina popolare: Note sugli studi dei positivisti italiani". *La Ricerca Folklorica* (Brescia) 8:13-17.

CARO BAROJA, Julio (1967): *Vidas Mágicas e Inquisición*, 2 vols. Madrid, Taurus.

_____ (1978): *Las formas complejas de la vida religiosa*. Madrid, Akal.

CIRUELO, Pedro (1978): *Reprouacion de las supersticiones hechizerias* (Primera ed. 1530). Edición facsímil. Madrid, Albatros Ediciones Hispanofila.

COMELLES, Josep M. (1994): "La sacralización de la práctica hospitalaria. Del despliegue tecnológico a la institucionalziación del milagro". En: BARONA (comp.): *Malaltia i Cultura*. Valencia, Seminario de Estudios sobre la Ciencia.

_____ (1995): "Fe, carismas y milagros. La sacralización de la práctica médica en la sociedad contemporánea". En: GONZÁLEZ ALCANTUD, A. y S. RODRÍGUEZ BECERRA (eds.): *Creer y Curar*. Granada, C.I.E. Angel Ganivet (en prensa).

_____ (1995): "De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del Estado Contemporáneo en España". En: GREENWOOD, Davydd J. y GREENHOUSE, Carol (comps.). *Democracia y Diferencia*. Madrid, UNED (en prensa).

COMELLES, Josep M. y MARTÍNEZ, Ángel (1993): *Enfermedad, Sociedad y Cultura. Un ensayo sobre las relaciones entre Medicina y Antropología*. Madrid, Eudema.

DEL RÍO, MARTÍN S. J. (1611): *Les Controverses et Recherches Magiques de .... divisées en six livres, auquels sont exactement et doctement consultées les Sciences curieuses, les Vanitez & les superstitions de toute la magie, avecques la manière de proceder en justice contre es magicients & sorciers, accomodée a l' instruction des confesseurs. Oeuvre necessaire et utile a tous theologiens, juriconsultes, medecins et phylosophes*. Paris, Reginald Chaudiere.

DELUMEAU, Jean (1989): *Rassurer et protéger*. Paris, Fayard.

_____ (1992): La confesión y el perdón. Madrid, Alianza.

ERKOREKA, Antón (1985): *Análisis de la Medicina Popular vasca*. Bilbao, Etniker– Labayru Ikasteguia.

FALTERI, Paola (1989): "La medicina popolare: Umbria". En: SEPPILLI, TULLIO (comp.): *Le Tradizioni Popolari in Italia. Medicine e magie*. Perugia, Electa, pp. 160-165.

FISSELL, MARY E. (1992): "Readers, texts and Contexts. Vernacular medical Works in early Modern England". En: PORTER, R.: *The Popularization of Medicine 1650-1800*. Londres, Routledge, pp. 72-96.

GAUME, EL ABATE J. (1864): *Manual de los Confesores*. Barcelona, Imprenta del heredero de Pablo Riera.

GÉRANDO, Joseph Marie de (1978): "Considérations sur les diverses méthodes à suivre dans l'observation des peuples sauvages" [1803]. En: *Copans et*

Jamin: Aux origines de l'Anthropologie française. Pp. 127-170.
GOOD, BYRON (1994): *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge University Press.
GROSS, A. D., M. D. (1875): *The Glory and the Hardships of the Medical Life being the Valedictory Adress delivered at the Philadelphia Academic of Music. March 11 1875 before the Trustees, Faculty and Students of the Jefferson Medical College at his Forty-Ninth Annual Commencement*. Philadelphia
GUICHOT Y SIERRA, A: [1922] (1984): *Noticia histórica del Folclore*. Sevilla, Instituto de Cultura Andaluz.
HINSLEY, CURTIS (1983): "Ethnographic Charisma and Scientific Routine: Cushing and Fewkes in the American Southwest, 1879-1893". En: STOCKING (comp.): *Observers Observed*. Pp. 53-70.
HÖFLER (1888): *Medicina Popular*. Munich.
KLEINMAN, Arthur J. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
LIS QUIBÉN, Victor (1949): *La medicina popular en Galicia*. Pontevedra.
MANTEGAZZA, Paolo (1887): "Inchiesta sulle superstizioni in Italia". *Archivio per l' Antropologia e l' Etnologia*. 17:53-55.
_____ ([1891] 1978): "La Psicologia delle Superstizioni. Lettera al Dottore Zeno Zanetti". En: ZANETTI, Zeno: *La medicina delle nostre donne: Edición anastática*. Foligno, Edicilio Editrice, pp. IX-XIX.
MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel y COMELLES, Josep M. (1994): "La Medicina popular. ¿Los límites culturales del Modelo Médico". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. 49 (2):109-136.
MENÉNDEZ, Eduardo L. (1994): "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular". En: GONZÁLEZ ALCANTUD y RODRÍGUEZ BECERRA (comps.): *Creer y Curar*. Granada, C.I.E. Ángel Ganivet (en prensa).
MUNARET (1840): *Du Medecin des villes et du medecin de campagne. Moeurs et Science, par le Docteur...* Paris, Germer-Bailliere, Libraire Editeur.
PARKER, Arthur C. (1909): "Secret Medicine Societies of the Seneca". *American Anthropologist*. 11(2):161-185.
PAUL, Jacques (1988): *La Iglesia y la cultura en Occidente (siglos IX-XII). 1. La santificación del orden temporal y espiritual*. Barcelona, Labor.
PERDIGUERO, Enrique (1990): *Los Tratados de Medicina Doméstica en la España de la Ilustración*. Tesis de Doctorado. Alicante, Universitat d' Alacant.
_____ (1992): "The Popularization of Medicine during Spanish Enlightment". En PORTER (comp.) *The Popularization of Medicine 1650-1800*. Londres, Routledge, pp. 160-193.
PERDIGUERO, Enrique; BALAGUER, E.; BALLESTER, R. y BERNABEU, J. (1990): "La literatura de divulgación higiénico sanitaria y su importancia para

la historia de la Antropología española". *V Congreso de Antropología* (Granada), mimeografiado.

PÉREZ VIDAL, J. (1945): *Contribución al estudio de la Medicina Popular Canaria*. La Laguna, C.S.I.C.

PITRÉ, Giuseppe (1896): *Medicina Popolare Siciliana*. Torino-Palermo. Carlo Clausen.

PORTER, Joseph C. (1986): *Paper Medicine Man. John Gregory Bourke and his American West*. Norman, OK. University of Oklahoma Press.

PORTER (comp.) (1992): *The Popularization of Medicine 1650-1800*. Londres, Routledge.

PRATS, Llorenç (1989): "Aportaciones de las topografías médicas al conocimiento etnográfico de los Países Catalanes". *Boletín de Historia de la Antropología*. 2:3-7.

RODRÍGUEZ LÓPEZ, J. [1895] (1974): *Supersticiones en Galicia y preocupaciones vulgares*. Lugo, Ed. Celta.

STOCKING, George W. (ed.) (1983): "The Ethnographer' s Magic: Fieldwork in British Anthropology from Tylor to Malinowski". En: STOCKING (comp.): *Observers Observed*, The University of Wisconsin Press, pp. 70-121.

SEPPILLI, Tullio (comp.) (1983): "La Medicina Popolare in Italia". *La Ricerca Folklorica* 8. Brescia, Grafo Edizioni.

_____ (1989): *Le Tradizioni Popolari in Italia. Mdicine e magie*. Perugia, Electa.

WARE, John M. D. (1849): *Duties and Qualifications of Physicians. An Introductory Lecture*. New York, John Henry Parker

WEAR, Andrew (1992): "The Popularization of Medicine in Early Modern England". En: PORTER (comp.): *The Popularization of Medicine 1650-1800*. Londres, Routledge, pp. 17-41.

ZANETTI, Zeno (1978): *La medicina delle nostre donne, a cura di Raffaella Trabalza con un saggio di Albertop M. Cirese*. Foligno, Ediclio. (1ª. ed. 1891).

ESTRUCTURA SOCIAL Y ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO: EL PUNTO DE VISTA DEL ACTOR

Eduardo L. Menéndez
CIESAS. México

El análisis del proceso salud/enfermedad/atención, entendido como estructura social y como estructura de significado, ha favorecido el desarrollo de una aproximación metodológica y técnica denominada punto de vista del actor que, si bien ha sido de gran utilidad, necesita ser reapropiada y precisada dado el proceso de erosión conceptual que padece en la actualidad[1].

Si bien esta aproximación ha sido aplicada a la descripción y análisis de una diversidad de procesos, ha tenido un especial desarrollo dentro de la Antropología Médica tanto desde una perspectiva teórica como aplicada. Analizar y/o implementar acciones centradas en el actor constituye uno de los rasgos diferenciales del enfoque antropológico respecto del biomédico, y la acuñación de los conceptos *illness* (padecimiento) / *disease* (enfermedad) expresa y sintetiza el peso de esta aproximación en el estudio antropológico del proceso salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso s/e/a).

El desarrollo de esta aproximación metodológica está estrechamente vinculada a corrientes teóricas que cuestionaron los enfoques estructuralistas, funcionalistas y culturalistas como cosificadores de la realidad, y que revalidaron al actor y/o al

1. Este trabajo pretende establecer conclusiones generalizables, pero las situaciones que se analizan corresponden a Latinoamérica y en particular a México.

sujeto[2] como unidad de descripción y de análisis, pero también como agente transformador. Propusieron un actor que produce y no sólo reproduce la estructura y los significados; más aún, para algunas de estas corrientes la "realidad" se construye a partir de las definiciones y expectativas del actor. La estructura no determinaría el comportamiento del actor, sino que la estructura sería lo que producen los actores. El eje de la descripción y análisis pasa de estar colocado en la sociedad a ser colocado en el actor.

El manejo de esta aproximación supone una segunda concepción metodológica fuerte. Si realmente colocamos el eje metodológico en el punto de vista del actor, ello implica asumir que, respecto de las estructuras social y de significado, existen potencialmente una diversidad de actores colocados en diferentes "lugares" de la estructura social. Dichos actores sociales pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferenciales y hasta conflictivos y antagónicos respecto por ejemplo de los procesos de s/e/a.

Dentro de la investigación antropológica, pero sobre todo en los trabajos de investigación/acción y de antropología aplicada, esta perspectiva metodológica fue referida no sólo a la recuperación de la racionalidad del "otro", sino a la necesidad de incluir las necesidades/objetivos/decisiones de los actores para que estos participen y asuman como suyos los proyectos, y no se consideren como meros reproductores, por ejemplo, de los objetivos de los servicios de salud. Esta perspectiva dentro del campo de la salud fue impulsada en particular por los teóricos de la Atención Primaria Integral.

Por último debe subrayarse que esta metodología está estrechamente vinculada a toda una serie de movimientos sociales que buscan recuperar, posibilitar, incluir la palabra del otro dentro del juego de poderes y micropoderes dominantes. Documentar el punto de vista de la mujer, del loco, del homosexual, del indio americano, etc. supone un objetivo no sólo metodológico sino político e ideológico para una parte de los que impulsaron el desarrollo de esta metodología.

Ahora bien, si esta perspectiva fuera coherente con su propuesta, debiera asumir que el punto de vista del actor implica la existencia de estructuras sociales y de significados producidas por los actores, que se refieren a condiciones de desigualdad y diferencia generadas a partir de lo étnico, de lo económico, de lo religioso o del poder. Es decir, que recuperar la perspectiva del actor supone no sólo un cuestionamiento de las concepciones estructuralistas, sino hacer evidente la diferencia, la desigualdad y la heterogeneidad.

2. En América Latina desde hace pocos años se habla nuevamente de sujeto y de subjetividad dentro de las Ciencias Sociales y Antropológicas, lo cual nos parece importante, pero el uso de estos términos es relativamente caótico y suelen ser utilizados con fuerte contenido psicologista, aun en niveles de análisis donde lo psicológico no constituye lo determinante.

En la sociedad mexicana actual todo actor opera dentro de ambas estructuras, y las mismas deberían ser incluídas en la descripción del proceso s/e/a. Pero esto no ha sido frecuente; por el contrario ha dominado un maniqueísmo que tiende a excluir o secundarizar una de las dos estructuraciones.

PADECIMIENTO Y ENFERMEDAD COMO SIGNIFICACIONES

El análisis del proceso s/e/a en consecuencia debería incluir tanto la estructura social como la de significado[3] por lo menos como marco referencial, más allá de que en función del tipo de problema estudiado se focalicen unos aspectos más que otros.

En este trabajo presentaremos en forma esquemática algunos aspectos relevantes de ambas dimensiones, pero nos detendremos en particular en la estructura de significado debido a que la Antropología Social y la Antropología Médica en particular han manejado el punto de vista del actor casi excluyentemente en términos del orden simbólico con escasas referencias a la estructura social[4]. Por lo tanto para ser consecuente con la metodología señalada, nuestro análisis se realizará respecto de lo producido por nuestra disciplina, para observar desde dentro de la misma el manejo de la perspectiva del actor.

Respecto del proceso s/e/a en términos de estructura social, lo que me interesa subrayar es que dicho proceso en las sociedades latinoamericanas se caracteriza por el incremento de las condiciones de desigualdad socioeconómica. La tendencia dominante no es sólo hacia la polarización de la sociedad en términos de niveles de ingresos y sobre todo de la monopolización de las estructuras de poder económico-político, sino al incremento de los sectores sociales en condiciones de pobreza y de extrema pobreza que a nivel regional constituyen ya más del 50% de la población total.

Dicha situación de desigualdad se expresa a través de tasas diferenciales de morbilidad, de mortalidad, de esperanza de vida, de acceso a servicios de salud, etc., siendo los grupos indígenas los que presentan los valores más negativos en prácticamente todos estos aspectos (Menéndez 1994)[5].

3. Debe señalarse que una de las principales corrientes actuales, la denominada Antropología Médica Crítica, considera a la estructura social como parte decisiva de su marco teórico. Por otra parte, la corriente ecológico/cultural reduce lo estructural a condiciones ambientales y maneja secundariamente el orden simbólico, por lo menos en los estudios sobre s/e/a.

4. Entendemos la estructura como construcción metodológica y no como "realidad", más allá de que la estructura se conciba como construcción de los actores o los actores como construcción de la estructura. En lo posible utilizaré el término estructuración y no el de estructura para subrayar esta concepción.

5. En México la esperanza de vida alcanza diferencias de más de quince años entre sectores sociales localizados en diferentes posiciones de la estructura socioeconómica.

Estas condiciones han sido descriptas y analizadas respecto de la denominada "década perdida", es decir, la de los ochenta, y de la década actual, y los pronósticos concluyen que estas tendencias se mantendrán por lo menos en el mediano plazo. Debemos subrayar que la pertenencia a determinados niveles socioeconómicos establece límites no sólo a la esperanza de vida, sino que establecen condiciones dentro de las cuales los conjuntos sociales se producen y reproducen y donde el proceso s/e/a adquiere características diferenciales en términos de representaciones y de prácticas.

En consecuencia, la significación sociocultural de los padecimientos debe ser necesariamente referida a la estructura social, no sólo para analizar la articulación que opera entre las mismas, sino para observar las condiciones donde se construyen, se desarrollan, se modifican, se utilizan las significaciones culturales. Analizar la significación de un fármaco en términos exclusivamente simbólicos, sin tener en cuenta la capacidad de compra de la población, su pertenencia o no a instituciones de seguridad social, las políticas de comercialización y control de medicamentos, etc. puede producir interpretaciones que poco tienen que ver no sólo con las condiciones materiales, sino con los procesos simbólicos que realmente están operando.

Nuestra revisión de las investigaciones antropológicas sobre el proceso de alcoholización respecto de América Latina y en especial de México nos ha permitido observar que la mayoría de dicha producción no incluye datos de tipo económico/político, ni datos epidemiológicos pese a que el alcohol constituye uno de los principales rubros del gasto ceremonial y no ceremonial, y pese a que la mortalidad directa o indirecta por alcohol constituye una de las primeras causas de muerte en varones entre 15 y 60 años (ver Menéndez 1987, 1990; Menéndez [ed.] 1991).

Planteada la necesidad de utilizar articuladamente estas dos estructuraciones, lo que me interesa destacar es que el proceso s/e/a es parte básica de toda sociedad. Los sujetos se constituyen como tales dentro de una variedad de procesos entre los cuales son sustantivos el padecer y la atención del padecimiento. Dada la emergencia y recurrencia de las diferentes variedades del padecer que van desde la enfermedad a los pesares, todo conjunto social necesita producir y reproducir representaciones y prácticas respecto de los dolores, las angustias, los malestares, los miedos que lo afectan.

Las sociedades necesitan producir algún tipo de interpretación para los padecimientos que reconocen como amenazas reales o imaginarias, para poder explicarlos, solucionarlos o convivir con ellos. Pueden inclusive resignificarlos hasta convertirlos en parte normal de sus formas de vida, o transformarlos en otro tipo de entidades no asumidas como enfermedades.

Dada la importancia que estos hechos tienen, los conjuntos sociales no sólo saturan de significados el proceso s/e/a, sino que refieren dichos significados a otras áreas de la realidad. Los padecimientos constituyen uno de los principales fenóme-

nos de construcción de significados colectivos, dado que, como ya se señaló, el actor/sociedad necesita entender, explicar, manejar los procesos que lo amenazan/interfieren su vida cotidiana, y que suelen involucrar otras áreas de la realidad social, cuyas características también pueden ser expresadas a través del proceso s/e/a. Desde esta perspectiva los padecimientos pueden constituir metáforas de la sociedad, en términos genéricos, o pueden ser síntomas de determinadas condiciones y procesos culturales y económico-políticos que operan tanto a nivel subjetivo como macrosocial.

Uno de los aspectos más importantes a recuperar es que la mayoría de los procesos de s/e/a producen/reproducen, a nivel del sujeto y/o del microgrupo, los procesos que operan también a nivel macrosocial/cultural. La mortalidad diferencial del hombre respecto de la mujer como indicador macrosocial se expresa no sólo en el perfil epidemiológico dominante de una sociedad dada, sino en la experiencia que el varón y sus microgrupos de referencia y pertenencia tienen de dicha mortalidad temprana. La experiencia de enfermar o de morir se expresan en las representaciones particulares de los actores afectados, pero las mismas se refieren al sistema macrosocial dentro del cual se estructuran. Esta característica, si bien no es patrimonio del proceso s/e/a, adquiere en éste rasgos especiales, dada la significación que el mismo tiene para la reproducción biosocial de los grupos sociales.

Las representaciones funcionan como articuladoras, en el interior del sujeto/grupo, entre la enfermedad como fenómeno biológico y las significaciones socioculturales que se construyen para manejar las consecuencias operadas en términos físicos, psíquicos y sociales. Este proceso se refiere no sólo al saber de los conjuntos sociales (saber popular), sino a las relaciones establecidas por los sujetos/microgrupos con los curadores (saber médico), ya que parte del efecto terapéutico supone la reorganización de la enfermedad para curarla o para convivir con ella. El curador generalmente cumple un papel decisivo en dicha reorganización, dado que contribuye a resignificar el padecer y posibilita al sujeto enfermo y a su grupo la producción de algún tipo de saber que no implica necesariamente la curación del padecimiento[6].

Ahora bien, asumir que el proceso s/e/a se refiere tanto a la estructura social como a la estructura de significado, implica reconocer que a través de dicho proceso se expresa la sociedad o la cultura, pero también la particularidad de toda la serie de grupos que constituyen una sociedad determinada. Dichos grupos tienen potencialmente representaciones y experiencias diferentes respecto de los padecimientos, de las estigmatizaciones o de la mortalidad que afectan a la sociedad global.

6. Una de las principales críticas al Modelo Médico Hegemónico (MMH) se refiere a sus limitaciones para generar un tipo de reorganización que sea de utilidad imaginaria para el sujeto/grupo, además del efecto técnico específico. Personalmente cuestiono esta interpretación; hace ya casi cuarenta años Balint sostenía que el principal efecto médico es "el propio médico" como efecto placebo.

Las variaciones diferenciales pueden darse en el interior de una sociedad o entre sociedades, y estas variaciones fueron puestas de relevancia por la antropología sobre todo a partir de la década de los 30, al describir las características del proceso s/e/a en grupos étnicos, y evidenciar notorias diferencias en comparación con el saber biomédico.

Se describieron las representaciones, aunque mucho menos las prácticas, de los grupos étnicos respecto del cuerpo y de sus características, así como la localización, fisiología, significado de sus órganos, que suponían esquemas referenciales no sólo diferentes, sino frecuentemente opuestos a los de la biomedicina.

Un capítulo especial fue la descripción del rechazo de estos grupos a la medicina "occidental" en términos generales o en relación con problemas específicos, lo cual fue atribuido a la incompatibilidad de puntos de vista (concepciones del mundo) respecto del significado del tratamiento y la cura. Si bien un análisis procesual nos indicaría una tendencia a la apropiación de ciertas características biomédicas por el saber popular, incluído el de los grupos étnicos, inicialmente el conjunto de datos condujo a subrayar la existencia de saberes diferentes en dichos grupos respecto de la causalidad, desarrollo y solución de sus padecimientos[7].

Algunos de estos trabajos evidenciaron tempranamente la construcción por una parte de estos grupos de representaciones y de prácticas culturales que daban un lugar social al homosexualismo y al trasvestismo, al infanticidio y a las denominadas muertes evitables. La descripción y análisis de estos y de otros procesos condujeron a que la Antropología Cultural produjera a partir de la década de los treinta una manera consistente de pensar el proceso s/e/a. No es un hecho fortuito que varios de sus principales exponentes como Redfield, Benedict, Hallowell o Foster, y en México Aguirre Beltrán dedicaran partes sustantivas de sus investigaciones al proceso s/e/a.

Dichos antropólogos asumieron en sus trabajos la existencia de un patrón cultural, de una racionalidad propia de los grupos, de un punto de vista pensado en tér-

7. Sin negar la existencia de diferencias, frecuentemente radicales, debe subrayarse que en la comparación entre la perspectiva nativa y la biomédica se produjo –y se sigue produciendo– un grave deslizamiento metodológico, ya que en lugar de comparar los saberes populares médicos se comparó un saber profesional con un saber popular. Si las investigaciones hubieran comparado el saber biomédico de los profesionales, con los diferentes saberes populares y no sólo con el de los grupos étnicos, hubieran encontrado que determinadas interpretaciones etiológicas (frío/caliente) o la incidencia de síndromes culturalmemnte delimitados (empacho, mal de ojo) o determinadas técnicas curativas (limpias, tisanas) no eran patrimonio de los grupos étnicos sino que eran y son utilizados por muy diferentes sectores sociales (ver Campos 1990, Menéndez 1981, Osorio 1994). Es la metodología aplicada la que subrayó el enfrentamiento e incompatibilidad entre ambos saberes, cuando, como hemos analizado en varios trabajos, dicho proceso no siempre supone rechazo y menos enfrentamiento, sino que el análisis evidencia la apropiación por el saber popular de prácticas aparentemente incompatibles con su racionalidad cultural y social. Fue la manera de describir y analizar el proceso s/e/a lo que centró las conclusiones en la oposición, más que en los procesos transaccionales.

minos de "concepción del mundo", que los diferenciaba de otros grupos, y donde el padecer y la atención del mismo constituían parte nuclear de dicha concepción del mundo. Los comportamientos respecto del proceso s/e/a fueron observados no sólo como expresión de perspectivas diferenciales, sino como núcleos integrativos fuertes de la identidad del grupo, y como procesos difíciles de modificar o por lo menos como "resistentes al cambio".

Esta "historia" es conocida por todos nosotros, pero lo que quiero subrayar es que dicha historia supone reconocer que la antropología cultural producida para América Latina, desde por lo menos la década de los treinta, coloca en primer plano la existencia de perspectivas diferenciales a nivel de la comunidad y/o del grupo étnico respecto de la sociedad nacional dentro de la cual funciona, y que puede o no ser referida a un marco referencial mayor que en este caso sería "la sociedad occidental".

Ahora bien el reconocimiento de la existencia de concepciones del mundo diferenciales, de que cada cultura (o civilización) produce formas de pensar y de actuar específicas, era una de las interpretaciones dominantes de corrientes importantes de la sociología y de la historia como disciplina. Los historicismos, el comprensivismo, y más tarde los existencialismos, incluído el perspectivismo de Ortega, desarrollados básicamente en determinados países europeos y en especial en Alemania, colocaban el eje de sus aproximaciones metodológicas en el reconocimiento de estas diferencias.

Por otra parte el marxismo participó también de este campo de reflexión, ya que como sabemos describió la existencia de perspectivas diferenciales en el interior del sistema capitalista. Su concepción clasista, en particular la dicotómica, se refiere a la existencia de dos perspectivas diferenciales, una de las cuales "la proletaria" fue propuesta como la concepción correcta. Más aún el marxismo desarrolló los conceptos de falsa conciencia, de fetichismo y más tarde de hegemonía/subalternidad para analizar el significado de los procesos en términos de ideología/verdad, pero siempre referidos a la existencia de estos dos "saberes" básicos.

En consecuencia, tanto en el interior del desarrollo antropológico como de corrientes dominantes en otras disciplinas, la metodología que asume la existencia de una perspectiva y de una racionalidad diferenciales en nombre de la cultura, la civilización, la nación o la clase social constituyen una propuesta relativamente temprana y no un producto reciente como parecen sostener algunos autores que manejan la concepción del punto de vista del actor con cierta a-historicidad teórica.

Más aún, podemos decir que, tanto en términos de estructura de significado como de estructura social, una parte de la producción sociológica y antropológica reforzó esta perspectiva. Desde la década de los cincuenta, el desarrollo de investigaciones sobre la relación médico/paciente devenidos en gran medida como continuidad y como crítica respecto del trabajo de Talcott Parsons sobre el sistema médico, las investigaciones sobre clase y enfermedad desarrollados por Hollingshead y

Redlich, los estudios de E. de Martino sobre la significación de diversos padecimientos y estrategias "curativas" en el sur de Italia, evidenciaban una continuidad en la afirmación de las diferencias, más allá de la diversidad de marcos teóricos utilizados por estos autores.

Esta tendencia puede ser observada además dentro de campos de estudio particulares; así, por ejemplo, en las investigaciones sobre proceso de alcoholización se constata que desde los tempranos trabajos de Bunzell (1940) de fines de los 30 hasta los notables análisis de Mac Andrew y Edgerton (1969) en los sesenta, las interpretaciones del alcoholismo están centradas en las definiciones y expectativas establecidas por los grupos estudiados.

Es en función de esta trayectoria que en los setenta, como ya se indicó, la propuesta de los conceptos de *illness/disease* iba a sintetizar el continuo y consistente desarrollo de una concepción en antropología y en etnología que afirmaba la importancia de describir la racionalidad diferencial a partir de las definiciones que los propios actores daban a su situación. Dicha propuesta conceptual se construyó a partir de los conceptos *emic/etic* aplicados específicamente al proceso s/e/a.

Si bien esta perspectiva iba a ser visualizada como dominante a partir de los sesenta y sobre todo de los setenta, por el notable desarrollo de la Antropología Médica, quiero insistir que esta era la perspectiva dominante desde la década de los 30. Al respecto no debemos olvidar que no sólo esta concepción, sino la referencia al sujeto/microgrupo como núcleo de la interpretación de procesos de s/e/a tiene un referente de notable importancia en la Antropología Social británica en el trabajo de Evans Pritchard sobre oráculo y brujería entre los azande (1937). En dicha monografía, centrada en la brujería y la enfermedad, los interrogantes más importantes a responder por parte del enfermo y su grupo no se refieren a la causa de la enfermedad, sino a por qué esa enfermedad ataca a un enfermo en particular y no a otro sujeto, en un momento dado y en un lugar específico. La búsqueda de la causa de la enfermedad, pero también la explicación y la cura remiten a la vida del sujeto/grupo.

EL ETERNO RETORNO DE LA HOMOGENEIDAD

La recuperación del punto de vista del actor aparece asociada a la reapropiación y/o producción de conceptos como sujeto, subjetividad, agente o movimientos sociales, a través de los cuales no sólo se cuestiona a las teorías estructurantes de la realidad, sino que supuestamente permitirían describir y analizar dicha realidad en términos no cosificantes, abiertos y expresivos.

Asumir que la estructura social y la estructura de significado se constituyen a partir de las prácticas y las representaciones de los actores involucrados nos parece una propuesta correcta. Pero ¿a qué actores se refiere esta propuesta cuan-

do analizamos un problema determinado? Consideramos que si el punto de vista del actor supone, en términos metodológicos, recuperar el significado producido por los diferentes actores, esto debiera expresarse a través de la descripción y análisis de todos los actores que están interviniendo significativamente en una determinada situación.

Nuestra revisión de una parte de las investigaciones socioantropológicas latinoamericanas sobre procesos de s/e/a pone sin embargo en evidencia que en la mayoría de los materiales analizados se describe y/o se habla del punto de vista de uno de los actores y no del conjunto de los actores, o se considera como punto de vista del actor a la comunidad o al grupo o al movimiento considerados en cuanto tales, como si ellos fueran un actor.

Dada la magnitud alcanzada por los estudios de género en América Latina en los últimos años, es relevante señalar que por lo menos la mayoría de los trabajos consultados por nosotros se centran excluyentemente en el punto de vista de uno solo de los géneros, el femenino. Sabemos que este sesgo puede ser explicado a través de objetivos ideológicos legítimos, pero desgraciadamente el análisis de determinados problemas al ser manejados con esta perspectiva no da cuenta de los mismos sino que los distorsiona, ya que para una diversidad de problemas la unidad de análisis a manejar sería la constituida por ambos géneros tratados relacionalmente.

Es interesante constatar que en muchos de estos trabajos cuando "habla" el varón no es éste quien lo hace, sino que es la mujer que opina sobre lo que él diría. Esta afirmación no ignora que existen trabajos que incluyen a ambos géneros, pero todavía son una minoría. Quiero volver a señalar que no cuestiono en términos ideológicos el sesgo de estos trabajos, pero considero que de seguir manteniendo este manejo del punto de vista del actor, los materiales obtenidos serán de escasa utilidad para comprender varias de las más sustantivas problemáticas de género.

Es obvio que lo concluído no se refiere exclusivamente a los estudios de género, sino a trabajos que manejan la perspectiva del actor aplicada a muy diversos campos. Investigaciones académicas, trabajos de investigación/acción, actividades de organizaciones no gubernamentales, cuando utilizan esta metodología suelen referirla a la comunidad, al grupo étnico, al movimiento social sin diferenciar la composición interna de los mismos.

En relación con lo que venimos concluyendo, y siguiendo un relativamente antiguo y sugerente texto de Merton (1972), voy a analizar la pertinencia de aplicar la perspectiva analizada a la descripción y análisis del consumo de alcohol y de sus consecuencias pensada para un área, los Altos de Chiapas, que por otra parte ha dado lugar a varios trabajos importantes sobre la alcoholización en dicha región, inclusive algunos trabajos "clásicos" de la antropología mexicana (ver Bunzell 1940, Pozas 1952, 1959, de la Fuente 1954, Metzger 1964, Siverts [ed.] 1973).

Supongamos que queremos describir e interpretar el sistema de representaciones y de prácticas organizadas en torno al alcohol por la población de los Altos de

Chiapas, para comprender el problema en los diferentes aspectos en que se manifiesta y/o para intervenir a través de algún tipo de programa, como de hecho se lo plantearon sucesivos gobiernos chiapanecos. Al respecto debe señalarse que el antropólogo J. de la Fuente coordinó un trabajo de descripción integral del problema en 1954, para formular un programa interinstitucional en el cual colaboraron la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Secretaría de Educación, el Instituto Nacional Indigenista y el Gobierno de Chiapas[8].

De acuerdo con la perspectiva del punto de vista del actor, una de las primeras tareas sería observar si la población/comunidad/grupo étnico reconoce al alcoholismo como problema, y si una vez reconocido tiene interés en tomar decisiones y/o en participar en programas total o parcialmemte diseñados por ellos, tal como por otra parte lo indican expresamente para el alcoholismo las propuestas de Atención Primaria desarrolladas luego de Alma Ata (ver Rootman y Moser 1985).

Ahora bien, en el caso analizado, el punto de vista del actor ¿supone asumir la homogeneidad de la comunidad/grupo étnico o supone reconocer que la comunidad está integrada por actores con puntos de vista potencialmente diferentes? Para ser más específicos, el punto de vista de la comunidad ¿es el punto de vista del varón, el de la mujer o el de ambos? Las investigaciones y las investigaciones/acciones ¿reconocen y utilizan todos estos puntos de vista o sólo uno de ellos? Recordemos que las etnografías del alcoholismo en Chiapas, y en particular para algunos grupos, dan cuenta que el alcohol es uno de los principales instrumentos de violencia antifemenina. Más aún, que esta violencia aparece legitimada culturalmente. ¿Cuál es en consecuencia el punto de vista del actor a tener en cuenta?

La recuperación de todos los puntos de vista puede poner de manifiesto la existencia de situaciones conflictivas, limitativas y/o de dominación interna, mientras que la localización en uno de los puntos de vista, el del varón en el caso que estamos analizando, posiblemente nos dé el patrón cultural oficial además del dominante. En consecuencia, el manejo de la perspectiva de un solo actor puede negar o por lo menos opacar los conflictos/limitaciones que existen en el interior de la comunidad, o puede considerarlos como parte intrínseca de su cultura. Por otra parte, una investigación que realmente tenga en cuenta los puntos de vista del varón y de la mujer puede cuestionar la identidad étnica desde la propia perspectiva del grupo. Dadas estas posibilidades, el uso de esta metodología supone la necesidad de reflexionar sobre estas implicaciones.

Los que utilizan la perspectiva del actor deberían definir desde el principio si la recuperación de su palabra supone convalidarla o sólo es un punto de partida para

8. Esta investigación dio lugar a que R. Pozas elaborara la biografía de Juan Chamula, cuyo protagonista es un "alcohólico" que muere de cirrosis hepática. Esta biografía es posiblemente la más famosa producida por la antropología mexicana.

el análisis de la realidad de los actores. Deben proponer explícitamente cuáles son los posibles actores identificados en el interior de la comunidad, y cuál es el peso de cada uno de ellos en su etnografía. La reificación de un actor como expresión única de la perspectiva de la comunidad puede tender a anular la potencialidad de esta metodología.

El uso de esta metodología posibilita que el actor exprese su palabra, pero puede conducir también a clausurar la palabra de otros actores en función de los objetivos de la investigación. Si el objetivo es básicamente que se exprese la etnicidad, es posible que el mismo opaque las voces de los actores que cuestionarían determinadas orientaciones de dicha etnicidad. En consecuencia, el investigador, y sobre todo el que trabaja en investigación/acción, debe explicitar con claridad cuál es su posición metodológica y, por supuesto, ideológica al respecto.

No tenemos información específica para los Altos de Chiapas, pero en otros contextos deberían incluirse otras perspectivas de género además de las dos enumeradas, como es el caso de homosexuales y lesbianas, en la medida que los mismos tengan significación para el contexto que se está analizando.

Por otra parte, y dado que analizamos la perspectiva del actor en términos de género, debe pensarse si se incluye o no la cuestión del bisexualismo masculino, que está siendo evidenciada consistentemente por las investigaciones sobre SIDA en América Latina. Si bien esta inclusión podría no ser estratégica para el análisis del proceso de alcoholización, si podría serlo respecto de otros procesos de s/e/a. Lo que quiero subrayar es la necesidad de tomar una decisión metodológica, que oriente la búsqueda hacia la diversidad y la diferencia y no hacia la homogeneidad.

Siguiendo con nuestra propuesta analítica, si en lugar del género nos referimos a la dimensión religiosa, el punto de vista a considerar respecto de la alcoholización ¿sería el de los católicos, el de los protestantes y/o el de los miembros de iglesias salvacionistas? Esta diferenciación es de notable importancia para los Altos de Chiapas, dado que desde la década de los setenta los católicos vienen expulsando a los no católicos, logrando que una tercera parte de la población chamula haya tenido que migrar forzadamente y se haya instalado preferentemente en áreas marginales de la ciudad de San Cristóbal de las Casas. Este proceso de expulsión, que continúa hasta la actualidad, no se dió sin resistencia, por el contrario el proceso supuso enfrentamientos cada vez más frecuentes, que se traduce en un número creciente de homicidios (Comisión Nacional de Derechos Humanos 1993, R. I. Estrada 1995).

Las principales causas a nivel manifiesto de la expulsión se refieren a que los "protestantes" y los miembros de las "sectas" no cumplen con "las costumbres de los antiguos", siendo una de las más importantes el negarse a beber alcohol en situaciones ceremoniales. Más aún, el gasto en alcohol y en veladoras a los santos aparecen estrechamente relacionados en ceremonias religiosas y terapéuticas, y el consumo de alcohol constituye un elemento intrínseco al funcionamiento de toda una

serie de ceremonias políticas y matrimoniales, que lo convierten en el rubro de mayor gasto ceremonial y no ceremonial[9].

Es decir, que la descripción del proceso de alcoholización en términos del punto de vista del actor necesita ser referida a un conflicto explícito de características violentas entre diferentes actores que toman partido respecto del consumo de alcohol, dada la significación que el mismo tiene para determinada concepción de la etnicidad, y para otros en función de sus nuevas formas de religiosidad. Debemos subrayar que este problema no sólo se da en los Altos de Chiapas sino dentro de los grupos étnicos mexicanos en general, aunque sin adquirir necesariamente las características de violencia que opera entre los chamula.

Pero las diferencias no se agotan en las instancias señaladas; si tomamos el catolicismo deberíamos preguntarnos si la perspectiva respecto de la alcoholización ¿es la misma en católicos "tradicionales" que en los que adhieren a la teología de la liberación? No tenemos información para la región de los Altos, pero si para otros contextos mexicanos, donde se observan notorias diferencias entre estos sectores del catolicismo respecto del alcoholismo (ver Macuixtle García 1992). Por otra parte, y para ser consecuentes, en otros contextos mexicanos tendríamos que incluir el punto de vista de los trinitarios marianos[10], de los judíos y por supuesto el de los no creyentes.

Dentro de la población de los Altos de Chiapas podriamos plantearnos la existencia de otros posibles actores con perspectivas diferenciales. La más sustantiva tal vez es la que se refiere a los diferentes grupos y subgrupos étnicos que integran la población de los Altos, y en consecuencia preguntarnos por ejemplo si la relación con el alcohol será la misma entre los chamula que entre los zinacantecos[11].

Pero, además, podemos pensar en diferencias generacionales, en sujetos con o sin experiencia de migración o en la dimensión política. Dados los acontecimientos chiapanecos no sabemos si la emergencia del movimiento neozapatista supone o no la posibilidad de un punto de vista diferencial respecto de la alcoholización[12].

9. Según información, la comercialización del aguardiente y de las velas está en manos de un pequeño grupo de personas que por otra parte detenta determinados poderes políticos formales y no formales.

10. Los trinitarios marianos constituyen una escisión del catolicismo generada a mediados del siglo XIX, y que incluyó concepciones espiritistas que terminaron hegemonizando su sistema de creencias. Se calcula que en la actualidad existirían en México entre seis y ocho millones de adeptos a estas concepciones, estrechamente ligadas a procesos terapéuticos.

11. La revisión bibliográfica evidencia que hay diferencias significativas.

12. Un investigador, que realizó su trabajo de campo en la década de los ochenta en otra zona de América Central, relató que las comunidades indígenas no daban información a los alcohólicos sobre el proceso político que se estaba organizando, dado que estos no eran sujetos seguros, ya que al emborracharse podían hablar.

Una perspectiva a tener en cuenta es la de la población mestiza, no perteneciente obviamente a los grupos étnicos pero que constituyen en algunos lugares de los Altos de Chiapas una minoría activa. Maestros, sacerdotes, funcionarios, miembros de ONG, etc. establecen algún tipo de relación constante con los grupos locales, que desde algunas lecturas indigenistas son percibidas como más negativas en términos de alcoholización, incluido el alcoholismo como hecho patológico. Desde el punto de vista de los grupos étnicos el alcoholismo mestizo sería notoriamente negativo en comparación con la alcoholización indígena (ver Arias 1975, Madsen y Madsen 1991).

Otra diferenciación no por obvia debe ser olvidada; respecto del alcoholismo deberían registrarse las perspectivas de los alcoholizados y de los abstemios. Esto podría conducir a observar la posibilidad social o no de la abstinencia, o si esta necesita estructurarse a través de otras estrategias sociales como la conversión religiosa o la pertenencia a grupos de autoayuda.

Al enumerar este listado de puntos de vista potencialmente diferentes en sociedades consideradas homogéneas, no cuestiono esta perspectiva metodológica ni la legitimidad de manejarla a través de entidades organizadas en torno a lo étnico, lo religioso, lo político o el género, sino que lo que busco en principio es evidenciar la tendencia a la homogeneización que opera en gran parte de los trabajos consultados, donde "la" comunidad o "el" grupo incluyen indiscriminadamente al conjunto de los posibles actores, aun cuando dicha unidad no dé cuenta de toda una variedad de problemas que realmente se procesa a nivel comunitario.

En segundo lugar me interesa plantear el peligro de atomización y casi pulverización que esta metodología puede favorecer, en la medida que la misma no precise qué entiende por actores significativos y, lo que es más decisivo, qué significa actor en relación con las múltiples dimensiones que operan en el interior de la sociedad. Los materiales que acabo de presentar tratan de evidenciar que la aplicación de esta metodología, a partir de sus propios principios, puede conducir no sólo a identificar muy diferentes actores sino también a disolverlos en dimensiones específicas. Debe, en consecuencia, definirse con claridad si el actor es sólamente una suma de roles, o es una entidad con un determinado nivel de estructuración que integra dichos roles en entidades más o menos constantes.

La metodología del punto de vista del actor pretende, entre otras cosas, dar la palabra a los sujetos sociales que no la tienen; en nuestro campo de trabajo al enfermo frente al médico, al loco frente al hospicio, al homosexual frente a la sociedad homofóbica, al saber médico popular frente al hegemónico, etc. Pero lo que hay que asumir metodológicamente es que aun en las sociedades supuestamente homogéneas no hay un solo actor que esté callado, sino que la mayoría de los actores pueden estarlo. Y esto nos conduce a comentar un tercer peligro metodológico, me refiero a la no inclusión de las relaciones de hegemonía/subalternidad, o a darlas por supuesto, o a referirlas exclusivamente a las relaciones externas al grupo o

a la comunidad, y a no describirlas ni analizarlas a partir de las relaciones de dominanción que operan en el interior de los mismos en términos de género, de religión o de generación.

Dentro de las ciencias sociales y antropológicas esta discusión es relativamente antigua pese a que una parte de los que manejan los conceptos de actor, sujeto y punto de vista de los mismos no parecen asumirlo. En cierta medida, parte de esta discusión se organizó en torno al concepto de clase social, ya que se cuestionaba la legitimidad de dicho concepto para agrupar en un mismo bloque, y a partir de una concepción exclusivamente económico-política, a actores que desde otras dimensiones o perspectivas no debían ser incluidos conjuntamente. Más aún la clase social era, para muchos de sus críticos, un concepto que forzaba la integración de actores sociales inclusive no compatibles. Los conceptos de clase en sí, clase para sí o conciencia de clase buscaban solucionar algunos de los problemas planteados.

Sin entrar a revisar metodológicamente este concepto, lo que me interesa señalar es que problemas similares se plantean cuando utilizamos la metodología del punto de vista del actor referida a identidades étnicas, religiosas o de género, en la medida que nos preguntemos de qué actor hablamos. Más aún, esta metodología suele ser aplicada repitiendo algunos de los sesgos que caracterizaron el uso del concepto de clase social.

Por una parte se analiza al actor sobre el cual se centra la investigación como si el mismo fuera un sujeto social aislado, y no un actor que construye la realidad a partir de las transacciones generadas con otros actores sociales. Si bien gran parte de los análisis marxistas en términos de clase incluían el concepto de relaciones y en especial de relaciones de producción, dichas relaciones no eran descriptas y analizadas en los procesos sociales concretos sino a un nivel de abstracción que no permitía dar cuenta de las situaciones analizadas en términos de los actores, en este caso las clases sociales. Lo dominante era un análisis de tipo posicional y no relacional, aun invocando el concepto de relación.

Pero no sólo en este aspecto se agotan las similaridades; al igual que el marxismo respecto del proletariado, una parte de los que hablan en nombre del "loco", de la "mujer" o del "indio americano" también los consideran explícita o implícitamente como depositarios de la verdad, o por lo menos su saber aparece como más verdadero. Los que están callados poseerían un punto de vista más correcto que los que hegemonizan la palabra y por supuesto otras dimensiones de la realidad. Sin negar esta posibilidad, y para ser coherente con la metodología aplicada, lo significativo para evidenciar esta interpretación sería primero referirla a la inclusión de los diversos actores que operan en una situación dada, y segundo describir en términos específicos las condiciones de sus saberes.

Como ya lo hemos señalado, el desarrollo del concepto de rol supuso una importante discusión teórica que también debe ser apropiada por los que manejan la metodología analizada, dado que la misma expresa tempranamente algunos temas

que se refieren justamente a la desestructuración del sujeto. El reconocimiento de múltiples roles cumplidos por un mismo actor podía conducir, como de hecho ocurrió en una parte de las investigaciones concretas, a la pulverización del actor considerado como unidad y que en los trabajos de los 40 a los 60 referían a la categoría de "persona".

Cuando estas discusiones se daban no se utilizaban los términos sujeto fragmentado, descentramiento ni otros por el estilo, y los conceptos de otro y de otredad tenían cargas diferenciales a las actuales. Pero, sin embargo, el concepto de persona entendido como conjunto de roles conducía a describir y a proponer un sujeto sin núcleo; esta concepción fue desarrollada en particular por las sociologías funcionalistas y por una parte de la psicología social norteamericanas en los 50 y 60. La paradoja de estas sociologías es que no sólo excluyeron al sujeto, sino que algunos autores lo eliminaron. Los autores que actualmente manejan conceptos como descentración y similares sería interesante que revisaran los antecedentes funcionalistas de sus propuestas, a los que no hacen generalmente referencia, por lo menos entre nosotros.

Desde mi perspectiva, la existencia simultánea de diferentes actores sociales, que como en el caso de la alcoholización pueden tener perspectivas complementarias, conflictivas y contradictorias, no supone negar la existencia de pautas similares grupales respecto de otras esferas de la realidad. Tampoco niega la existencia de procesos más sustantivos que otros, en torno a los cuales los actores pueden reconocerse y actuar conjuntamente más que respecto de otros.

Pero lo propuesto conduce a recuperar un mínimo de estructuración, que en el discurso de los que manejan la metodología analizada se suele perder en beneficio de lo no estructurante y de la subjetividad. Al señalar esto no niego la validez de las críticas a las propuestas estructuralistas, pero considero que la aplicación de la perspectiva del actor requiere la producción de un marco referencial de la relación estructura/actor referida al problema concreto a investigar, para evitar caer en la pulverización de los conjuntos sociales y/o en la psicologización de los procesos socioculturales.

Considero que la perspectiva del actor debe ser utilizada a partir de asumir en términos metodológicos la existencia de posibles diferencias significativas en el interior de la cultura, la clase social, el grupo étnico, o la comunidad y no proponer explícita o implícitamente a estas unidades como expresando un solo punto de vista, que en varios autores adquieren el carácter de identidades más o menos esenciales.

SABER LOCAL Y CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD

La problemática analizada adquiere una significación particular cuando pasamos del análisis teórico de un proceso al manejo del mismo en términos de inter-

vención, ya sea en función de un programa de salud o de una acción educativa, que explícitamente proponga la inclusión de la perspectiva de los conjuntos sociales definidos a partir de ellos mismos.

Mientras la antropología se mantuvo a nivel exclusivamente teórico, el antropólogo podía producir datos, interpretarlos, sacar conclusiones pero no se veía obligado a proponer y aun menos tomar decisiones sobre aspectos de la vida de los grupos que estudiaba, pese a observar procesos como desnutrición, infanticidio o una altísima mortalidad evitable en el grupo estudiado.

El desarrollo de la antropología aplicada a partir de la década de los treinta colocó a una parte de los antropólogos ante la necesidad de decidir si pensaba la aplicación en términos de un saber determinado por el mismo, por la institución que contrataba sus servicios y/o por la comunidad sobre la cual trabajaba. Por supuesto que estos referenciales pueden o no ser complementarios, pero lo que me interesa subrayar es la necesidad de asumir esta decisión y además incluir en la misma la orientación que se quiere dar a las intervenciones.

Lo que estamos planteando no se refiere exclusivamente a la antropología de los países centrales, sino también a países como México. Recordemos que a nivel nacional una parte significativa del trabajo antropológico fue y sigue siendo aplicado. La inserción de antropólogos en instituciones del estado como el Instituto Nacional Indigenista, Culturas Populares o la Secretaría de la Reforma Agraria o su participación en programas de desarrollo económico y social (PIDER, CONASUPO, IMSS/COPLAMAR o SEDESOL) debe ser asumida como parte importante del trabajo antropológico aplicado. En los últimos años la inclusión de antropólogos en organizaciones no gubernamentales (ONG) en actividades diversas como la formación de promotores, el trabajo en programas de salud reproductiva o de apoyo nutricional a la comunidad, expresa a nivel no estatal la continuidad de este tipo de intervenciones.

En el interior de las instituciones, la actividad del antropólogo dependerá del lugar que ocupe y de la autonomía en la toma de decisiones. Pero más allá de estas condiciones, a nivel de discurso dominó en este trabajo aplicado la recuperación de la perspectiva del actor, que se refiere en particular a los grupos étnicos americanos.

Ahora bien, más allá de observar cómo realmente se aplica esta concepción basada en el actor, lo que me interesa analizar es la emergencia de algunos problemas cuando se aplica esta metodología. En América Latina, y en México en particular, se ha observado recurrentemente que determinados grupos étnicos no reconocen el estado de desnutrición de los niños de su propio grupo. Las madres en dichos grupos no manejan indicadores ni categorías nativas que codifiquen como desnutrida a la criatura; es decir, estos grupos no producirían representaciones del cuerpo y del padecimiento que se refieran a la desnutrición.

Para J. P. Grant, ex presidente de la UNICEF, la desnutrición es invisible inclusive para las propias madres; según un reciente estudio "... casi el 60% de las

madres encuestadas cuyos hijos padecen desnutrición pensaban que estos crecían normalmente y tenían un desarrollo adecuado" y agrega:

> Numerosas pruebas disponibles indican que en casi la mitad de todos los casos de desnutrición, el principal obstáculo para mejorar el nivel nutricional del niño no es tanto la falta de alimentos de las familias como el carácter imperceptible del problema (Grant 1983:3, 22)[13].

Si bien esta afirmación es correcta en términos generales, y en especial para algunas situaciones, la misma no debiera ser referida solamente al sistema de creencias sino que debiera incluir el sistema social dentro del cual funciona dicho sistema de creencias. Es decir, el mismo no puede aparecer desarticulado de las condiciones económicas y políticas dentro de las cuales viven estos grupos. Pero aun reconociendo la necesidad de un marco de análisis más integral, lo que debe subrayarse desde la perspectiva que estamos analizando son las consecuencias que puede tener asumir el punto de vista del actor como el verdadero, en la medida que el mismo, al negar una parte de la realidad, puede contribuir a producir y reproducir situaciones negativas para el grupo en términos de mortalidad.

Las investigaciones sobre alcoholismo y alcoholización realizadas por médicos o por antropólogos evidencian recurrentemente que tanto a nivel de comunidad como a nivel de persona el alcoholizado niega su problema, lo resignifica en términos culturales o subjetivos. Gran parte del rechazo médico respecto del paciente alcoholizado se refiere a toda una serie de representaciones médicas respecto del alcohólico como mentiroso, ocultador, mistificador de la verdad de su alcoholismo (ver Menéndez y Di Pardo 1996a).

Recordemos que la desnutrición infantil es uno de los rasgos directamente asociado a las altas tasas de mortalidad infantil, y que la mortalidad directa e indirecta por alcoholismo constituye una de las primeras causas de muerte en México. Es en función de estos datos que podemos concluir que el sujeto/actor puede no reconocer algunos de los problemas más graves que afectan tanto a él como a su comunidad. En consecuencia, ¿qué hacer? No hacer nada hasta que la comunidad/grupo doméstico reconozca el problema o modifique sus representaciones y prácticas. Inducir el cambio a través de la aplicación de programas verticales. O desarrollar tareas de educación/concientización con la comunidad.

La aplicación radical de la perspectiva del actor, sostenida por ejemplo por algunos etnicistas, conduciría a la no intervención y a esperar que el actor defina su propia situación. Pero en los hechos, y en términos de antropología aplicada, lo dominante en México han sido las otras dos alternativas. Pero ambas, y esto lo subrayo, suponen procesos de modificación inducidos, donde el punto de vista del

13. Ver I. de Garine 1987; para México ver el trabajo reciente de L. Reyes (1995) sobre los zoques.

actor será modificado a partir de una perspectiva "externa", aun aplicando técnicas que respetan hasta lo posible el punto de vista nativo.

Esto último no lo planteamos críticamente, sino que señalamos algo que es obvio, pero que no necesariamente se asume por los que aplican la perspectiva del actor en el trabajo de concientización o de educación popular. Hay un cuantum de inducción que, entre otros, puede suponer nada más y nada menos que el reconocimiento de problemas no percibidos previamente por la comunidad.

El campo nutricional ha sido especialmente analizado en América Latina y en particular en México. Los programas de alimentación complementaria pusieron en evidencia en las décadas de los 40 a los 60 que la población de determinadas comunidades rechazaba los alimentos que se les daban, que inclusive vendía una parte de esos alimentos para comprar productos definidos por los actores como los necesarios, aunque no por el sector salud (Menéndez 1981).

Las acciones salubristas en el campo de la nutrición generaron modificaciones en la dieta de algunos de los grupos con los cuales se trabajó. Si bien los patrones alimentarios aparecen como significativos en términos de pertenencia cultural, existirían no obstante otras áreas de vida, cuya modificación puede alterar más centralmente la identidad cultural de un grupo.

La violencia antifemenina está siendo denunciada crecientemente en América Latina. La misma no es un problema reciente, sino que constituye un antiguo patrón cultural que, no obstante, no se refleja sino hasta fechas muy recientes, en las obras producidas por antropólogos que describen y analizan sus comunidades desde la perspectiva de los actores.

La mayoría de las veces estas violencias no fueron denunciadas por los actores comunitarios, inclusive por los que las sufren, sino que fueron señaladas por sujetos "externos" que asumían la representación de estos actores silenciosos. Dicha violencia aparece en muchos grupos estructurada a través de patrones culturales profundos, de los cuales la violencia es parte constitutiva.

Ahora bien, supongamos que al trabajar con el punto de vista de la comunidad ésta niega dicha violencia, o lo que puede ser más interesante, la reconoce pero la refiere a sus formas de vida. ¿Qué hacer frente a esta situación? Si se acepta el punto de vista del actor en tanto unidad, legitimamos la persistencia de la violencia dado que el asesinato ritual de niñas, las prácticas que implican el repudio de la mujer, la aplicación de determinadas técnicas de mutilación del cuerpo o el asesinato intencional y/o funcional de sujetos del género femenino son parte de la estructura sociocultural de numerosas comunidades. Alterar dichos patrones supondría ir contra el punto de vista del actor, o si se prefiere de la cultura dominante en dicha comunidad, que expresa en sus prácticas y representaciones la antifemineidad constitutiva de la misma.

Es frente a estos aspectos que se han fraguado alternativas como las del relativismo cultural; todo grupo define sus formas de vida y ello debe ser respetado por

el investigador. Es decir, se absolutiza el punto de vista del actor. Una variante es que el antropólogo se maneje exclusivamente en el nivel teórico y dé cuenta de la racionalidad de la cultura o del problema específico a investigar; puede o no estar de acuerdo a nivel "moral" con determinados rituales pero sin analizarlos en este nivel y sin generar intervenciones. Otra variante es afirmar metodológicamente el punto de vista del actor, pero señalando que respecto de determinados problemas no se va a asumir dicha perspectiva en términos genéricos o referido en especial a algunos de los actores reconocidos en el interior de la comunidad.

Si bien nuestra referencia más constante es el grupo y la comunidad entendidos en términos étnicos, no reducimos a los mismos nuestro análisis, dado que todos los problemas pueden ser observados a nivel de sociedades "complejas". En última instancia el concepto estilo de vida ha tratado de recuperar sobre todo para el medio urbano la existencia de patrones consistentes de comportamientos observados en términos preferentemente socioculturales e individuales. En consecuencia los interrogantes formulados en términos de ¿qué hacer? podemos referirlos a las violencias o a otras problemáticas que operan no sólo en los grupos étnicos sino a nivel de la sociedad global.

Más específicamente, ¿qué hacemos respecto del punto de vista de un alcohólico o de una comunidad alcoholizada que se traduce en una práctica que afecta no sólo su salud, sino la de los que conviven con ellos? ¿Qué hacemos no sólo si nos proponemos algún tipo de intervención, sino qué hacemos en términos teóricos si lo que nos preocupa es analizar la simbolización, los significados de identidad y pertenencia que el consumo de alcohol tiene para un grupo y sujeto determinados? (ver Cortés 1988). ¿Qué hacer frente a movimientos sociales que defienden a determinados actores, pero no incluyen determinadas características del actor que están afectando negativamente su vida, como es el caso de la alcoholización no sólo masculina sino también femenina. En México la mortalidad por cirrosis hepática es una de las primeras causas de muerte en varones en edad productiva, pero también lo es en mujeres en edad productiva y reproductiva, lo cual no es asumido ni frecuentemente reconocido por el movimiento feminista en ninguna de sus orientaciones ideológicas (ver Menéndez y Di Pardo 1996b).

Es decir, que el punto de vista del actor requiere ser problematizado, para establecer con claridad los límites dentro de los cuales lo manejan aquellos que lo emplean. Uno de los autocontroles epistemológicos debe estar referido a la continua tendencia a homogeneizar la comunidad. Debe asumirse que en América Latina a nivel no sólo de sociedades complejas, sino de pequeñas comunidades, existen procesos que tienden a diferenciar internamente a los conjuntos sociales. El caciquismo y neocaciquismo rural y urbano, pero también fenómenos tan diversos como la venganza de sangre o la migración rural/urbana en términos nacionales e internacionales tienden a heterogeneizar la realidad social a través de diferentes dimensiones de la estructura social e ideológica.

En algunos trabajos realizados en diferentes períodos hemos observado que la venganza de sangre constituye un fenómeno con notable presencia, en especial en algunas áreas de México como la conocida como "Tierra Caliente". Esta estructura de relaciones, que supone el asesinato sistemático entre grupos familiares, ha sido escasamente descripta y analizada en términos antropológicos en México, pese a darse en grupos respecto de los cuales existen trabajos etnográficos. ¿Qué es lo que está operando para que una estructuración de las relaciones de este tipo no haya sido descripta? ¿Acaso la falta de una etnografía profunda, la no presencia significativa de dicho proceso o una actitud de protección del punto de vista del actor?

No obstante, más que encontrar una respuesta al por qué contamos con tan escasos materiales antropológicos sobre esta problemática, lo que me interesa subrayar es la existencia de un patrón sociocultural que supone no sólo "diferencias" a nivel de comunidades homogéneas, sino que dichas diferencias pueden implicar el homicidio sistemático. La realidad aparece frecuentemente estructurada en términos culturales de tal manera que puede dar una apariencia de homogeneidad o ponderar sólo determinadas heterogeneidades, opacando algunos aspectos y haciendo visibles otros en función de su propia organización de "la" realidad.

Lo concluido hasta ahora cuestiona el uso simplificado y homogeneizante de la metodología centrada en el punto de vista del actor, pero recupera la importancia de utilizar esta aproximación tanto en términos de análisis teórico como de acción. La inclusión del saber/poder local puede favorecer el proceso de participación al involucrar a los actores en la medida que éstos puedan reconocer algún tipo de beneficios, y que participen realmente en la toma de decisiones.

Pero esta posibilidad de participación es mayor en la medida que se asuma la heterogeneidad, la conflictualidad de intereses, las áreas de complementariedad y los obstáculos procedentes de dichas heterogeneidades. Justamente toda una serie de trabajos recientes tienden a reconocer que para lograr una mayor eficacia participativa se necesita referir el punto de vista del actor no a "la" comunidad sino a los "grupos homogéneos" que pueden diferenciarse en el interior de las mismas (ver Oakley 1990).

EL PUNTO DE VISTA DEL ACTOR COMO METODOLOGÍA PROBLEMATIZADA

Esta perspectiva metodológica se ha ido convirtiendo en una técnica que coloca entre paréntesis los fundamentos epistemológicos y teóricos de esta metodología, y la reduce frecuentemente a un recurso para obtener información. El notorio incremento de la visibilidad y uso de determinadas técnicas cualitativas relacionadas con esta metodología evidencia este notable desarrollo en términos técnicos.

Dicha utilización va dejando de lado una serie de problemas que sin embargo son significativos para un uso consciente y reflexivo de esta perspectiva. Si bien hemos analizado algunos de estos problemas, existe toda una variedad que evidencia la complejidad y necesidad de tomar decisiones al respecto.

Nuestra revisión de la producción mexicana y en menor medida latinoamericana sobre parteras empíricas, sobadoras, hueseros, culebreros, curanderos, "shamanes", etc. indica que la mayoría de estas descripciones parten de un supuesto generalmente no explicitado, según el cual existe una suerte de univocidad entre el saber de estos curadores y el saber comunitario. Se asume implícitamente que dichos curadores expresan el saber tradicional en términos del portador/actor de la cosmovisión del grupo. Su eficacia terapéutica estaría basada en gran medida en esta característica.

Sin negar la existencia parcial de este proceso, la no inclusión de una diferenciación entre el saber del curador profesional y el saber de los conjuntos sociales conduce a no observar la posible discrepancia entre los mismos, y a no tener en cuenta los procesos de transformación que están operando sobre todo en el saber de los conjuntos sociales, dada la multiplicidad de influencias que operan sobre sus representaciones y prácticas respecto del proceso s/e/a.

En función de lo señalado considero además necesario que las investigaciones que se realicen a partir de la perspectiva del actor expliciten si dicha perspectiva se aplica a las representaciones, a las prácticas o a ambas dimensiones. Considero que al igual que respecto de los curadores, domina una suerte de sobreentendido según el cual la representación expresa isomórficamente a la práctica. Por lo cual las descripciones etnográficas son básicamente descripciones de representaciones y no de prácticas de los actores, por lo menos en lo que respecta al proceso s/e/a.

Esta concepción no incorpora los aportes de la teoría antropológica que sostienen la existencia de diferencias y hasta discrepancias entre representaciones y prácticas. La representación constituiría algo así como la "teoría" del proceso analizado, y la práctica lo que realmente se realiza. La representación operaría como un marco referencial que se actualiza en situaciones concretas, y en las cuales emergen respuestas inmediatas que incluyen el "marco referencial", redefinido en función de los procesos de transacción desarrollados en una situación dada. Los trabajos que no asumen esta diferencia pueden construir una etnografía basada en el punto de vista del actor, pero que no expresa realmente las prácticas que se realizan.

Dado lo que estamos analizando, el manejo de esta metodología implica la necesidad de que el investigador explicite no sólo si va a incluir las estructuras sociales y de significado, sino también cual es su concepción respecto de la realidad analizada. Y esto no sólo en términos de reconocer uno o varios actores significativos, sino de cómo entiende la producción de la realidad por esos actores. Algunos etnometodólogos han planteado que la realidad que los actores nos expresan en las entrevistas e inclusive a través de la observación es una realidad organizada y

estereotipada. Sería una realidad que tiende a opacar, que oculta funcionalmente determinadas características de dicha realidad. En consecuencia, o el investigador crea dispositivos para violentar esa representación de la realidad o lo que tendremos será la cultura "como verdad" de ese grupo. Para esta concepción, la "realidad" debe ser producida a partir de cuestionar el nivel manifiesto que presenta el actor en términos de su representación.

Un importante problema a analizar respecto del punto de vista del actor es bastante frecuente pero no aparece generalmente incluído en nuestras monografías. Me refiero a lo que podemos denominar manejo "ético" de la información, y en el cual se mezclan una suerte de procesos que debemos tratar de aclararnos.

Toda una serie de patrones culturales no son descriptos no porque el investigador no los haya detectado, sino por el compromiso moral establecido con sus informantes. Y es por ello que no se describen pautas de homosexualidad, de venganza de sangre, de violencia antifemenina, de incesto, de violaciones intrafamiliares, de alcoholización, etc. Ahora bien, reconociendo la pertinencia de este compromiso "moral" ¿qué supone esta omisión respecto de la realidad analizada? Si trabajamos con la perspectiva del actor, pero no incluimos algunos aspectos que son *decisivos para interpretar el problema estudiado,* ¿para qué nos sirve realmente esta metodología?

El análisis desarrollado hasta ahora parte de asumir que la discusión de la perspectiva del punto de vista del actor incluye toda una serie de problemas que son centrales a la metodología antropológica. Varios de ellos han sido tratados en este trabajo con diferente énfasis, pero hay un último problema que sólo fue mencionado pese a la importancia que el mismo tiene.

Esta metodología desde sus inicios aparece saturada de implicaciones políticas e ideológicas. La perspectiva del actor no sólo supone la posibilidad de producir datos estratégicos en función de lo ya analizado, sino que dicha información puede ser producida para legitimar la existencia de determinados actores sociales. De allí que una parte sustantiva de los que utilizan esta perspectiva afirman la cualidad diferencial de los sujetos sociales en referencia a valores nacionales, religiosos, étnicos, clasistas o racistas.

El conocimiento desde adentro que, desde el desarrollo de los historicismos, es propuesto como un saber privilegiado en términos metodológicos, se cargará de contenidos ideológico/culturales afirmando no sólo la excepcionalidad sino la superioridad de ese tipo de saber, en la medida que el mismo es identificado con un grupo específico. El saber de un grupo étnico puede expresar simultaneamente su concepción diferencial del mundo, y el sistema de dominación y de opresión al que está sometido, y lo mismo ocurre con la mujer, el homesexual o el "loco".

Pero debe recordarse que el desarrollo de estas propuestas que se adhieren a una concepción particularista del conocimiento de la realidad también han sido hechas propias por grupos para fundamentar su proyecto de expansión y de domi-

nación y cuya expresión máxima hasta ahora la constituyen las concepciones racistas, especialmente las desarrolladas por el nacionalismo alemán.

Durante los sesenta asistimos en especial en los Estados Unidos a una explosión de particularismos de muy diferente índole; R. K. Merton sostenía en 1969:

> En nuestra época, se está iniciando un cambio social muy evidente que se está canalizando en una variedad de movimientos sociales. Estos son formalmente iguales en cuanto a sus objetivos de lograr una mayor conciencia colectiva, una solidaridad más profunda y una nueva o renovada fidelidad primaria o total de sus miembros hacia ciertas identidades, status, grupos o colectividades sociales. Al pasar revista a la lista conocida de estos movimientos centrados en la clase, la raza, lo étnico, la edad, el sexo, la religión y la disposición sexual observamos dos instructivas semejanzas (1977:159).

Estos grupos se caracterizan porque el reclutamiento se basa en status e identidades adscriptos (raza, etnia, "sexo") y porque desarrollan una actividad de autoafirmación que implica no sólo la construcción de símbolos y rituales de reconocimiento y diferencia, sino la producción de una concepción según la cual sólo los que pertenecen a dicho grupo pueden llegar a comprenderlos. Se construye una epistemología particularista según la cual no sólo el dato estratégico surge de la perspectiva del actor, sino que sólo un miembro de esa perspectiva puede producirlo e interpretarlo.

La posible legitimidad política de esta propuesta no puede opacar las consecuencias que la misma puede tener en términos no sólo del saber sino en términos políticos. Desde esta perspectiva, es que el manejo de la metodología analizada implica reflexionar sobre los usos diferenciales de la misma y sobre sus posibilidades, que como hemos señalado en otros trabajos puede conducir a eliminar la diferencia en nombre de la diferencia.

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, J. (1975): *El mundo numinoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos*. México, Sep-Setentas.

BUNZEL, R. (1991) [1940]: "El rol del alcoholismo en dos culturas centroamericanas". En MENÉNDEZ (ed.): 1991, 201-46.

CAMPOS, R. (1990): *Nosotros los curanderos... Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la ciudad de México*. Tesis de Maestría de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. México (en prensa)

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (1993): *Informe sobre el problema de las expulsiones en las comunidades indígenas de los Altos de Chiapas y los derechos humanos*. México, CNDH.

CORTÉS, B. (1988): "La funcionalidad contradictoria del consumo colectivo de alcohol". En *Nueva Antropología*. N.º 34, 157-86.

DE GARINE, I. (1987): "De la perception de la malnutrition dans les sociétés traditionelles". En Retel Laurentin, A. (coord.): *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris, L'Harmatan, 1987, 383-92.

DE LA FUENTE, J. (coord.) (1954): *Comisión de estudios del problema del alcoholismo en Chiapas*. México, Gobierno del Estado de Chiapas, Instituto Nacional Indigenista, 8 fascículos.

ESTRADA, R. I. (1995): *El problema de las expulsiones en las comunidades indígenas de los Altos de Chiapas y los derechos humanos: Segundo Informe*. México, CNDH.

EVANS-PRITCHARD, E. E. (1976) [1937]: *Brujería, oráculos y magia entre los Azande*. Barcelona, Anagrama.

GRANT, J. P. (1983): *Estudio mundial de la infancia*. Madrid, Siglo XXI.

MACANDREW, C. y R. EDGERTON (1969): *Drunken Comportment. A Social Explanation*. Chicago, Aldine.

MACUIXTLE GARCÍA, J. (1992): "La importancia del consumo de alcohol en Magdalena (Veracruz)". En MENÉNDEZ (ed.): 1992, 43-62.

MADSEN, W. y C. (1991) [1969] "La estructura cultural del comportamiento hacia el alcohol". En MENÉNDEZ (ed.): 1992, 309-28.

MENÉNDEZ, E. L. (1981): *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, Ediciones de la Casa Chata.

_____ (1987): *La alcoholización, un proceso olvidado... Patología, integración funcional o representación cultural*. Cuaderno 150 de la Casa Chata.

_____ (1990): *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial/FONCA.

____ (1994): "Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza". En *Publicar* 4:7-32, Buenos Aires.

MENÉNDEZ, E. L. y DI PARDO, R. (1996a): *De algunos alcoholismos y de algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización*. México, CIESAS, Colec. Miguel Othon de Mendizábal.

____ (1996b): *Alcoholismo, especializaciones y desencantos*. Ms.

MENÉNDEZ, E. L. (ed.) (1991): *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política. 1930-1979*. México, Ediciones de la Casa Chata.

____ (1992): *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México*. México, CIESAS.

MERTON, R. (1977) [1972]: "Las perspectivas de los de adentro y los de afuera". En MERTON, R.: *La sociología de la ciencia*. Madrid, Alianza., 1977, vol. I, 156-164.

METZGER, D. (1964): *Interpretation of drinking perfomances in Aguacatenango (México)*. Ph D. Dissertation, Univ. of Chicago.

OAKLEY, P. (1990): *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OSORIO, R. M. (1994): *Ideología y prácticas en torno a la morbimortalidad en menores de cinco años*. Tesis de Maestría de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

POZAS, R. (1952): *Juan Pérez Jolote: Biografía de un Tzotzil*. México, Fondo de Cultura Económica.

____ (1959): "Chamula, un pueblo indio de los Altos de Chiapas". En *Memorias del Instituto Nacional Indigenista*. México.

REYES, L. (1995): *Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunidades zoques a diez años de la erupción del Chichonal*. Tesis de Maestría de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.

ROOTMAN, Y. y J. MOSER (1985): *Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar soluciones adecuadas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

SIVERTS, H. (ed.) (1973): *Drinking patterns in Highland Chiapas: A teamwork approach to the study of semantics trough ethnography*. Bergen-Oslo-Tromso, Universitets forlaget.

A PEREGRINAXE DOS SÍNTOMAS

Emilio González Fernández
Profesor Asociado de Psiquiatría
Adxunto de Psiquiatría do Complexo
Hospitalario de Santiago de Compostela
Sección de Etnomedicina. Museo do Pobo Galego

Se percibimos que alguén suspira, de xeito automático interpretamos ese fenómeno en función dunha chea de variables que inclúen ó emisor, ó receptor e ó contexto. Ese suspiro pode ser lido como aburrimento, como sufrimento, como alivio e mesmo como pracer. Seguro que a todos se lles ocorren diferentes contextos ou escenarios nos que encaixa-las interpretacións que acabo de facer, por exemplo sala de espera, velorio, remate dun exame, xogo sexual.

Mais, a interpretación e catalogación non só muda co escenario senón coas cosmovisións e peculiaridades de quen o emite e de quen o recibe. Modificámo-la interpretación segundo suspire un home o unha muller, un neno ou un vello, un xaponés ou un italiano.

Se este suspiro se produce na consulta dun pneumólogo corre o risco de ser interpretado como unha dificultade no respirar e como mínimo faranlle algunha exploración física para descartar "organicidade". Pola contra, se ocorre na consulta dun psiquiatra ou na dun psicólogo ten moitísimas posibilidades de que sexa rexistrado como "psicóxeno"; daquela, relacionarano coa ansiedade.

Acabamos de resumi-lo miolo de todo o que imos dicir a continuación. Segundo a institución ou contexto, segundo o profesional ou receptor, e segundo o enfermo ou emisor, un mesmo fenómeno poder ser rexistrado como unha emoción normal, como unha emoción pouco atinada ou como síntoma dunha doenza. En función

do poder que teñan as diferentes partes, ou dos beneficios que espere consegui-lo emisor, o síntoma vai tomar unha forma ou outra.

Pretendemos ir configurando un novo estilo de entrevista clínica que teña en conta as peculiaridades do medio, ó mesmo tempo que nos gustaría falar do tratamento médico máis como un contrato ca como unha imposición unilateral. Dalgún xeito, estamos empeñados en ir desenvolvendo unha cultura de saúde mental etnocéntrica nun momento histórico no que queren impoñernos unha cultura de masas con productos alleos, basicamente dos Estados Unidos de Norteamérica. Fronte a un universalismo abstracto precisamos recuperar significados e perspectivas locais.

Neste sentido, a métafora da continua peregrinación á que se ven obrigados os síntomas pode sernos útil para ir articulando o noso discurso. O síntoma para que cumpra a súa función precisa atravesar non poucos filtros. Desde a conciencia do enfermo ata a conciencia do médico ese síntoma, para ser recoñecido como tal, terá que mudar máis dunha vez. O camiño vaille ser máis difícil cando entre o enfermo e mailo médico existe moita distancia.

Da persoal e aldeá cosmovisión infantil quero recuperar hoxe tres aparellos que me permitan estructurar en partes este pequeno relatorio. Penso que serven para representar graficamente esa peregrinación dos síntomas.

Lembremos, en primeiro lugar, *a criba.* Era un instrumento que tiña uns buracos respectables, permitía separar por exemplo o gran da palla ou a area das pedras. Se falamos pois de criba-los síntomas, estamos a referirnos a pequenas modificacións que precisan facer. Temos, en segundo lugar, a *peneira,* aquí o grosor da malla xa diminúe moito; peneirámo-la fariña para separala do farelo, por exemplo. Xa estamos diante dunha función moito máis selectiva, quere isto dicir que cando peneirámo-los síntomas estamos facendo xa unha separación moito máis radical e transcendente.

Por último, chegamos ó filtrado. Un *filtro* é un utensilio moito máis moderno e refinado. A simple vista xa non distiguímo-los poros que só van deixar pasar un líquido ou un fluído sen impurezas de ningún tipo. Se facemos un filtrado dos síntomas quere dicir que lle impoñemos un control moi estricto. Mesmo, con Shorter (1992:29), xa poderiamos falar de "síntomas lexítimos" para referirnos a aqueles que o estamento médico considera como manifestacións dunha "doenza recoñecida".

Asemade, precisamos nesta metáfora entende-lo síntoma como algo dinámico, dotado de vida propia. Se xorde por algo será, algunha función cumprirá ou a algunha estratexia concreta corresponderá. De aí que se no filtrado, cribado ou peneirado non o deixan pasar para algún lado irá; o máis probable é que mude para axeitarse ó intrumento medidor. Pero tamén pode saír por outro sitio; ás veces percibimos como determinados síntomas que non son recoñecidos no sistema sanitario se disfrazan para que os admitan nos servicios sociais.

Isto é máis doado de ver cando falamos de síntomas-alteración de conductas. Por exemplo, unha persoa que camiñe seguido e que pida esmola pode ser etiquetada como enfermo ou como pobre, e calquera das dúas axencias tentará coutar esa conducta que previamente foi considerada desviada pola sociedade en que vive.

Coido que xa vai quedando de manifesto que falo desde unha perspectiva de médico psiquiatra, aínda que tente facer Antropoloxía aplicada á Saúde. Despois de cinco anos de escoitar e de traballar como tal nunha comunidade rural, a unhas seis leguas de Compostela, pretendemos falar destoutro peregrinar.

Como psiquiatra a miúdo teño que moverme nunha encrucillada na que preciso unhas veces valerme do universalismo biomédico e outras do particularismo antropolóxico. Cando falamos da nosa experiencia, do noso traballo de campo como observadores participantes, gustaríanos darlle un sentido universal. Cómpre xa subliñar que non vemos grandes diferencias entre as demandas dos pacientes en comunidades rurais e nas urbanas, quizais estas diferencias veñen marcadas polas facilidades de acceso ós servicios sanitarios.

Ó escoitar como traballan os curandeiros no territorio xeográfico no que tamén intervimos nós, de seguida nos decatamos que están continuamente innovando, modernizándose, introducindo novos métodos, algúns tomados da medicina oficial. Algo moi parecido ó que salienta Wolffers (1989:1114) en sitios tan afastados como a India e que remarca a necesidade que teñen os "filtros" de axeitarse ós escorregadizos síntomas.

A relación médico-enfermo caracterízase por unha constante negociación, por un trato continuo, entre enfermidade e malestar, entre as interpretacións de ámbalas dúas partes. Onde nós traballamos aínda prefiren os usuarios falar da "miña Historia", precisan que historiémo-la súa doenza sen separala da biografía persoal. Sen embargo, a poucos quilómetros en Santiago, igual que cando traballan en Zürich ou en Berna, o Hospital xa os obriga a que se refiran ó "seu Historial". Neste caso xa están a falar de algo máis tecnocrático, máis impersoal.

Pero este universalismo biomédico que desde a perspectiva que hoxe nos ocupa tanto criticamos, non é máis ca unha apariencia. Para mantelo necesítase illar diagnóstico e tratamento, aspecto inconcibible. Este maquiavélico proceder é moi doado de descubrir a diario desde dentro do sistema sanitario. A maioría dos médicos que van de "científicos" e que se gaban de ser "investigadores" defende enerxicamente a necesidade de utilizar criterios diagnósticos universais para face-lo etiquetamento, pero a cotío fan "localismo terapéutico" e quedan tan panchos ó dicir que tal procedemento non é aplicable a "enfermos incultos". Moitas voltas teriamos que darlle a isto das "denominacións de orixe" tan de moda nalgunhas facetas da nosa realidade e tan negadas noutras...

ESCENARIOS E FERRAMENTAS

Antes de describi-lo cribado, peneirado e filtrado psico-social da clínica psiquiátrica iría ben que nos detivesemos un anaco nos intrumentos e mais no escenario onde se recollen os síntomas.

Collemos adrede a peneira e maila criba para simbolizar aparellos propios dunha época histórica e dun tipo concreto de producción. O filtro xa é máis recente, universal e industrial. As cribas e as peneiras construíanse localmente e púñaselle-lo tipo de malla máis axeitado á función que ían realizar, mentres que os filtros se tiñan que mercar, e case sempre eran de fabricación estranxeira. Así nos pasa coas ferramentas coas que diagnosticamos; se recorremos basicamente á entrevista, á conversación diagnóstica-terapéutica case sempre a construímos nós mesmos, aínda que sigamos modelos universais correspondentes ós diversos paradigmas cos que interpretámo-las doenzas. Pero, se utilizamos cuestionarios ou escalas case sempre son "de importación".

Isto xa é outro problema. Se renunciamos a seguir "bricolando" cribas e peneiras temos que usar case sempre filtros internacionais que non son capaces de recoñecer síntomas locais; por iso, non os van aceptar, seleccionar. Radicalizándonos unha chisca, podemos afirmar que o que se pretende é precisamente facer desaparece-los "síntomas" para traballar soamente cos "signos".

Igual que temos cantidade de estudios que amosan como moitas das taxas de determinados trastornos psíquicos varían substancialmente segundo que sexan médicos xeneralistas ou psiquiatras os que fagan a colleita, temos que aceptar que xa son escasos os médicos galegos que no momento actual saben que é un *grime* ou un *rincho*. Tan ricas e coloquiais expresións de malestar están desaparecendo das consultas non porque xa non se "sintan", senón por non seren recoñecidos como síntomas. Afondar nisto levaríanos ó atractivo asunto da co-construcción da doenza.

Co escenario, co lugar onde se "representa" o síntoma ocorre outro tanto. Tampouco podemos caer en apoñerlle toda a responsabilidade do cambio ó sistema sanitario. Cando os vellos actuais eran mozos, os síntomas recollíanse a maioría das veces na propia casa, na cama; por iso se conserva a palabra "médico de cabeceira" mentres xa se foi perdendo a de "o médico da casa". Pola contra, agora a maior parte dos síntomas xa se recollen no Hospital ou no Centro de Saúde.

Ultimamente andamos a discorrer no asunto das Urxencias. Gran parte das crises agudas e non tan agudas preséntanse nas Urxencias dos Hospitais. Ir a Urxencias xa forma parte do cotián de calquera grupo doméstico. Neste escenario o síntoma aínda terá que ser moito máis "domesticado" no sentido de universalizalo. Para que "con urxencia" sexa recoñecido un cadro clínico ten que ser "típico"; a penas hai tempo de contar síntomas, é máis práctico amosar signos.

Estamos pois elaborando o ir a urxencias como un ritual moderno nun espacio de anonimato. Acudir ás Urxencias é gratis, sobre todo se se vai ó serán, cando xa

se remataron os traballos. Paradoxalmente, neste momento acudir a un Santuario ou a unha Romaría é moito máis custoso ca ir ás urxencias. Por iso, sostemos que, fronte ó pensamento biomédico que concibe as Urxencias dun Hospital como unha exclusión, un illamento (restos da antiga corentena) nun cubículo, prodúcese simultaneamente, a nivel popular un auténtico "ritual de inclusión" que pretende integrar e recupera-lo pasado.

Familiares e veciños acompañan a quen vai a Urxencias, agardan o resultado na sala de espera ou a carón dos que quedaron na casa. Esta pequena peregrinación a Urxencias permite amosa-la solidariedade veciñal e mesmo recupera-la harmonía cando se dan conflictos. Non interfire co novo ritmo e coas novas actividades productivas. En troques, para poder acompañar a un veciño ou a un familiar a un Santuario ou a unha Romaría xa é preciso que esta caia en domingo. Non poucas veces os síntomas (tales como unha aguda e repentina dor de barriga nun vello) amosan unha gran pericia para mobilizar toda unha rede familiar e social que sería imposible sen a transcendencia (para moitos equivale a gravidade) da palabra *Urxencias*. Daquela, entendemos mellor ó sociólogo Irving Zola (1981:36) cando agudamente salienta como a Medicina esta substituíndo á Relixión na función codificadora do sentido da vida no século XX.

Andamos á procura dos significantes culturais que van xurdindo nesta moderna peregrinación ás Urxencias. Dalgún xeito, estes novos espacios permiten ir elaborando, ou impedindo que se esborralle, a identidade persoal e colectiva. Gayral (1993:2), o mesmo ca outros semiólogos clínicos, etiqueta como "patoloxías dos acontecementos" os novos xeitos de enfermar. Estamos de acordo con este gran clínico francés e subliñamos como este escenario está permanentemente en disposición de acoller un ritual socio-familiar e comunitario aínda que os sanitarios "retranscriban" esa demanda reducíndoa a un nivel individual que lles permita falar dun "caso" clínico. Sen embargo, e seguindo coa linguaxe médica, se ese ritual integrador se quere representar nun Santuario ten que ser con cita "previa" e sen nocturnidade.

Teriamos que falar dos "custos" que isto pode carrexar. O Hospital "pasa factura". Non permite que emerxan as emocións típicas das situacións conflictivas, aspecto que si era factible durante unha Regueifa ou nunha Romaxe. O "filtro" (en moitos Hospitais para couta-la masificación poñen un miniequipo médico xusto na porta de entrada para decidir quen pode seguir peregrinando e quen ten que volver para a casa, e a isto chámaselle oficialmente "filtro") sanitario non deixa pasar laios, emocións, queixas, etc.; gústalle mellor o son amorfo dos órganos. Se entendese de síntomas ese filtro correría o risco de ter que aceptar "problemas sociais" como lles ocorría ós primeiros Asilos-Hospitais da Idade Media e Moderna.

Cando o médico ía á casa ver (dicíase "visitar") un enfermo, este estaba ben lavado, practicamente espido e metido na cama. Sen embargo, agora cando ese " veciño enfermo" acode ó Hospital urbano, igual que cando vai ó Notario ou ou

Rexistrador, múdase de roupa interior e exterior. Mudanza que sen decatarse leva a outros eidos; vén falando en castrapo, utiliza termos médicos das series americanas da televisión, e sobre todo, para que o recoñezan como enfermo terá que deixarse de "paifocadas" e peneira-las queixas para que lle permitan consegui-los "beneficios" de enfermo.

As emocións fronte a unha perda son expresadas de xeito diferente en función do sexo. Se os homes choran o seu pranto ten que ser menos expresivo emocionalmente co das mulleres. Estes mesmos estereotipos sexuais están vixente na relación médico-enfermo, pero non só no rol do enfermo senón tamén no do médico.

O cambio aquí está sendo moi rápido pola tendencia a inverte-la antiga maioría de homes na profesión médico. Queiran ou non, os médicos usan un filtro algo diferente ó das médicas e os usuarios peneiran as queixas, as demandas, de xeito algo distinto cando están diante dunha "doutora" ca cando se comunican cun "médico". Se a todo isto lle engadimos que boa parte das ferramentas, das escalas, dos cuestionarios que se usan en Psiquiatría están feitos para recoller manifestacións de tipo afectivo (estados do ánimo, humor, irritabilidade) comezamos a entender boa parte das diferencias epidemiolóxicas que xorden en función do xénero e da cultura.

CRIBADO

Por mor de ser un constructo non acabado, imos ir describindo diferentes subapartados sen ordenacion xerárquica. ¡Quen sabe se dentro de pouco, ó criba-lo aquí dito, desaparece algún ou cambia de lugar! Nuns casos limitámonos a enuncialos mentres outros xa aparecen unha chisca elaborados.

O transvasamento rural-urbano pode servir de encabezamento. Se resulta moi doado caricaturiza-las conductas dun aldeán que acode á vila ou á cidade ocasionalmente para facer xestións bancarias, notariais, xurídicas, xa é moito máis problemático identifica-los efectos dun permanente transplante.

No primeiro caso, mesmo semella que este aldeán adopta adrede o rol de "pailán" como estratexia defensiva-ofensiva para relacionarse cun mundo que vive como diferente ó del e do que sofre o poderío. Esaxera quizais o ruralismo e, igual que cando fai un trato nunha feira, volve con certa fachenda á súa aldea pensando que lles gañou a partida ós "engravatados urbanitas". Foi un cambio moi temporal.

O problema xorde no traslado permanente. Refírome ós aldeáns que diariamente son obrigados a emigrar interiormente dentro do seu país. Precisan crer que veñen vivir a un mundo mellor que o dos seus antepasados; teñen que muda-lo concepto de Casa polo de Piso e non digamos xa nada do cambio que precisan realizar na concepción da veciñanza. Vive a cidade como superior e queren desfacerse dos

anteriores sinais de identidade. Neste caso o cribado sintomatolóxico levase a cabo principalmente na mente do enfermo.

Todo síntoma que poida "descubrilo" como antigo aldeán terá que ser cribado. O risco de anomia sintomatolóxica é moi serio, favorecendo unha linguaxe corporalizada, somatizada ou ben a apropiación de palabras descontextualizadas. Decote poñemos como exemplo o caso de paisanos nosos que comezan dicindo que sempre tiveron moita "ansiedade" e, se nos paramos un anaco a parolar doutras cousas para volver outra vez a este asunto, xa engade que "si... xa de pequeno era o preferido do padriño porque sempre tiña moita ansia por ir á escola".

Así e todo, cun certo adestramento o profesional sanitario pode ir descubrindo ese cribado do usuario. Peores consecuencias para o diagnóstico e o tratamento ten o cribado que realizan a médica ou a enfermeira "transvasadas" do rural que esconden o seu pasado aldeán e non recoñecen como síntomas determinadas "paifocadas".

"Quen paga ó gaiteriro escolle a tonada", dicíase anos atrás. Podemos aplicarlle-lo mesmo ós "intérpretes"; segundo a quen sirvan traducirán dun xeito ou doutro. A diario vemos como se escribe nas historias clínicas, "dice que tiene dolor en los riñones", cando o paisano o que fixo foi leva-las mans ós cadrís e dicir: "doínmelle os riles". Por unha, está connotando de xeito solidario, afectivo e integrador; por outra, amosa a súa somatognosia especial que sitúa os riles moito máis arriba; e, por último, simboliza o "desgaste" da columna lumbar polo moito que ten baixado o lombo para substituír ás bestas e ós tractores.

Os cambios socioeconómicos que sempre existiron pero que agora son, quizais, máis rápidos no mundo tradicional. A modernidade obriga a presenta-los síntomas doutro xeito e noutro tempo. Non hai acougo para determinados padecementos. A bucólica "paz" do agro deixa sitio para novas preocupacións. O misterioso e maligno mundo da noite, poboado de Compañas e Aparecidos, está sendo invadido e desmitificado pola actual xeración de mozos que campan por riba dela. A forza xuvenil fai recua-las pantasmas.

Pero, o maxín dos que sofren síntomas soamente ten que cambia-lo CD-ROM. Se antes, nas noites de insomnio, cismaba co mundo dos mortos, hoxe farao co mundo dos vivos ou das "vivas". Non hai moito dicíanos unha aldeá de pouco máis de cincuenta anos, cun fillo emigrado:

> Si sae a nora co coche xa quedo preocupada. Escoita un aquela guerra, aquel accidente, aquela disgracia... Si foramos ó monte como antes non nos enterabamos de nada e ¡que ben estabamos...!

Mentres non lle facemos un apartado propio metemos aquí a influencia dos *medios de comunicación*. Ós comellóns agora chámaselles "bulímicos", ós xogantíns "ludópatas" e hoxe as avoas en vez de preocuparse por se a neta vai pillar unha anemia ou unha "mancha ó pulmón", témelle á "anorexia". Comenta Guyotat

(1991:2) como cando unha multinacional farmacéutica quixo introducir determinado producto no mercado norteamericano non tivo máis que facer unha campaña nos medios de comunicación "divulgando" os síntomas do trastorno obsesivo-compulsivo. Certo que o fármaco en cuestión xa había moitos anos que en Europa o usabamos para esa doenza. Pero os epidemiólogos comprobaron como se multiplicaban, de socato, por tres o número de casos clínicos.

Os aparellos que se interpoñen entre o emisor e o receptor producen non poucos cribados. Xa estamos facendo cada vez máis consultas telefónicas. Moito nos sorprendeu a facilidade coa que os rurais comunican determinados datos polo teléfono. O sentido de privacidade non é o mesmo en tódolos contextos. Comentan cousas que para nós forman parte da intimidade persoal. Pronto iremos incorporando o Fax e outras modernidades.

Penso que ó non face-la entrevista cara a cara e ó saber que teñen que paga-la factura do telefóno, provoca reduccionismos emotivos e metamorfose dos síntomas. Menos aparente pero con semellante función de criba temos moitos outros "artefactos" comunicacionais. Os médicos case nunca lle damos unha man desarmada ó paciente, nela levamos desde unha lanceta, a un fonendoscopio, ou como mínimo un bolígrafo. En cambio, o paciente non poucas veces ten que recibirnos xa espido. Coa importancia que nas culturas orais se lle dá á escritura, o feito de que nada máis comezar a falar xa esteamos tomando notas introduce un cribado moi especial. A palabra queda rexistrada, escrita, non se pode perde-lo tempo falando de sensacións...

Os cambios de escenario no contexto comunicacional no eido da saúde mental foron moi significativos na segunda metade deste século que remata. Os profesionais mudamos de Institución. Saímos dun espacio especial, pero moi amplo, que era o Asilo-Manicomio. Recolliamos e cribabamos alí os síntomas cunha criba específica, monográfica e diferente á doutras especialidades médicas ou sociais. Para integrarnos nós no resto da Medicina obrígamoslles ós enfermos a ter que pasa-los síntomas por unha xenérica criba biomédica. Xa no Hospital Xeral os compañeiros doutras disciplinas queixábanse de que na Sala de Psiquiatría había moita desorde, tocaban a guitarra, disfrazábanse polo entroido e mesmo saían tódalas tardes de paseo.

Tiveron que aprender a falar máis baixo, a dormir ás súas horas, a non falar sós, etc. Fóra, nos mal chamados Centros de Saúde, non lles foi moito mellor. Rapidamente quixeron "protocolizalos", metelos nun "programa", igual que tiñan ós hipertensos, ós diabéticos, ós gordos. Aínda que marxinal tiñan un espacio propio; pero cando se derruban as tapias dos manicomios, no eido da Sanidade predomina unha linguaxe de guerra: desde a "loita contra as doenzas" pódese dar un pequeno "esvaramento" ata a "loita contra os enfermos atípicos, raros, periféricos". Por forza terá que aumenta-la expresión corporalizada, somatizada do síntoma psíquico.

Dicían que a Lei Xeral de Sanidade define os Centros de Saúde como "lugar de encontro da Comunidade cos Profesionais Sanitarios", pero xa ninguén se lembra-

ba diso. O cribado aquí é moito máis intenso porque nas salas de espera, nos mostradores, na previa cita, son os propios veciños os que os sinalan como diferentes.

Sen embargo, neste subapartado o fundamental son os cribados impostos polos *cambios migratorios*. Como forma parte doutra investigación en marcha non nos parece oportuno pararnos nisto. Tanto a ida como a volta, imponlles ós galegos un grave atentado no xeito de expresa-los síntomas. Semella como se as ansias de triunfar, de adaptarse a un país que considera superior fixese máis doado o cribado primeiro e xurdisen máis atrancos no retorno.

Pensamos que todo pode ser un defecto da perspectiva. A penas temos experiencia directa alí, mentres que ó volver ou cando están de vacacións tratan de salienta-las diferencias. Temos algunhas probas indirectas a través dos informes médicos das invalideces e pensións consolidadas durante a estadía en Centroeuropa ou mesmo noutros países españois. Podemos tira-la conclusión inicial de que os nosos colegas tropezan con certas dificultades diagnósticas nos trastornos psicosomáticos.

Para rematar co cribado dos síntomas lembremos unha vez máis o xa clásico estudio de Zborowski (1952:19) sobre os síntomas e o contexto, no que amosa as importantes diferencias fronte á dor dos inmigrantes italianos e irlandeses.

PENEIRADO

Concepcións teóricas, paradigmas e previas experiencias tanto da médica como do enfermo van producir un intenso proceso selectivo. A maioría do peneirado vai proceder disto. Por seren moi perceptibles non nos detemos nas concepcións e paradigmas das distintas Escolas médicas que non poucas veces realizan un reduccionista e mutilante peneirado, non só dos síntomas senón mesmo da persoa.

Interésanos máis subliñar que os usuarios tamén teñen concepcións, tamén peneiran dabondo os síntomas. Adrede introducímo-lo concepto da experiencia previa. Estamos afeitos a valora-la experiencia do profesional esquecendo a do enfermo, aspecto que pensamos traduce as relacións de poder. Cando ir ó medico, ó Hospital ou ó Centro de Saúde deixou de ser unha praxe excepcional para se converter en algo cotián e preventivo e cando todos recoñécemo-las salas de espera dos centros de Saúde como un novo espacio social semellante ó salón de peiteado ou á cantina, teriamos que estar cegos para non ter en conta a experiencia como usuarios do sistema sanitario.

Nesa conversa informal ou nesa lectura de divulgación o futuro enfermo vai peneirando unha morea de síntomas, o mesmo que nos sucesivos encontros cos profesionais. Debemos incluír aquí o tema do *rol de enfermo* e o das *pensións*. En ámbolos dous se comprende como ó existir por medio un beneficio, económico ou social, determinados síntomas van ser potenciados e outros tapados. Sempre citamos como ó comezar a traballar como psiquiatras na comunidade rural que estamos

a escoitar, as dúas primeiras demandas de mulleres "alcohólicas" foron ben chocantes. As dúas tiñan menos de corenta anos, estaban casadas e levaban tempo "tomándose" como din alí.

Unha viña "tratarse" porque quería máis adiante que se lle fixese un certificado porque "seica dicen que polos nervios do alcol tamén se consigue unha paguiña". A outra era a filla máis vella duha carteira con moita sona que finara había moi pouco; quería curarse porque outra irmá máis nova "andan por aí dicindo que os poderes de miña nai, que en gloria estea, non poden pasar para min porque me tomo".

Estes e outros factores están favorecendo que os pacientes nos veñan xa ás consultas autodiagnosticándose de "estrés", de "depresión", de "ansiedade", de "bulimia", etc. Fan un peneirado previo que condiciona tódolos pasos diagnósticos e terapéuticos seguintes.

A *lingua* oficial dos sanitarios galegos non é precisamente a da maioría dos usuarios. No eido da saúde mental, onde a penas traballamos con signos, a plasticidade dos síntomas vai favorece-lo peneirado lingüístico para axeitalo á peneira dos psiquiatras. Doutra, a linguaxe psiquiátrica é moitísimo máis ampla e complexa cá linguaxe médica. Para falar precisamos dispor dun sistema nervioso altamente desenvolvido, pero tamén precisamos dun contacto comunitario íntimo e permanente, o mesmo que de normas complexas de vida transmitidas de xeración en xeración. Por iso Maturana (1988:40) defende que a linguaxe como fenómeno biolóxico non ocorre primeiro na cabeza senón na Comunidade.

Determinadas emocións, determinados síntomas son intraducibles a outra lingua. Soluciónanse reducindo morfoloxicamente a lingua materna a niveis silábicos e prosódicos. O resultado é unha linguaxe moi parecida á que usamos para falar cos turistas, cos animais ou cos meniños. Estamos diante dunha "pigdinización" da lingua como lle chama Fabbri (1995:135). A Psiquiatría oficial tenta alcanzar unha metalinguaxe "científica", por iso peneira a cotío as expresións sintomatolóxicas dos enfermos galegos e dos doutras periferias.

Aínda está por denunciar claramente esta función colonizadora, tendente a universalizar, da sanidade no eido idiomático. Diariamente o enfermo, na cama do Hospital ou detrás da mesa dun despacho médico, precisa estar consensuando, negociando e validando novos significados para as súas emocións. De patéticos cualificamos algúns destes intentos. Simón (1993:76) ó analizar un Hospital cita un destes exemplos, cando fan sincretismo e falan do "Doctor Torino" para referirse a un Otorrinolaringólogo.

Con respecto á *cultura,* quizais todo o que levamos dito pode meterse neste subapartado do peneirado. Gústanos mellor coller palabras prestadas e con Kleinman (1991:280) deternos no concepto de "falacia categorial" para cuestiona-lo uso de categorías diagnósticas importadas doutras culturas.

Cultura urbana, cultura española, cultura mediterránea, a través das institucións e aparellos sanitarios impoñen un ríxido peneirado cultural ós síntomas psi-

quiátricos de moitos galegos. Pronto entendemos como esta peneira xa non deixa pasar agrupacións sintomatolóxicas con taxonomías específicas: os "aires", os "meigallos", as "caídas da paletilla" quedarán coas "impurezas" do peneirado cultural.

Pero, xa non é tan doado de ve-lo peneirado de síntomas illados que pasa desapercibido e que representan cotiás "microagresións culturais". Preparando a súa intervención neste mesmo Simposio a doutora Amboage (1995) decatouse dun feito moi significativo. Cando nos cubículos de urxencias se lles di ós pacientes varóns que queden espidos para poder exploralos mellor, non é infrecuente que ó volve-lo médico se atope que, se son urbanos deixaron posto un calzón, mentres que se son rurais é máis probable que o único que deixen posto sexan os calcetíns. Vemos como cambia o concepto do pudor segundo o segmento cultural. De aí que escoitemos a miúdo nas consultas a expresión *perdonando a súa cara* cando teñen que falar dos pés.

Calquera síntoma encerra dentro un sentido que varía moito segundo a cultura e o contexto onde se xera. Tódalas contribucións de Good (1937:32) relativas ás "redes semánticas do malestar" entrarían de cheo no que nós chamamos peneirado cultural dos síntomas. Este antropólogo achega moitos exemplos de como unha mesma expresión pode condensar cantidade de significados. Se o seguimos, entenderemos que cando un galego pon a man no peito, máis ben ó lado esquerdo, e di: "teño aquí un pesar... unha pena... unha opresión" está soamente comezando un monólogo. Se non o coutamos, anotando na historia "opresión precordial" e se calamos para que siga falando, acabará facéndonos partícipe da rica simboloxía cultural e local, mesmo doméstica, que encerraba esa primeira expresión.

Pertencer a unha cultura significa, entre outras facetas, pertencer a un mundo sensorial específico, percibi-la realidade e a vida cun cariz peculiar, experimenta-los síntomas nun código comprensible para a maioría dos membros desa Comunidade.

O *instrumento* utilizado para recolle-los síntomas constitúe o miolo da peregrinación. Se as *escalas,* os *cuestionarios* ou os *manuais, tipo DSM-IV,* deixan de ser uns aparellos auxiliares nados dun consenso entre expertos para poder validar universalmente a maioría dos diagnósticos psiquiátricos e rematan substuíndo á *entrevista clínica,* teriamos que falar dun muro en vez dunha peneira. Os pacientes galegos seguen sendo avaliados con tests, escalas e cuestionarios que, como moito, foron "validados" para España.

Coidamos que xa non merece a pena dedicarlle tempo a este tipo de atentados. Imos dar por sentado que o síntoma xorde nunha *entrevista clínica,* mellor diriamos nunha conversa terapéutica. Como estamos nunha cultura oral, e como pensamos que os seres humanos son empedernidos relatores ós que lles gusta converterse na historia que contan, defendemos como o peneirado máis axeitado aquel que se realiza por medio das *Narrativas.*

O síntoma que sae dun peneirado narrativo é moi diferente do que sae do DSM-IV ou dunha Escala concreta. A narrativa non xera certezas senón perspectivas cambiantes. O subxuntivo prevalece sobre o indicativo. A trama converte os acontecementos en Historia; coproducimos historias e síntomas. Temos que decatarnos que o paciente non é un inxenuo "salvaxe"; está peneirando interesadamente a narrativa que nos presenta.

Coas narrativas facilitamos que se organicen relatos alternativos. Podemos introducir diversas preguntas performativas que invitan ó paciente a xerar significados ó redor de eventos extraordinarios. A lóxica narrativa opera de modo diferente ó pensamento categórico. Non sobe cara ó abstracto, senón que se mergulla no particular, nas accións humanas. Recorremos ás narrativas cando precisamos entender eventos concretos do mundo interno, dos desexos e das motivacións en vez do mundo externo, das accións observables e dos estados.

As metáforas presentes nunha narrativa permiten contempla-lo abstracto por medio do concreto. Organizan a vida ó longo do tempo e dan conta da doenza a través da experiencia. Asemade favorecen a mirada comunitaria dos síntomas. Para Kleinman (1980:105) os modelos explicativos dos profesionais, dos pacientes e dos familiares non son nocións illadas. Todo o contrario, forman parte de todo un sistema de atención á saúde. Engadiriamos que, en sociedades agrarias pouco desenvolvidas, o sistema de atención á saúde é inseparable do resto de sistemas, da cosmovisión global.

Achéganos esta metodoloxía ó diagnóstico popular, inseparable da dimensión cultural máis ampla. Existe unha construcción e modelación cultural que permite recoñecer determinados estados como enfermidade e outros como normalidade. As narrativas quizais son o método máis axeitado para pór de manifesto estas concepcións que en ningún caso se deben de considerar estáticas. Pensemos de novo en como a existencia dun sistema público de pensións de invalidez obriga a que o usuario mude substancialmente determinadas concepcions culturais sobre o que é, ou non, doenza. Coa narrativa o síntoma xa non é unha sensación asemiótica posteriormente interpretada polo doente, senón que, antes de ser interpretado por un receptor xa é semiósico.

FILTRADO

O aparello perceptivo (no sentido máis biolóxico), a conciencia, a memoria, a intelixencia, a linguaxe, os órganos sensoriais (vista, oído) constitúen a función máis fina do filtrado dos síntomas.

Resulta doado de comprender que o "filtro" dun cego ou o dun xordo non deixe pasar determinados síntomas. A menor escala ocorre o mesmo co *cerebro dun vello,* tema que nos afecta moi directamente ós galegos pola taxa tan elevada que temos de envellecemento poboacional.

Todos entendemos ben que no caso dunha demencia senil xa moi manifesta o enfermo teña dificultades en moitos aspectos da súa vida intelectual, incluíndo a memoria, a comprensión e mesmo o razoamento abstracto. Cando dicimos que unha vella ou un vello "chochearon" non agardamos recolle-lo mesmo tipo de síntomas ca cando estaban sans.

Mais, cando estamos diante dun ancián de 80 ou de 90 anos sen demenciar, pero si co normal proceso de deterioración, o sistema sanitario non está moi capacitado para entender este filtrado. Se no resto da sociedade predomina o modelo xuvenilmórfico (desfiles de modelos, portadas de revistas, artistas, medios de comunicación) nas axencias sanitarias ocorrerá o mesmo. Para contestar a unha pregunta o vello precisa máis tempo por mor do desgaste dos seus aparellos perceptivos, e se nós lle dedicámo-lo mesmo tempo (ou menos) que a entrevistar un mozo obrígamolo a calar ou a filtrar dabondo.

No que chamamos intelixencia, que tamén é un bo filtro sintomatolóxico, entran aspectos de educación, escolarización, estímulos, etc. Por medio da mesma será por onde se vai manifestar unha gran parte do "filtrado social", é dicir, das diferencias de estrato social, de país, de nivel de renda.

Por outra, todo o asunto das lesións cerebrais (afasias), das distorsións que produce o uso de drogas ou dos déficits sensoriais, no que non podemos deternos, entrarían neste subapartado.

A comunicación non verbal, que para Birdwhistell (1992) supera o 65% do significado social dunha conversa normal, sería quizais o miolo do filtrado desde o punto de vista da antropoloxía aplicada. Non deberiamos estudiala illada da comunicación verbal porque forman un todo indivisible.

As configuracións faciais expresan estados afectivos. O programa biolóxico de calquera expresión facial pode ser alterado ou modificado pola aprendizaxe das regras do comportamento en público, que son bastante específicas de cada cultura. Por exemplo, a nosa cultura recomenda que os homes non deben chorar en público. Existen pois gran cantidade de estructuras ambientais que inhiben ou impiden a comunicación.

Tamén o corpo, non só a cara, pode ser lido globalmente. Esta lectura non é totalmente consciente, por iso falamos dun filtrado, non dun cribado. Os movementos das mans e da cabeza utilízanse para acentua-la mensaxe verbal, pero se estamos atentos tamén podemos percibir neles as disonancias comunicacionais porque a todos nos é máis doado mudar de lingua ca de xestos.

Ó analiza-las escasas referencias que facemos nas historias clínicas á comunicación non verbal descubrimos que os médicos estamos formados para explorar pacientes ágrafos na linguaxe xestual. Quizais podemos definir isto mellor se dicimos que estamos cegos para percibir determinadas expresións. A formación científico-técnica púxonos unhas lentes opacas para o non verbal.

Sen sabelo utilizamos poderosos filtros xestuais que obrigan ó paciente a presentar uns síntomas e calar outros. Se o saúdo, o estreita-la man é un ritual que sim-

boliza o desarmamento, poucas veces, como subliñabamos máis atrás, as nosas mans están desarmadas. O fonendoscopio, o martelo dos reflexos, os guantes, ou mesmo a xiringa coa correspondente agulla que leva na man a enfermeira ó tempo que estamos intentando conversar terapeuticamente, están a transmitir unha mensaxe bastante belixerante.

Cada vez tocámoslles menos ós pacientes. O tacto, o contacto, a caricia terapéutica, que antes era manual, está sendo substituída por instrumental e tecnoloxía.

Moi vinculada coa comunicación non verbal está a proxémica, o estudio do uso e da percepción do espacio social e persoal. Sería a ecoloxía do grupo pequeno, como a xente usa e responde ás relacións espaciais, como establece os grupos formais, como se dispoñen os asentos, como circula a información. A distancia conversacional varía de acordo co sexo, co status, cos roles, coa idade e tamén coa cultura. Adrede aparcámo-la outra ecoloxía, a da natureza, tan vixente nas emocións da maioría dos galegos, que sempre se consideran a través do espacio natural en que se criaron.

Seguimos precisando dunha territorialidade, dun espacio persoal e intocable, igual que fan os animais salvaxes. Sen embargo, poucas veces temos isto en conta á hora de realizar unha entrevista. Obrigamos a introducir un poderoso filtro cando recollémo-los síntomas nun lugar onde o paciente non pode marca-lo seu territorio; por exemplo nun pequeno cubículo dun servicio de Urxencias.

Aquí entraría todo o aspecto tan novo das entrevistas telefónicas, que xa insinuabamos na introducción. A recente implantación dos teléfonos no medio rural galego permitiunos descubri-lo diferente sentido da privacidade. Estabamos afeitos ós usuarios urbanitas e vilegos que chamaban por teléfono para consultarnos pequenos detalles do tratamento ou dunha cita. Aínda nos segue sorprendendo como estes rurais, virxes no uso do teléfono, comentan sen o mínimo pudor a través do aparello detalles que nós consideramos moi persoais (vida íntima, vida sexual). Quizais pode ter algo que ver coa emigración de familiares moi achegados a Europa cos que sosteñen fondas conversas telefónicas e con formar parte dunha cultura eminentemente oral.

Para terminar, comentamos moi superficialmente unha directa aplicabilidade do filtro e da comunicación non verbal. Referímonos ás disonancias que con certa frecuencia se producen nas entrevistas clínicas en Galicia. O contorno eco-cultural da maioría dos usuarios rurais de mediana idade ten unha configuración en moitos aspectos ben distinta daquel do que procede o equipo asistencial.

Semella que os técnicos coidan que falan desde unha absoluta soidade, non desde unha rica trama socio-cultural. A unidade verbal e non verbal da comunicación traizoa non poucas veces ó médico. Con Knapp (1992:29), pensamos que unha enxurrada de mensaxes incoherentes pode contribuír a crear unha psicopatoloxía no receptor. Por unha banda, podemos estar facendo unha entrevista non directiva na que deixamos que o paciente interaccione e negocie significados, e por outra, cando

chega a hora da prescrición farmacolóxica (o que máis nos aproxima ó resto das especialidades médicas) impoñemos unilateralmente un tratamento: *beba estas vitaminas reconstituíntes, que lle poñan esas indicións, aplíquese ese ungüento, métase polo cu eses supositorios*, independentemente de que sexan vividas como imposición ou recomendación son mensaxes ben distintas.

Case como norma os programas de Saúde Comunitaria fixáronse máis nos factores estructurais do sistema de atención á Saúde ca nos factores culturais da Comunidade. Se é certo que pretendemos ser isomorfos co medio nas respostas terapéuticas teriamos que ir asumindo a imperiosa necesidade de incorpora-la retranca e maila ironía nas entrevistas clínicas en Galicia.

BIBLIOGRAFÍA

AMBOAGE PAZ, M. T. (1995): "Mostras galegas para unha Antropoloxía da Saúde". Mesa Redonda, Simposio Internacional de Medicina Popular / Antropoloxía da Saúde. Santiago de Compostela, Consello da Cultura Galega, outubro 1995, en prensa.

BIRDWHISTELL, R. L. (1992): Citado por KNAPP en *La comunicación no verbal*. Barcelona, Paidós, p. 29.

FABBRI, P. (1995): "La Babel feliz". En *Tácticas de los signos*. Barcelona, Gedisa, pp. 127-142.

GAYRAL, L. F. (1993): "Semiología actual en la medicina mental". *Anales de Psiquiatría*. Vol. 9, n.º 1, pp. 1-6.

GOOD, B. (1977): "The Heart of What´s the Matter; The Semantics of Illness in Iran". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1, pp. 25-28.

GUYOTAT, L. (1991): *Études cliniques d´antropologie psychiatrique*. Paris, Masson.

KLEINMAN, A (1980): *Patiens and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Bordeland between Anthropology, Medicine, and Psychiaatry*. Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, A. e KLEINMAN J. (1991): "Suffering and Its Professional Transformation: Toward and Etnography of Interpersonal Experiencie". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 15, pp. 275-302.

KNAPP, M. L. (1992): *La comunicación no verbal*. Barcelona, Paidós.

MATURANA, H. R. (1988): "Reality: The search for objectivity or the ques for compelling argument". *Iris Journal of Psychology*. 9, pp. 25-82.

SIMÓN LORDA, D.: (1993) "La Medicina Hospitalaria y el Encuentro con la Comunidad Rural Gallega. La importancia de los nuevos caciques". *Jano*. Vol. XLV, 1058, pp.73-76.

SHORTER, E. (1992): *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the modern Era*. New York, The Free Press.

WOLFFERS, I. (1989): "Traditional Practitioners´Behavioural Adaptactions to Changing Patients´Demands in Sri Lanka". *Soc. Sci. Med*. Vol. 29, 9, pp. 1111-1119.

ZBOROWSKI, M. (1952): "Cultural components in response to pain". *J. Soc. Issues*. Pp. 16-30.

ZOLA, I. (1981): "Culte de la Santé et méfaits de la Médicalisation". *Médecine et Société*. Montreal, Les Années 80, pp. 31-51.

RELACIÓN TERAPÉUTICA E CONFLICTO DE INTERESES NA SAÚDE MENTAL. ESTRATEXIAS DE XESTIÓN

Marcial Gondar Portasany

O que vou comentar aquí ten o seu contexto nunha Unidade de Saúde Mental desde que principiou a desenvolver parte do seu traballo nun municipio rural de Galicia.

Desde o comezo da experiencia, dúas opcións se lle presentaban ó equipo. Facer unha asistencia clásica –máis baseada na cura que na prevención, onde o usuario é exclusivamente "destinatario", cun concepto de Saúde meramente "técnico"– ou, dadas as deficiencias do modelo anterior, comezar a traballar desde outros presupostos máis integrados e, permítaseme a expresión, humanistas.

No desexo do equipo estaba a vontade de actuar neste segundo escenario. O problema fundamental radicaba en que, mentres no modelo clásico as pautas de comportamento están definidas, para o modo de actuar aquí pretendido a penas existen camiños.

O presuposto de fondo que orienta esta reflexión podería verbalizarse así: os médicos, e en xeral o persoal sanitario, non deben ser fontaneiros porque os enfermos non son tubos. Ademais dos seus coñecementos técnicos, o persoal participa dunhas formas culturais, económico-sociais e políticas que van afectar á súa actuación en tanto que técnicos. Cando isto non está explícito, existe o risco de que, case sempre de forma inconsciente, baixo a capa da ciencia ou da técnica *puras*, estean actuando esas actitudes particulares.

O mesmo podemos dicir dos usuarios. O rol de enfermo non é independente das restantes dimensións da súa personalidade individual e social. A sociedade

condiciona o modo de enfermar e a maneira que ten o paciente de enfrontarse ó seu mal. Quere isto dicir que cando un usuario demanda asistencia están actuando nel os valores, os ideoloxemas e, en xeral, o contexto global da sociedade da que procede.

No caso que me ocupa, un municipio rural de Galicia, debe terse en conta algo máis: o contorno eco-cultural ten unha configuración en moitos aspectos ben distinta daquel de onde procede o equipo de técnicos. Temos, pois, tódolos ingredientes necesarios para que os problemas de incomunicación ou, polo menos, de malentendidos, sexan cousa de tódolos días.

Se enfocamos así as cousas, o obxectivo da medicina ten que ser dobre: controla-los procesos biomédicos pero tamén asistir ós pacientes nos trastornos que lles provoca a *vivencia* da súa enfermidade.

O primeiro problema vén de que isto esixe unha formación complementaria que non se dá nas facultades de medicina. Pero, por se isto fora pouco, a dificultade maior para levar adiante tal tarefa parte de que non se ten conciencia desta carencia. Os médicos están convencidos de que o verdadeiramente importante é a enfermidade como feito físico e que, polo tanto, o que eles precisan saber é canta máis Bioloxía mellor.

O meu obxectivo aquí é facer ver que os coñecementos sobre os aspectos psicosociais e culturais da enfermidade son tan importantes, polo menos, coma os biolóxicos.

O *boom* da experimentación fai que vexamos como normal que se comece por ensaia-los medicamentos en animais e despois se apliquen ás persoas. Mais isto que, en si, é correcto, vai facendo que pouco a pouco, de xeito máis ben inconsciente, vexamos ás persoas como animais.

E para fundamenta-lo meu razoamento gustaríame comezar por xustifica-lo obvio: as persoas non somos animais.

Os animais nacen nun nicho ecolóxico determinado, os humanos podemos vivir practicamente na totalidade dos nichos ecolóxicos do planeta. Isto implica unha vantaxe e un inconveniente para os humanos. A vantaxe é a maior liberdade fronte ás constriccións a que está sometido o animal; o inconveniente é que, mentres o animal vén ó mundo preprogramado, isto é, dotado dun sistema de respostas basicamente automáticas co que enfrontarse ás dificultades que o medio lle presenta, os humanos vimos a medio programar. Cando as dificultades se presentan non contamos con ese automatismo nas respostas que atopamos no caso dos animais. Os humanos necesitamos *inventar* esas respostas, e é aquí onde comezamos a atoparnos cunha realidade basicamente humana: a *cultura*.

Cultura, no seu sentido orixinario, non se identifica con posuír saberes cualificados fronte a aqueles que non os teñen, os *incultos*; cultura é o conxunto de solucións que, aprendidas dos demais ou descubertas por nós mesmos, nos serven para enfrontarnos cos problemas que a vida nos vai poñendo diante.

Esa liberdade para vivir en nichos ecolóxicos distintos de que gozámo-los humanos fronte ós animais fai que os problemas e dificultades a que temos que facer fronte sexan distintas e, polo tanto, terano que ser tamén as respostas que lles haxa que dar. Se dixemos que a cultura non é outra cousa que o conxunto de respostas ás dificultades que un determinado medio nos presenta, dedúcese de aquí que non poderemos falar dunha cultura única, senón de tantas como medios nos que sexa preciso desenvolverse.

Esta pluralidade de medios non se refire só á xeografía; o momento histórico, o desenvolvemento tecnolóxico, o nivel económico, etc., configuran nichos distintos que precisan de respostas tamén distintas.

Isto é tan así que, nun mesmo tempo e nun mesmo espacio, conviven culturas distintas. Un lugar común da Psicoloxía da percepción abonda para facelo ver: se collemos unha moeda, supoñamos de 500 pts., e lles pedimos a un neno rico e outro de clase baixa que nola debuxen ó seu tamaño natural, atoparémonos con que o tamaño do debuxo do rapaz pobre vai ser maior. A razón é clara, 500 pts. en absoluto significan o mesmo para os dous nenos.

Levando as cousas ata o extremo habería que dicir que cada individuo ten a súa propia cultura dado que nunca dúas persoas viven exactamente a mesma situación. Outra cousa é que as xentes que vivan v.g. na zona ártica compartan máis problemas cos que teñen ó seu lado ca cos que viven no trópico.

Mais para xulgar correctamente esa individualización da cultura a que me estou a referir hai que ter en conta outro factor: a forza xeneralizadora que actúa sobre os individuos.

O ser humano, como ser social que é, non se basta a si mesmo para poder subsistir e necesita formar grupos. A mellor estratexia para lograr isto pasa por esvaece-los intereses individuais e resalta-los comúns. Pero hai outro dato ben importante; a linguaxe común que utilizamos e o aparello do Poder, tanto político-económico como científico e doutros tipos, a que estamos sometidos reforza esa presión xeneralizadora que leva a facer igual o diferente. Resumindo o que levo dito: as culturas móvense entre dúas forzas en tensión, unha que tira cara á individualidade e a diferencia, outra que o fai cara á grupalidade e a homoxeneización.

Estas dúas forzas, nembargantes, non están en plano de igualdade. A homoxeneización é a grande arma que os distintos poderes teñen para controlar, someter e converte-los seus intereses en hexemónicos.

Para levar adiante este labor, amais da forza bruta cos seus diversos matices, utilizan sobre todo o discurso. Xorden así, entre outros, un discurso político hexemónico, un discurso económico hexemónico, un discurso simbólico-moral hexemónico e tamén, como ten tantas veces sinalado o Prof. Menéndez, un discurso médico hexemónico.

A este último quero, sobre todo, referirme aquí. A Medicina oficial, amais dunha instancia terapéutica, que é o que aparece a primeira vista, é un instrumento para

controlar e reproduci-lo poder eliminando ou convertendo en subalterno todo aquilo que non concorda cos intereses dos grupos que o posúen. Para alcanzar isto elabora un discurso, con sintaxe, semántica e pragmática propias, que trata de presenta-lo discurso dos *pacientes* cando discrepa do seu como irracionalidade ou, no mellor dos casos, como un non saber.

A trampa para levar a cabo esta descualificación consiste en converter ó *paciente* en *obxecto*, en mero proceso bioquímico. A consecuencia que, máis ou menos conscientemente, se tira é obvia: non hai porque atender ó seu discurso dado que non afecta ó proceso terapéutico ou, en todo caso, se é que se ten en conta, faise só en canto que síntoma do proceso bioquímico. O Doutor Martínez Hernáez, na súa tese de doutoramento sobre as distintas interpretacións médicas do síntoma, retomando unha intuición de Ryle sinala como un mesmo feito físico, o abrir e pechar rapidamente un ollo, pode ser lido como un "tic" ou como un "chiscar de ollo", isto é, como un movemento automático e reflexo ou como un acto dotado de sentido e intención. É obvio que o sector dominante da medicina oficial le os síntomas como "tics" e non como "chiscar de ollos".

Un dos retos máis importantes que ten a medicina oficial hoxe, polo menos a que aposte polo humanismo e non queira seguir sendo un mero instrumento de reproducción do sistema de poder dominante, é volver formular cal ten que se-lo seu obxectivo. E só hai unha resposta que considero axeitada: a medicina debe tomar conciencia de que a súa razón de ser non se esgota en controla-los procesos de morbilidade física, ten que preocuparse tamén das enfermidades da alma ou, dito en termos menos altisonantes, das formas que teñen os enfermos e as persoas do seu arredor de convivir co seu mal e de como estas vivencias afectan ó proceso da enfermidade e da curación.

Cando se lle diagnostica un cancro de mama a unha muller, cando estamos diante dunha enfermidade crónica onde o control é por definición limitado, cando se elabora unha terapia ocupacional para xestionar unha síndrome maníaco-depresiva, un problema de alcoholismo ou de calquera outra droga, cando se trata de analizar como debe se-la atención médica ós adolescentes, etc., se o equipo terapéutico se limita ós aspectos biomédicos, amais de estar perdendo información valiosísima sobre como xestiona-lo problema mesmo nos seus aspectos biomédicos, está deixando de contribuír a que as persoas afectadas aprendan a convivir co seu problema, recuperen a capacidade de existir como persoas e sexan protagonistas e non obxectos meramente pasivos da súa propia historia.

Chegados a aquí, vou abandona-lo discurso programático sobre a necesidade desta nova actitude e preguntar a min mesmo como se leva isto á práctica. Son moitos os camiños de abordar este tipo de problemas pero voume centrar nun deles: a vía dos discursos do paciente.

Na práctica médica habitual fanse as "historias" dos enfermos. O autor destas "historias" é sempre alguén pertencente ó equipo médico e as narracións do paciente, as

súas reaccións, os resultados de laboratorio, etc., non son outra cousa que fontes primarias no mesmo sentido que para un historiador o son as fontes de arquivo, os materiais de prensa ou, no caso da historia oral, as manifestacións dos protagonistas.

O que cómpre aprender é que o paciente, amais de fonte para unha historia, el é tamén un historiador por máis que a súa forma de historiar sexa máis narrativa que analítica. Se queremos utilizar termos da historiografía, aproximaríase máis a Herodoto que a Tucídides. Quizais mellor, é, con máis ou menos habelencia, unha especie de Homero, isto é, un poeta oral. As súas versións, repetidas unha e outra vez en cada consulta, teñen en común certos feitos e fórmulas estereotipadas, pero a "historia" é diferente cada vez que se narra, como pode confirmar calquera clínico cada vez que, diante do mesmo caso, se atopa cunha narración distinta da que figura no historial. Lévanos isto a que o clínico nunca accede ós *feitos mesmos* senón soamente a como eses feitos son vividos, recordados, relatados e dotados de sentido polo enfermo. O resultado acostuma ser que, na vez de cuestionarse sobre ese polimorfismo de sentidos, os clínicos fan abstracción do posible sentido médico da historia e aplican a terapia en función de estrictos criterios biomédicos.

O que con esta práctica se está a esquecer é que o paciente non é só un texto senón tamén un autor; o autor das versións iniciais da "historia", o autor –a través das experiencias vividas, das opcións, dos hábitos e do seu estilo de vida– do seu propio corpo así como das manifestacións que despois aparecen nos tests clínicos. O clínico debe recordar que ó paciente debe tratalo como autor e non só como texto.

Pero se o paciente é máis que un texto, o clínico ten que ser tamén máis que o lector dun texto. Se non quere manipular e falsea-la realidade terá que converterse nun lector coidadoso e intuitivo capaz de descubri-los significados explícitos e mesmo os implícitos de todo o que o paciente e o corpo do paciente lle están a dicir. Pero, ademais de lector atento, o clínico ten que ser *autor* se ben nun sentido completamente distinto do de constructor das "historias" nesgadas e manipuladas de que antes falaba.

O médico debe actuar como autor polo menos en tres niveis simultáneos. En primeiro lugar, como o historiador que utiliza a "Historia" do paciente para analiza-lo mal deste e para construír unha nova historia que devolverlle e coa que este poida reelabora-lo máis satisfactoriamente posible o sentido do seu mal.

En segundo lugar, como traductor que transforma a linguaxe, a estructura e, mesmo, o significado da historia do paciente en discurso médico, de xeito que poida ser entendida e xestionada por estes. Unha vez traducida e de cara ó diagnóstico e ó tratamento está xa en condicións de ser comparada con outros "casos" e coas descricións e análises dos textos canónicos.

En terceiro lugar, e para o meu obxectivo nesta intervención é o que máis me interesa, como crítico literario que confronta e interpreta un triple texto: a "historia" do paciente, o corpo e a mente do paciente (o exame físico e o exame do seu estado mental), e o resultado das probas realizadas ó paciente (o historial clínico).

Cando o médico actúa desta maneira saen á luz as distintas perspectivas, moitas veces enfrontadas, que teñen lugar no encontro médico. Mentres o paciente describe un malestar que é vivido como concreto e único, o médico busca unha enfermidade que é abstracta e xeral. Onde o paciente busca explicacións, cura e predicións, o médico procura diagnósticos, tratamentos e prognósticos. A tese que aquí defendo é que se o médico sabe actuar do xeito en que o fan os críticos literarios máis recentes estará en situación de supera-la disxunción que se dá entre a visión sanitaria e a dos pacientes, e contribuirá a construír un espacio de encontro entre eles. Vexamos como.

O crítico literario trata cun texto que ten un autor. Sintetizando moi sumariamente o que foi a historia da Crítica literaria podemos periodizala en tres etapas.

Na primeira, propia do romanticismo e, en xeral, do século XIX, a preocupación do crítico centrábase no autor e en cales eran as súas intencións e condicionamentos e desde aí explicábase a obra.

Na segunda, coñecida como Nova crítica e que ten os seus comezos en torno á decada dos cincuenta, abandónase a preocupación polo autor e o crítico céntrase exclusivamente no texto. Para xustificar esta postura comezan por face-la distinción entre escribir un texto e ler un texto. No primeiro caso sosteñen que máis que na liberdade individual do autor hai que fixarse nas constriccións que actúan sobre el e que proveñen da educación que recibiu, do sexo, da situación tanto económica como social na que se desenvolve, dos desexos e pulsións do seu inconsciente e da lingua que utiliza cos significados sociais que comporta. De aí que a significación dun texto resida para eles non só no que o autor escribiu senón tamén no non escrito, no que é deixado de lado e no marxinal. Pero ademais, como Sartre escribía xa no 1947, os lectores futuros inflúen tamén no propio autor por canto todo escritor escribe para ser lido e no acto de escribir ten ós hipotéticos lectores dentro da súa cabeza.

Cando un texto é lido o autor perde ata ese pequeno control sobre el que tivo cando o escribiu, de aí que a crítica deba centrarse exclusivamente no texto e dentro deste na súa análise formal.

Na terceira etapa, que coincide cos nosos días, o interese dos críticos bascula cara ó lector. É esta orientación moderna da crítica literaria, coñecida como *Teoría da resposta do lector,* a que ofrece maior interese desde o punto de vista da medicina. Os teóricos da resposta do lector céntranse na interacción que se establece entre lector e texto. O que veñen a defender é que os lectores interpretan o que o autor escribe á luz das súas particulares experiencias, coñecementos, intereses e paixóns. De aí que penetran no texto dando forma e sentido ás palabras que o compoñen e, mesmo, enchendo os baleiros que todo autor, con intención ou sen ela, deixa na obra.

Partindo do suposto fenomenolóxico de que as cousas que temos diante nunca son "en si", senón que o seu ser se esgota no sentido que teñen para quen se relaciona con elas, afírmase que a obra literaria é unha realidade a medio camiño entre o texto

creado polo autor e a *realización* dese mesmo texto levada a cabo polo lector. En contacto co texto, o lector a través da súa propia imaxinación establece conexións, xera expectativas, experimenta sorpresas, reinterpreta o que acaba de ler, nunha palabra, crea unha dimensión virtual da historia que é única e cambiante, incluso para un mesmo lector en momentos distintos, mais non por iso menos real.

Unha das cousas que máis destacan os críticos desta escola é a maneira en que os baleiros do texto –o non especificado, os cambios de perspectiva, as negacións do que se espera, etc.– estimulan ó lector a enchelos coas súas propias proxeccións. De aí que a actividade do lector por máis que constitutiva do texto como dixen, non por iso deixa de estar inducida e, en certa maneira, guiada polo propio texto.

Todos estes apuntamentos que fun entresacando das correntes máis recentes da Crítica literaria están cheos de intuicións que son perfectamente aproveitables á hora de establecer sobre novos e máis humanistas parámetros a relación médico-paciente.

A primeira é que as experiencias que o paciente ten da súa enfermidade e o modo de relatalas están influenciadas, igual que no caso do autor, por un conxunto de factores situacionais e persoais –sexo, experiencias vividas, educación, traballo, status socioeconómico, pertenza rural ou urbana, proxectos persoais, etc.– que non teñen porque coincidir cos do persoal sanitario e que son potenciais focos de disonancia no seu trato con el.

A segunda é que o paciente tratará de conta-la súa historia ó médico –o seu lector– da forma que el pensa que lle parecerá a este máis comprensible e interesante. Isto levarao a usar formas de linguaxe e de discurso específicas para o médico, chegando, mesmo, a elabora-lo relato nos termos que o paciente pensa que o médico quere oír. Dentro deste espírito non é infrecuente que o enfermo comece a *reificación* do seu mal, iniciando o camiño que o propio médico continuará cando tome o control da narración. O resultado é claro: por esta costa abaixo dificilmente se recuperará ese aforismo tan humanista que afirma que non hai enfermidades senón enfermos.

Terceira ensinanza. Igual que sucede cun relato literario onde cada lector reescribe o texto e cada crítico lévalle a contraria ó outro, tamén aquí o paciente tenderá a elaborar diferentes narracións, a miúdo coas claves cambiadas, segundo a persoa que teña diante, pero o que non hai que esquecer tampouco e que cada membro do *staff* que teña contacto con el vai comportarse de xeito parecido. Como fan os críticos tamén cada clínico, como lector que é, escoita as palabras e enche os baleiros, examina o corpo do paciente, interpreta os resultados do laboratorio, etc. á súa propia maneira. Se ben é certo que neste último caso hai un aire de familia que nace da pertenza a unha mesma comunidade científica, non hai que esquecer que a comprensión que cada médico ten da historia de cada paciente é tamén altamente idiosincrática.

En cuarto lugar, e como acontece no texto literario, as reaccións emocionais e intelectuais que no clínico xera a interacción co seu paciente –o modo de compor-

tarse do paciente, a súa voz, o estilo de expresarse e o propio corpo deste– influencia a interpretación médica que fai da enfermidade. Por exemplo cando o médico fai un diagnóstico pretendidamente obxectivo de hipocondríase, depresión, ansiedade, simulación, etc., do que normalmente non é consciente é de que están influíndo nel as súas propias reaccións emocionais.

Quinta ensinanza. A pesar do dito na consideración anterior, e igual que lle acontece a un crítico profesional, a subxectividade do clínico está moi temperada polo seu adestramento médico. Por mor do rigoroso e uniforme proceso de educación a que foi sometido, o médico posúe unha competencia no seu oficio que comparte cos outros colegas e que o leva a utilizar presupostos, coñecementos e vocabulario comúns. É isto o que fai posible que distintos profesionais cheguen a conclusións semellantes e poidan comunicarse entre si, mesmo entre diferentes especialidades.

A sexta e última consideración que quero destacar verbo das relacións entre a praxe literaria e a praxe médica podería verbalizala dicindo que o clínico non é soamente un lector senón tamén un crítico.

Cando interpreta o texto, isto é, a historia, as entrevistas clínicas, as análises, etc., non o fai só no sentido de que toda lectura é xa unha interpretación senón que vai á procura dun significado máis abstracto, isto é, da enfermidade que está causando o malestar do paciente.

Mesmo de forma máis profunda do que fai o crítico literario, volve reescribi-la historia desde un universo interpretativo (o do seu Saber e o da comunidade científica á que pertence) totalmente distinto do do paciente que a xerou. A través desta traducción, primeiro converte a experiencia individual en caso, despois (se o paso anterior foi exitoso) vólvea traducir en termos de xestión da enfermidade.

Neste momento é cando podemos atoparnos con problemas. O paciente que, normalmente, non forma parte da comunidade médica, pode ter grande dificultade para entender e, mesmo, recoñecer na reescritura que fixo o clínico a súa propia historia. Esta linguaxe que para el lle resulta arcana, se ben é certo que pode ter un considerable poder transformativo ó ser entendida como unha especie de *fórmula máxica*, tamén o é que pode ter efectos negativos. Incapaz de entender como o médico define a súa enfermidade e o tratamento que lle propón, fáiselle difícil cooperar co tratamento e, mesmo, pode sentir inseguridade na validez da versión médica da súa historia.

Para evitar isto a historia debe ser de novo reelaborada polo clínico coa finalidade de que poida volver ó paciente dun xeito que sexa recoñecible e teña sentido para el, e isto non só referido á enfermidade propiamente tal senón a toda a súa vida. Quérese dicir que esta nova reelaboración, ou, se se prefire, *traducción*, que o médico lle devolve débelle permitir integra-la enfermidade nas súas experiencias e nos seus plans, por dicilo nunha palabra, na súa vida do modo menos traumático posible.

Cando o médico, a través desta traducción, discute co paciente as implicacións que para este ten tanto o diagnóstico como a terapia, ten que ter en conta que o

enfermo vai actuar como lector e como autor. En canto que lector vai interpreta-las palabras do médico dentro dos esquemas que lle permite a súa competencia non médica e, o que é máis importante, de acordo cos intereses e proxectos que pretende na súa vida. En canto que autor tratará de levar á práctica a comprensión e valoracións que fixo como lector.

Unha boa comunicación entre médico e paciente, que lle permita a este recupera-lo control da súa vida perdido por mor da enfermidade, parece que ten que pasar por tres etapas.

O primeiro que o médico ten que facer é tratar de entender como o enfermo convive coa súa enfermidade e como lle afecta na súa vida. O máis probable é que o doente experimente o seu mal como unha serie de *perdas*: perda de control, da integridade do seu corpo se estamos diante dunha amputación, de seguridade, de liberdade de movementos, do medio familiar ou social, do seu futuro, etc.

O segundo, como xa quedou dito, é retraduci-lo *caso médico* a unha linguaxe e a unhas fórmulas que o paciente poida entender e integrar, isto é, a unha narración concreta e persoal que utilice o máis posible a linguaxe do enfermo. Cómpre non perder de vista que os humanos vivenciámo-las nosas experiencias a través das *historias* que contamos e que escoitamos. As narracións son o instrumento a través do que para poder vivi-lo presente buscamos sentidos no pasado e anticipámo-lo futuro.

Finalmente, o médico ten que permitir e animar ó paciente a retoma-lo control da súa vida perdido pola enfermidade, a integrar vitalmente o texto que entre os dous escribiron, nunha palabra, a volver se-lo autor principal.

Fagamos un alto neste momento da reflexión. Quedou dito que o modelo médico oficial, amais da súa función sandadora, serve para xustificar e reproduci-los intereses e os ideoloxemas dos poderes hexemónicos que se dan nos contextos onde actúa. Dixen tamén que, de cara a favorece-lo encontro médico e poder recupera-lo que debera se-la súa característica esencial de *diálogo entre persoas*, un bo instrumento era considerar ó persoal sanitario e ós demandantes de saúde como *actores* que elaboran, len, ou analizan criticamente as *narrativas* que se van xerando no proceso terapéutico. Mais, ¿como se articulan estas dúas proposicións?

É obvio que todo o que sirva para que os individuos actúen e sexan considerados como suxeitos conscientes, libres e iguais, isto é, como persoas, é unha valiosa arma de loita contra unha sociedade como a nosa que, a pesar do discurso que proclama, está empeñada en reducir ós cidadans a meros engrenaxes do sistema ou, se se prefire a vella expresión marxiana, a mercancías.

Con todo, non podemos esquecer que tanto os actores como os textos que xeran e as súas interpretacións non nacen da nada, nin sequera unicamente da mera liberdade individual senón que, en boa parte, son froitos dos valores, crenzas e intereses dominantes da sociedade da que estes mesmos suxeitos forman parte e onde se producen os seus discursos.

Quere isto dicir que non basta con que o persoal sanitario deixe falar ó paciente nin sequera con que teña en conta as súas narracións e valore a racionalidade das mesmas. As persoas que, traballando na xestión da saúde, non queiran actuar como "funcionarios" do Sistema precisan tomar consciencia de que a súa actividade non pode ser meramente *técnica.*

Da mesma maneira que, por máis que haxa individuos que se esforzan en presentarse como tales, na realidade non existe o *apolítico,* tampouco existe o *técnico* puro ou, por usar unha expresión máis á moda, o *profesional* puro.

O "bo profesional" non é aquel que se propón como obxectivo tentar que o paciente mellore –ou, polo menos, conviva o mellor posible co seu mal– facendo abstracción da sociedade en que el e as persoas que demandan os seus servicios viven, senón que é consciente de que a saúde non é unicamente o contrario da enfermidade senón que implica tamén unha compoñente política: a consecución dunha sociedade xusta, libre e solidaria, onde os cidadáns son persoas e non obxectos, actores e non espectadores, protagonistas conscientes dos seus destinos e posibilidades e non meros pacientes.

Sei que, educado na asepsia, o persoal sanitario vai pensar que esta dimensión política da saúde é algo que non só vai máis alá das súas obrigas profesionais senón que, mesmo, sería contraproducente que fose asumida polos "técnicos".

A falacia que se acocha neste modo de razoar sae á luz con só pensar que o desenvolvemento dos saberes e das prácticas médicas está mediado polas relacións de dominación e desigualdade que caracterizan á sociedade en que vivimos.

¿Por que é desigual a esperanza de vida segundo o sector social ou a cultura de que se trate? ¿Pensa alguén que ten as mesmas posibilidades de superar con éxito un infarto o que pode acceder con rapidez a unha Unidade de Coronarias ca o que habita nunha remota aldea galega? ¿Terán algo que ve-los intereses económicos das multinacionais do sector coas políticas de medicamentos da Administración? Pretender xustificarse de non tomar postura como técnicos diante deste tipo de feitos en función dunha pretendida *profesionalidade* soa demasiado a autoengano e escapismo como para que poida ser interpretado como actitude honesta.

NARRATIVAS DE ENFERMIDADE EN URXENCIAS DUN HOSPITAL UNIVERSITARIO

María Teresa Amboage Paz
Médica Residente de Psiquiatría
Hospital Xeral de Galicia, Santiago.
Sección de Etnomedicina, Museo do Pobo Galego

Practicamente todo o mundo estivo algunha vez no Servicio de Urxencias dun Hospital. No Hospital Xeral de Galicia (o hospital onde eu traballo), a Área de Atención ó Paciente, nas Urxencias de Adultos, está formada na súa maior parte por unha serie de cubículos, semellantes ós doutros hospitais, provistos de dúas camas onde se sitúan os enfermos. Estes cubículos que de entrada albergan a dous descoñecidos, fomentan sen buscalo unha relación entre eles e as súas familias, pois que teñen que permanecer xuntos, unidos por compartiren un reducido espacio e pola súa condición de enfermos. Sen embargo, a característica principal destes lugares é a despersonalización. Para facilita-lo labor do persoal sanitario teñen dous accesos: dun lado unha porta ábrese ó corredor onde a familia espera ansiosa o momento en que o médico remate de explorar ó seu enfermo ou ó veciño. Iso se os celadores non os enviaron á sala de espera, que é onde se supón que deben estar.

Do lado contrario, unha cortiniña, nunca ben pechada, fai a separación dun segundo corredor por onde pasan continuamente enfermeiros, auxiliares e médicos; sempre con présa. No interior: os pacientes, a roupa –dentro dunha bolsa de plástico co identificativo do Hospital, amarrada á cama–, unha, dúas cadeiras e nada máis.

Con respecto ós usuarios poderíanse clasificar de moitas maneiras. A máis simple é en relación coa gravidade do seu estado biomédico. A pesar de ser un Servicio de Urxencias son escasas as emerxencias de vida ou de morte. Tampouco abundan as patoloxías que requiren unha atención rápida que de non recibila podería afectar ó prognóstico do paciente.

Para os primeiros resérvanse os chamados cubículos nº. 1 e nº. 2, con monitores e outras aparellos que os diferencian dos descritos anteriormente. Para as feridas abertas que precisan sutura, o nº. 3. Para as fracturas e outras complicacións traumáticas a chamada "sala de xesos".

Se nos esquecemos destes e dos que acoden con queixas sinxelas, e que son "filtrados" nunha especie de consulta, encontrámonos con que a maioría das persoas que vemos necesitan o que se podería chamar unha "revisión e posta a punto". O tipo de patoloxía predominante, dentro destes, segue o calendario. No inverno serán bronquíticos reagudizados. No verán dores abdominais, cólicos de riles, cardiópatas descompensados pola calor. Cando é época de festas, diabéticos que non son capaces de axusta-la medicación, etc., etc.

É principalmente á asistencia a estes pacientes, ó que me vou referir ó longo desta comunicación. A poboación que se atende neste Hospital procede na súa meirande parte da zona rural, por dúas razóns: unha, porque predomina esta poboación na Área Sanitaria, e outra, porque os urbanos, con mellor nivel económico, escollen outros centros médicos.

A relación médico-paciente establécese pois entre non só dúas persoas, senón practicamente dous estratos socioculturais con moi poucos puntos de contacto. Dun lado estamos nós, estudios universitarios, socialmente médicos, e doutro, eles: estudios primarios incompletos, labregos que tiveron que emigrar en moitas ocasións, ou que apoian a economía familiar de pequenos cultivos e algo de gando, con traballos de albanel, mariñeiro, na mina...

Iníciase entón un encontro cheo de dificultades. Por referirnos tan só a algunhas delas, teriamos que falar do problema da linguaxe. Nós coas nosas denominacións de síntomas e enfermidades, incomprensibles para eles; eles que coa crenza de que así facilitan o noso labor, utilizan termos inexistentes. Evocan ó escoitalos nomes desfigurados de patoloxías, que máis ben despistan que axudan. Verbas que xurdiron da suma imposible doutras; expresións que nos confunden: "Eu padezo de bronquios ó corazón", "o que me pasa e que teño un sistema nervioso", "fixéronme uns anales"...

Mesmo a incomprensibilidade para nós do seu pudor. Estamos afeitos a que a maioría dos urbanos traduzan libremente a orde "desvístase e déitese na cama" e deixen posto o calzón, pero non deixa de sorprendernos que o que deixan a maior parte dos rurais sexa tan só os calcetíns. (Neste pudor e no seu significado non podemos deternos agora pero é unha cuestión que estamos elaborando).

No que respecta ós medicamentos, por regra xeral e porque saben que llelo van preguntar, tráenos nunha bolsa (onde os urbanos meten as zapatillas), pero non saben para qué son (ás veces, coma quen di, non queren sabelo). Se o saben, é equivocado, e cando esqueceron algo na casa insisten en relatar forma, color e tamaño das pastillas coa absoluta confianza de que son datos dabondo como para que Nós, os Médicos, saibamos de que se trata.

Outra faceta que nos choca é a necesidade de ter preto os acompañantes, cantos máis mellor; sexan familiares ou veciños. Mesmo o taxista: "que é máis inteligente ca nós, porque está afeito a traer a moita xente". A isto vémoslle dúas finalidades: que lles axuden a relata-la historia da súa propia enfermidade e que convertan a visita a urxencias nun acto social compartido.

A propósito disto, tenme sucedido moitas veces que ó reinterrogar ó meu paciente, velliño ou confuso, con respecto á súa historia, non estando os seus familiares eran os acompañantes do compañeiro de cubículo os que me daban a información. As primeiras veces, inxenuamente, preguntáballes: ¿logo, coñecíanse vostedes? Despois aprendín que a resposta sempre era non; coñecéranse alí mesmo. Cheguei á conclusión de que o relato dos problemas de saúde que nós lles obrigamos a condensar, polo tanto a destruír dalgunha maneira, intercambiábase entre eles sen as présas e os lindes que nos lles impoñemos. O que convertemos en catro palabras baixo o epígrafe "antecedentes" non é tan doado de reducir para eles.

Enlazando con isto e, por suposto, omitindo outras moitas peculiaridades, chegamos ó problema do relato da enfermidade. É neste punto onde máis nos incomoda a súa actitude: algúns rurais acoden cunha demanda moi definida e, o mesmo que os urbanos, son eles os que solicitan a asistencia polo especialista correspondente: "¿e, non baixa o cardiólogo?". Pero, aínda quedan moitos que impacientan ó médico cando tratan de explicar por qué e para qué acudiron. Ven o seu corpo como un todo e mesturan síntomas dunha e outra "especialidade", dores pasadas e presentes, operacións feitas ou previstas, de tal maneira que provocan a nosa desesperación, ata o punto que temos tentacións de escribir na folla de urxencias: "mal paciente, difícil de interrogar, rasgos histéricos".

Parécenos que esta desorde non ten sentido. Pero é posible, é probable, que para quen o relata teña racionalidade, na que non existe Aparello Respiratorio, Aparello Dixestivo, ou Sistema Cardiovascular, senón unha dor que está na perna e, porque non, á vez apareceu a tose, e esas molestias na cabeza, ou comezou a ir máis solto, ou parécelle que ve peor.

Para Eles, Nós sómo-los encargados de cura-lo global. ¿Como dicirlles que na Facultade aprendemos a explorar e tratar cada Aparello, cada Sistema do corpo, pero non o propio Corpo?

Algúns, quizais porque o aprenderon noutras ocasións, fan un relato máis próximo á nosa racionalidade. Preséntannos un conxunto de dor tipo cólico que empeza nas costas, que vai ata os xenitais, engadido a molestias ó ourinar, etc.

Pero cando, satisfeitos, imos saír do cubículo, tras unha exploración fundamentalmente dirixida cara a un cólico de ril, a modiño e como con medo engaden: "e tamén...". Detrás dese "tamén" veñen tódolos males que non puideron, non quixeron, ou consultaron sen resultado ó seu médico de cabeceira.

Precísase tempo para escoitar, tempo que nunca parece haber no Servicio de Urxencias. Obrigámoslles a individualiza-la súa enfermidade, a separala doutras.

Obrigámoslles, tamén, a individualizarse a eles mesmos, botando fóra do cubículo ós seus acompañantes, mentres eles fan referencias continuas a que iso o sabe mellor a súa filla, ou o seu neto ou o seu veciño que ten máis memoria.

Marcámoslles unha separación Mente-Corpo moitas veces inexistente na súa concepción de enfermidade. Case nos amola que nos relaten somatizacións, como se quixesen enganar contando síntomas físicos, con causa psíquica, cando é probablemente a forma máis frecuente de expresa-la tensión no seu ámbito cultural. Con respecto a isto, Golberg e Bridges afirman que:

> nas sociedades nas que o individuo tende a estar mergullado nun grupo, a somatización é unha forma relativamente frecuente de expresa-lo estrés. Pola contra, nas sociedades indivualistas que tenden á idealización narcisista do individuo, a somatización, substituíuse pola psicoloxización, unha moderna tendencia cultural.

Coido que nos gusta mellor escoitar esa psicoloxización.

Gustaríame comentar, a maneira de exemplo, o caso dunha muller que acudiu a Urxencias cunha dor precordial semellando un angor, é dicir, unha anxina de peito. Tódalas probas realizadas resultaron negativas. As circunstancias que rodeaban a presentación do cadro eran atípicas. Case no momento da alta, coa etiqueta de "dor torácica atípica" e a recomendación: "acuda ó cardiólogo correspondente", fálanos da súa neta que marchou a Suíza hai tres días, do moito que a bota en falta, e de que na casa non o pode comentar porque a outra neta, coa que vive, podería sentirse desprezada...

Antes de seguir avanzando na descrición do papel de "víctima" que lle toca representar nesta escena ó usuario, ímonos colocar, por un momento, na outra beira. O médico que recibe esta demanda é frecuentemente un Residente de primeiro ano. Quere isto dicir que hai 4-8 ou 11 meses que aprobou o exame *MIR*. Escolleu unha especialidade tan distinta de Urxencias Xerais como poida ser Radioloxía, Oftalmoloxía ou Psiquiatría; vese obrigado a realizar quendas de vintecatro horas de duración en Urxencias dun Hospital de Referencia.

Chega cheo de coñecementos de libro, de ilusións e de temores. Cre que en cada urxencia está en xogo a vida do seu paciente. Sabe que en calquera momento pode e debe acudir ós médicos veteranos para que o orienten ou lle valoren ó enfermo, pero que ten que ir cunha historia máis ou menos elaborada. Ademais, estes poden estar xogando o tipo cunha emerxencia nese momento.

Para el trátase dun acto médico o que ten que realizar. Non lle é doado entende-lo concepto social que lle dá o enfermo. O seu obxectivo é saber que é o que está mal e poñelo ben. Aínda máis, o seu desexo sería establece-la relación entre os seus coñecementos médicos e a enfermidade do paciente. Non queda moito tempo, nin moito ánimo para investigar como é a persoa que trae a enfermidade...

Quere feitos, informes previos, síntomas reais, signos comprobados, desencadeantes do episodio actual; a súa pouca experiencia e a súa moita inseguridade con-

dicionan que trate de limitarse a conceptos, a actitudes médicas coñecidas, estipuladas, onde poida moverse coa certeza de estar a face-lo correcto e non complica-la súa vida.

O usuario insiste en explicar unha historia "confusa", onde nunca se acaba de saber cal é o principio, na que se mencionan superficialmente as molestias, como se o médico tivese que adiviñalas, mentres pola contra describe prolixamente as actividades que realizaba, as festas ás que non puido acudir, os veciños que o acompañaban durante os días en que empeorou aínda non sabemos de que.

Necesita citar nomes dun e outro médico, algúns do mesmo Hospital, outros da súa localidade; a maioría descoñecidos para o médico residente que o está atendendo. Para poder ter unha idea da patoloxía sen esta-lo día enteiro, ou porque o considera irrelevante, o médico pega un e outro corte á narración, obrígalle a cinguirse, faille concretar e ó final enmudecer. Reduce o asunto a patoloxía subsidiaria de tratamento en urxencias. Traduce á linguaxe médica. Pide as probas que precisa e pon medicación.

En definitiva, impídelle ó paciente elabora-la súa Narrativa de Enfermidade. Pero as Narrativas, utilizando palabras de Mattingly e Garro:

> Ofrecen o modo fundamental de entende-la vida ó longo do tempo. O pensamento narrativo trata de dar sentido a como as cousas sucederon e como as nosas accións e as doutros conformaron a nosa historia.

Engaden:

> Con respecto á enfermidade ofrécennos un modo de pensar nela, ás veces dende a perspectiva do paciente, outras do médico e tamén do contexto social. Ofrece unha lóxica para explica-la enfermidade, proporciona metáforas para comprende-la experiencia, e sitúa a enfermidade e a curación dentro do tempo humano.

Hai enfermos que volven a urxencias con relativa frecuencia e sobre eles e a súa enfermidade non é intranscendente a actuación médica. Xa que deste encontro se derivan cousas tan importantes como o cumprimento da terapia, a solicitude de consulta no especialista recomendado, ou aínda a reagudización da patoloxía por factores psicolóxicos: cuestionamos este enfoque de actuación en urxencias que tanta sensación deixa no paciente de non ser comprendido como no médico de ser estafado. Dalgún xeito con esta comunicación pretendo propoñer que poderían articularse outras alternativas.

Imos presentar un caso por partida dobre. Primeiro unha Historia Médica de Urxencias, desde a chegada ata a alta, tal como se arquiva no Hospital (Cadro 1). Despois unha Narrativa de Enfermidade elaborada entre o médico en actitude de escoita e o paciente que necesita falar e construírse a el mesmo inseparable da súa doenza (Cadro 2).

Cadro 1

(DATOS DO HOSPITAL) (DATOS DO PACIENTE)

(NOME DO MÉDICO E SERVICIO QUE ATENDE)

Motivación clínica: Dispnea.

1. Anamnese: A.P.: Diagnosticado de EPOC hai 23 anos. Fumador de 2 pq/d ata hai 20 a. HTA a tto. con dieta, 2 ataques de gota hai 10 e 8 a. Non alerxias coñecidas. Non osíxeno domiciliario. EA: Refire aumento progresivo da súa dispnea dende hai 15 d. con agravamento impte. a noite pasada. Tose con expectoración purulenta. Non sensación febril nin outros síntomas engadidos.

2. Exploración física: COC. Obesidade.
AC: rítmico, non ausc. soplos.
AP: roncus bilaterais. Múltiples sibilancias de predominio espiratorio. Algúns crepitantes secos bibasais.
ABD: globuloso, mod. depresible, non dor á palpación ou percusión. Non masas nin megalias.
EE: ROT e pulsos conservados e simétricos. Non edema. Non focalidade neurolóxica.
Datos complementarios: Puls. 851/m **R esp**. 23/m **T.A**.: 140/90 **Tª.** 37,4
3. Analítica: normal (Bioquímica, hemograma e ouriños)

4. Radioloxía: Rx. Toráx.: non datos de patoloxía pleuropulmonar aguda.

5. Outras exploracións: EKG: ritmo sinusal a 851/m. Gasometría basal (13 h): pH 7'41, pO263, pCO 48, Bic 30; (21 h): pH 7'40, pO2 72, pCO2 45, Bic 30.

Hipótese diagnóstica: EPOC reagudizado. Probable sobreinfección respiratoria.

6. Tratamento administrado de Unidade: O2 (fio2: 30%), broncodilatadores, corticoides. Inicio de pauta antibiótica.
Tratamento prescrito para domicilio: Reaxuste de tto. segundo folla adxunta.

Outras disposicións tomadas:
Ingreso Traslado a **Pasa a domicilio:** X
Outras recomendacións:

Próximo control no Servicio de: O seu médico de cabeceira. **Dr.....**
Sinatura,

Cadro 2

Xoán está xubilado dende o 77 por EPOC (Insuficiencia respiratoria crónica). Agora ten 72 anos e cobra pensión. Segundo os informes que trae, as súas visitas a urxencias son frecuentes e non son raros os ingresos de 2-3 días de duración. A xulgar polas datas, poderíase dicir que empeorou moito no último ano, porque a consulta a urxencias multiplicouse ó longo do mesmo considerablemente.

Cando me achego a el, ensinado por esas múltiples veces, contesta ás miñas preguntas: veño porque estou mal. Pon cara de "esa si que é unha pregunta estúpida, ¿por que vai a xente ó médico se non porque está mal?" El xa sabe como vai isto. Entre frases irónicas, coma quen fala cun neno, vaime explicando, a súa asiduidade ó servicio de urxencias, o que lle fan de cada vez: o osíxeno, o soro, entre unhas cousas e outras manda á "muller" que me amose os informes.

¿Que dende cando vai peor? Pois dende hai 15 días, pero esta noite, esta noite púxose a morrer, afogaba, e viuse obrigado a vir a Urxencias. Eran as 12:17 do mediodía cando entrou pola porta do Hospital. Pido unha gasometría, unha placa, unha análise; poño osíxeno e soros, completo o protocolo. Ó redor das nove da noite, varias auscultacións despois, xa nos falabamos con máis familiaridade. Deixei que a muller quedase mentres o exploraba en varias ocasións (entre outras por que non sabe ler e cando quere volver xunto ó home pérdese coa numeración dos cubículos).

Falando disto e daquilo (é unha tarde con menos traballo do normal) chegamos ó tema do transporte e con iso ó meu primeiro descubrimento. Antes cada vez que tiña que vir ó Hospital tiña que coller un taxi; pero, este ano a filla, emigrada en Suíza, tivo un bebé, o que motivou que quedara na casa paterna xunto co home. O xenro e o seu coche, máis que o empeoramente da súa enfermidade, son polo tanto os responsables do aumento da demanda de atención en urxencias.

Quixen ir un pouco máis alá: ¿por que hoxe? Costábame traga-lo empeoramento nocturno que todos sistematicamente relatan. E foi saíndo unha Historia que xa non tiña que ver coa mala noite, senón cunha festa que se ía celebrar poucos días despois e á que tiña pensando acudi-lo matrimonio novo. Primeiro decidiu aguantar e vir despois da festa pero logo, explicoume, fixo un cálculo e chegou á conclusión de que, vindo hoxe, para o día da festa estaría de volta na casa: "Sería mal visto que os fillos estiveran de esmorga con el ingresado". Esa mañá esperou a volta do xenro do traballo e aquí apareceron. Eu cría ter tódalas explicacións: día e hora: HABÍA MÁIS.

Ó pouco, outra Historia se foi construíndo diante miña:

A véspera acudiran a unha cita co seu médico de cabeceira e no seu lugar estaba "unha moza moi nova, aínda que iso dá igual" que o explorou e ante as súas queixas en vez das "indicións" do seu médico de sempre deulle unhas "cláusulas" que, por suposto, "non me fixeron nada".

Hoxe, acudía a poñerse en mans máis "expertas". Iso non o dixo, o mesmo que eu non lle dixen que era o meu primeiro ano de residencia, e que uns meses atrás aínda non sabía nin sequera conecta-lo osíxeno.

Tiven que ir atender ó resto dos pacientes, pero ¿de canto máis me enteraría de seguir escoitando?, ¿ou de facer outras preguntas?... Á alta, o readaptación da medicación foi distinto do primeiramente previsto. Non é o mesmo un empeoramento relativo e prolongado que unha reagudización que pon ó enfermo á morte nunha noite.

Se escollo esta historia, entre tantas outras que podería traer como exemplo, é porque para todos se fai incuestionable a importancia dos factores psicosociais na patoloxía respiratoria.

Co relato anterior non pretendo busca-la verdade da historia, tan só quero cuestiona-la eficacia dun enfoque que pretende ofertar saúde ó prezo de anular ou limitar á persoa portadora de enfermidade como o máis axeitado.

Para rematar gustaríame citar unha frase de Beatriz Sarlo:

> [...] A lingua é multiple e leva inscritas as marcas de usos dramáticos diferentes. Ademais, unha ollada ve o que outros pasan por alto e alguén sinala o que, para outros, é radicalmente inexistente.

É probable que, se volve dentro dun mes, Xoán sexa atendido por outro Residente e a Historia que constrúan ámbolos dous sexa moi diferente.

BIBLIOGRAFÍA

MATTINGLY, C. e GARRO L. C.: "Introduction". *Soc. Sci. Med.* Vol. 38, nº. 6 (1994), pp. 771-774.

SARLO, B.: "Presentación". En Arfuch, Leonor: *La entrevista, una intervención dialógica*. Barcelona, Ed. Paidós, 1985, p. 11.

LECTURA ANTROPOLÓXICA DUN FRACASO TERAPÉUTICO: UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS NUNHA COMUNIDADE RURAL GALEGA

Isabel Pais Pazos
D.U.E. Unidade de Saúde Mental N.º 2
Complexo Hospitalario de Santiago.
Sección de Etnomedicina. Museo do Pobo Galego

Desde o meu rol de enfermeira dunha Unidade de Saúde Mental, que atende unha zona rural e que, ó mesmo tempo, forma parte dun grupo de Antropoloxía Aplicada á Saúde, vou presenta-la historia do que titulamos un fracaso terapéutico.

Cunha curta experiencia en Equipos de Atención Primaria incorporeime á U.S.M. 2 no momento en que se constituíu a mesma, xa hai agora cinco anos.

O primeiro Concello que asumimos foi o de Santa Comba e desde Santiago comezamos a desprazarnos regularmente á capital do mesmo un día por semana.

De seguida ó equipo asistencial engadiúselle un membro non sanitario, non oficial, e sen funcións directamente terapéuticas: un antropólogo (Marcial Gondar), colaborador voluntario ou asesor.

Fomos moi ben recibidos polos Sanitarios Locais, e tamén polos Servicios Sociais de Base. As dúas axencias mitificaban a nosa experiencia e de seguida nos enfrontaron coas dúas problemáticas que eles consideraban máis preocupantes: os suicidios e o alcoholismo.

Presionados pola demanda de casos individuais, remitidos fundamentalmente polos médicos de cabeceira, quedamos pronto reducidos á función estrictamente asistencial.

Depresións, somatizacións e dependencias alcohólicas, presentadas individualmente como doenzas, ocupaban todo o noso tempo.

A reflexión dentro do equipo aconsellounos non dar ningún outro paso mentres non avanzasemos no que chamamos Escoita Comunitaria. Aínda estamos nela e non é nada doado de facer, desde dentro dun equipo sanitario que ten que dar respostas puntuais ás demandas, que xa estaban construídas antes de chegar nós (a poboación de Santa Comba xa era atendida por un grupo de Neuropsiquiatría con consulta de 2 horas en Santiago).

Os casos individualizados de alcohólicos que nos chegaban e seguen chegando practicamente ningún é totalmente voluntario. A maioría son homes de idades medias con notable deterioración bio-psico-social que, ou acaban de ter complicacións somáticas graves (*delirium tremens*), ou accidentes, ou queren cobrar algunha prestación (incluído o chamado RISGA ou salario de pobreza).

Tampouco é raro que veñan porque a muller llelo puxo como condición previa, para retirar unha demanda xudicial por malos tratos ou para volver da casa paterna, á que fuxiu logo da última malleira recibida.

Os casos menos graves veñen porque nunha revisión médica lle diagnosticaron "un fígado danado polo alcol".

As mulleres veñen moito menos, e cando o fan víveno de xeito moi humillante. Coma en case todas, nesta Comunidade tolérase a borracheira masculina, e acéptase que a muller beba durante as comidas, pero está moi mal visto que "se tomen". Pola contra, a maior parte de demandas de depresións-somatizacións son femininas.

Aínda lembramos no equipo as dúas primeiras demandas de alcoholismo en mulleres: as dúas casadas, con idades entre 40 e 45 anos, labregas e con escasísimos estudios primarios. Unha viña porque unha veciña "ilustrada", que traballaba de secretaria en Santiago, aseguráballe que polos "nervios do alcol tamén se pode *cobrar* unha pensión". Tardamos catro anos en "escoitar" que o marido, con consentimento das fillas, lle pegaba grandes tundas cada vez que a atopaba bébeda. Os veciños tamén o sabían, a ninguén se lle pasaba pola cabeza presentar unha denuncia no Cuartel da Garda Civil, nin dicirlles ós médicos que as feridas que curaban non eran de caídas.

A outra quería abandona-lo "vicio" porque había pouco que se lle finara súa nai, que viña sendo unha *carteira* con sona en toda a comarca. Aínda fora xuntando un bo peto; non puña prezo por adiviña-lo futuro, pero aceptaba a "voluntade". Por norma, os "poderes" tería que herdalos esta cliente nosa posto que era a filla máis vella; pero outra irmá disputáballos dicindo que era unha "borracha"...

Pero, para entende-lo fracaso da nosa experiencia temos que ir contándolles algo máis desa Comunidade: trátase dun concello rural e interior da provincia da Coruña cunha extensión de 203 km e situado por riba dos 300 metros de altitude. A poboación chega ós 12.107 habitantes espallados en 69 aldeas e 142 entidades de poboación; todo isto organizado en 17 parroquias. A pirámide poboa-

cional xa vai tomando a forma de campá, cun acusado descenso da natalidade nos últimos anos.

Máis da metade da poboación activa (52'9%) ocúpase no sector agropecuario, o 6'9% na industria, o 19'8% na construcción e o 20'4% restante nos servicios.

Aínda que hai parroquias en proceso de concentración parcelaria, o minifundismo é moi destacado. A construcción das vivendas lévase a cabo fundamentalmente con cartos procedentes da emigración. Pasa do millerio o número de vivendas desocupadas.

A ocupación no sector servicios está moi por debaixo da media galega (39'4%), sendo os *bares,* a alimentación e os restaurantes as actividades que máis ocupación xeran.

Coma en moitos outros concellos galegos a emigración foi, e segue sendo, unha válvula de escape. A crise económica mundial, e outros factores, favorecen retornos migratorios, moi acusados nos dous últimos anos, e moi mal planificados. A incidencia de alcoholismo nestes retornos xa é preocupante. A situación económica da que antes falabamos inscríbese nun modelo de transición xerado desde fóra, no que é doado percibir como mínimo tres niveis. Nun primeiro nivel, formas xa establecidas á marxe do sistema, nas que as *pensións* dos vellos e dos enfermos constitúen a base económica.

Nun segundo nivel, unidades de producción ou de servicios en expectativas de transición nas que se acumula ou acumulaba capital coas remesas dos emigrantes.

A un terceiro nivel xa hai Unidades de producción ou de servicios integrados na modernidade. A concentración parcelaria e as cooperativas foron os motores da modernización.

Estamos asistindo ó paso da Parroquia ó Concello. O transvasamento das aldeas á capital municipal é progresivo. *A terra* perde forza como referente de identidade para ir sendo substituída pola clase social, grupo familiar, grupo profesional, etc. Todo o territorio está sendo articulado ó redor do Concello, pero isto é un proceso aínda non rematado.

Os Servicios Sanitarios axudan a este transvasamento. O Centro de Saúde na capital municipal. Aí consultamos nós, ós alcohólicos, aínda que algúns distan máis de 15 km, e teñen que vir nun taxi se non atopan un veciño que os traia. Aínda que o sacamos fóra do Centro de Saúde para levalo á Casa de Cultura, foi na capital onde montámo-lo grupo de alcohólicos. Retomando o que estabamos a subliñar ó comezo, foi esta a primeira *acción comunitaria* na que participou a Unidade de Saúde Mental en colaboración cos Servicios Sociais de Base.

Desde sempre algúns alcohólicos de Santa Comba consultábanse na Unidade de Alcoholismo do Hospital Xeral de Galicia, situada en Santiago, e acudían xunto cun grupo de alcohólicos a este Hospital. Neste grupo hai pacientes dunha área xeográfica de case medio millón de habitantes, e leva anos funcionando sen ningún problema.

Sen embargo, desde unha óptica de Psiquiatría Comunitaria, debemos achega--los recursos á poboación para facilita-lo acceso ós mesmos das persoas ou clases máis desfavorecidas. Por iso, montar un grupo de alcohólicos no propio territorio era algo coherente.

Fixémonos máis directamente responsables do mesmo; o Psicólogo municipal, nativo do Concello, aínda que vive en Santiago; a Traballadora Social de Base, que ademais de nativa vive nunha parroquia do Concello; e eu mesma, que non teño outra vinculación que os desprazamentos nesta comunidade.

Despois de revisar numerosa bibliografía sobre grupos de alcohólicos, intentamos reproducir un modelo de terapia grupal bio-médica. Formamos un grupo aberto e homoxéneo cuns obxectivos a curto e longo prazo. A curto plazo dar información, dar coñecementos do problema do alcoholismo e as súas consecuencias. A longo prazo pretendiamos formar un grupo de autoaxuda e incluso unha asociación.

A maioría da xente que formou parte do grupo foi derivada da U.S.M. e dos Servicios Sociais. Non tivemos ningunha demanda propia.

Na primeira fase, totalmente médica, de información, con varias sesións sobre os efectos e secuelas do alcoholismo, xa fixemos, sen decatarnos, un proxecto de Educación Sanitaria, totalmente biomédico. Pensabamos que estaban "maleducados sanitariamente", que tiñan hábitos de vida pouco saudables, esquecemos, como diría o Prof. Alessandro Seppilli, que: "A Educación Sanitaria é unha intervención social que tende a modificar, de maneira consciente e duradeira, o comportamento en relación coa Saúde. Presupón o coñecemento do patrimonio cultural do grupo e a determinación dos seus intereses subxectivos". Fómonos dando de conta como non coñeciámolo seu patrimonio cultural; para eles o alcohol era unha bebida cunha importante función social, mentres que para nós é un tóxico que inserían para drogarse.

Agora, desde o fracaso da experiencia, vemos como este "bombardeo" de coñecementos técnico-sanitarios sobre o alcoholismo nos levou a caer no que atinadamente Oriol Romaní chama: "Moralina sanitarista".

O que nós pensamos que sería unha axuda, un privilexio, eles víano como un castigo, como unha imposición: "Veño aquí porque me mandaron vir", "¿Por que nos tocou a nós e non a outros?", "En Santa Comba hai moitos borrachos".

Outros tamén vían unha posible rendibilidade: "¿e pódese cobrar por esto?", preguntaban con moita frecuencia os familiares.

Nestas sesións de información sobre o alcoholismo eles non se identificaban con ningún dos síntomas nin con ningunha das secuelas, a pesar de que tiñan moitas. Sempre poñían un exemplo de fóra: "Ó Luis da Toxa pasoulle eso no fígado, e estivo moi maliño". As alusións ós veciños eran constantes, coñecíanse todos e senón enseguida daban datos uns ós outros ata que sabían de quen falaban.

No transcurso das sesións xurdiu un líder, ou máis ben, pensamos agora, un dinamiteiro do grupo (un ex-emigrante retornado de Holanda por un problema grave de alcoholismo), que consegue petardealo, desfacelo porque:

- Cuestiónalle-la individualización, lémbrandolles quen son, quen foron na aldea. Isto impídelles a eles mesmos verse como individuos illados que chegan ó grupo para construílo. Como a el non o viron vagabundeando, durmindo nun banco en Amsterdan, como del saben pouco (o misterio do emigrante, aventureiro, solteiro), permítelles construír mitos, lendas. De feito cúrase e impide a curación dos outros.
- Por outro lado, ó preguntarlle-la historia previa real, non a queren narra-los outros, impide construí-lo grupo de alcohólicos con roles axeitados a este grupo que co-constrúen. Aquí tamén estariámo-los terapeutas e quizais o feito de seren dous deles do Concello dificultou crear grupo terapéutico.

En definitiva, penso que estivemos traballando cun grupo de veciños alcohólicos que se coñecían todos e non podían narrar ou novela-las súas vidas porque faltaba o anonimato, o misterio.

A vida dun aldeán é transparente para os veciños, xa a ten construída, non pode mentir socialmente; todo o contrario do que ocorre nos grupo de Alcohólicos Anónimos, onde o relevante non é a persoa, é o seu alcoholismo.

Para rematar diremos que nas historias clínicas figura en todas o diagnóstico de *Dependencia de alcohol*, termo que como maxistralmente sinala o Profesor Menéndez "desde perspectiva médico-psiquiatra dominante implica a inevitabilidade de xerar unha conducta de consumo, e refírese exclusivamente a suxeitos, non a conxuntos sociais". Probablemente isto é outro dos nosos erros. Pretendemos construír un grupo de alcohólicos partindo dun grupo de veciños e cunhas concepcións individuais da dependencia. Quizais fixemos colonización, no sentido de aplicar mecanicamente modelos importados sen pasalos polo filtro da cultura propia.

Descoñecemos aínda os códigos culturais que regulan o beber nesta Comunidade e no grupo de idades medias. Por iso, como aplicabilidade inmediata da nosa experiencia, sería comezar nos próximos meses a celebrar coloquios veciñais (non de usuarios, nin de enfermos, nin de alcohólicos), senón grupos de discusión co asesoramento do antropólogo, para deixar que esta Comunidade nos diga que función lle cumpre este beber que pretendemos diminuír.

BIBLIOGRAFÍA

BOGANI MIQUEL, E.: *El alcoholismo enfermedad social*. Barcelona, Ed. Plaza y Janés, 1976.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. (coord.): *Cultura e Saúde Mental*. Xunta de Galicia, 1994.

MENÉNDEZ, E.: "Regla y Trasgresión: El alcoholismo como integrador ideológico". *Jano*. Vol. XIIV, n.º 1034 (1993), pp. 58-66.

ROMANÍ, O.: "Alcohol, Sociedad y Cultura". *Jano*. Vol. XIIV, n.º 1034 (1993), pp. 41-43.

SEPPILLI, A. En BARTOLI, P.: "Antropología en la educación sanitaria". *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*. N.º 7 (1989), pp 17-24.

VISIÓN SANITARIA DOS ADOLESCENTES

M.ª Inmaculada Gómez Besteiro
Técnico de Saúde Pública
Xerencia de Atención Primaria, A Coruña

Parte do meu traballo como médica-técnica de saúde pública na Xerencia de Atención Primaria da Coruña consiste na organización de cursos de Formación para os profesionais sanitarios de Atención Primaria na Área.

Neste momento en Galicia, coma no resto de España, o sistema sanitario ten por definir ata que idade debe atende-lo pediatra, definición á que tampouco chegaron os propios profesionais sanitarios. Deste xeito, atopamos ambulatorios nos que os pediatras atenden ós nenos ata os 7 anos, outros ata os 10 anos; nos equipos de atención primaria (centros de saúde) atenden ata os 14 anos, e algúns profesionais pensan que deberían atender ata os 18 anos.

Nos últimos anos están aparecendo, en todo o estado español, algúns centros de atención sanitaria exclusiva para adolescentes.

Na cidade da Coruña hai un Centro de Planificación Familiar que, co obxectivo de facilita-la consulta á xente nova, ten un día á semana en horario de tarde dedicado exclusivamente ós menores de 20 anos.

Tamén en Santiago, no Hospital Xeral de Galicia, existe unha Unidade de Hospitalización para o adolescente, del tal xeito que se a persoa que necesita ingresar no hospital ten entre 12 e 16 anos, a ser posible ingresa nesa Unidade.

O feito é que un grupo importante de persoas, as que teñen entre 12 e 20 anos, cando acoden ó médico son atendidos por un pediatra ou un médico xeral segundo o lugar onde vivan.

Cando hai un mes dous profesionais me falaron do seu interese por un curso de formación sobre atención médica ó adolescente eu formuleime algunhas preguntas: ¿Por que piden esta formación os médicos?, ¿Con que problemas se atopan nas consultas?, ¿Que formación botan en falta?, ¿Como ven os sanitarios ó adolescente? Así, co obxectivo de facer unha aproximación á visión sanitaria dos adolescentes, tras unha revisión bibliográfica, realicei entrevistas en profundidade con médicos de familia, pediatras, enfermeiras de Atención Primaria e cun pediatra da Unidade de Hospitalización de atención ó adolescente.

¿Que ven os profesionais sanitarios nos adolescentes?

"De los adolescentes yo no sé, vienen poco y cuando vienen lo hacen con sus padres, aunque sería mejor que viniesen solos". Tras esta frase os sanitarios comezan o seu relato de como ven ós que non ven, porque non van ás súas consultas.

Gustaríame agora amosar fragmentos dalgunhas das entrevistas:

> – En esta edad en que no están satisfechos con su cuerpo, que buscan a quien parecerse. Cuando consultan solos, es por problemas muy biológicos: catarros, quistes, golpes, acné.
>
> – De las depresiones se defienden mucho, presentan somatizaciones: cefaleas, dolores de espalda. Es rarísimo, nunca dicen tener problemas con sus padres. Lo que si hay es padres que tienen problemas con sus hijos.
>
> – El adolescente está insatisfecho, inseguro, todo el mundo es mejor que él, tiene muchas dudas sobre sexualidad.
>
> – El adolescente es inseguro, está en fase de búsqueda; a veces esa inseguridad la muestra con rebeldía, mal educado.
>
> – El viejo si no entiende lo que es el papeliño, pregunta (porque acepta que no entiende). El adolescente no acepta que no lo entiende y eso le da rabia, vergüenza, muestra su inseguridad con arrogancia, impertinencia.
>
> – No aceptan su cuerpo, las niñas quieren adelgazar (Anorexia). La escoliosis, la cifosis, la aceptan muy mal. Es ambivalente, unas veces quiere que le trates como niño y otras como adulto, según le interese. Es contestario, es la etapa en que no estás de acuerdo con muchas cosas. Son pasotas, irresponsables, pero es que que nadie les ha exigido nada...
>
> – Hay mucha somatización (hipocondríacos), cada día tienen cosas distintas. Muchas veces tras un dolor de garganta hay un problema de comportamiento. (El síntoma es una tapadera).
>
> – La salud física es mejor, vienen de la mano de su madre. Porque, ¡esa tos!, ¡es que está muy delgado! Por lo general se ve que el chaval mira a su madre diciendo ¡que coñazo!...
>
> – Son sanos y no cabe duda que son buena gente. Se reconocen por su aspecto físico, sus ideas utópicas, defensa de valores universales. A veces tienen respuestas agresivas con solu-

ciones radicales a las que la sociedad no se atreve, tienen una visión cósmica y mágica de la vida.

– Se conocen por los cambios físicos, estirón, bigotillo, cambios psicológicos, sus opiniones, contradicen, contrastan.

– Les gusta que se les trate como un adulto. Los que van al pediatra por lo general es porque lo quiere la madre.

– Huelen, los percibes. En un grupo flota entre los demás.

– La mayoría de edad está muy bien puesta para definir el fin de la adolescencia. Claro que hay niños más maduros y menos.

– Psicológicamente a los 18 años, más o menos, tienen un proyecto vital, abandono de juegos, independencia familiar en cuanto a ideas, no económica. Su propia vida, su personalidad, con proyectos coherentes y de futuro.

– Las relaciones de pareja le dan estabilidad emocional, resuelve la duda de si va a cumplir o no. Cuando tiene novio-a cambia, se siente más seguro.

– Los hechos que marcarían el paso de adolescente a adulto podrían ser:
La independencia económica. Un trabajo les hace sentirse más seguros, más mayores. La sexualidad, que hayan enfrentado el tabú sexual, una historia amorosa con buena resolución puede hacerles sentirse más seguros.

– La edad de cambio está muy relacionada con el colegio. A los 18 años más o menos cuando hacen COU, algunos se van de casa a estudiar fuera, son más independientes. Nosotros hemos retrasado la madurez, ya que el niño de ser uno más en la casa ha pasado a ser el rey. Se lo damos todo hecho, no, no es la falta de autoridad, es que se pasó del total autoritarismo a una permisividad total.

– Quizás la adolescencia finalice cuando comienzan a administrar su tiempo, su dinero (antes había la mili, la puesta de largo), una vida profesional, cuando hacen un viaje solos.

Todo parece sinalar que a definición escoitada sobre os adolescentes é vaga e non intelixible. É san pero con problemas; non é neno pero tampouco é adulto. Díficil de pautar e parece depender moito menos dunha idade cronolóxica (cambios fisiolóxicos) ca dunha auténtica transformación psicolóxica e social. Os significados que lles atribúen os profesionais sanitarios non responden a unha visión particular biomédica senón que é reflexo dun discurso social.

¿Como se senten os sanitarios nas entrevistas co adolescente?

– Lo más difícil es establecer contacto, tienes que ganártelo. Que confíe en ti. La credibilidad del adolescente está puesta en lo que opinan sus compañeros.
Los padres buscan aliados en nosotros ¿Verdad que si no hace...?, y Él-ella NO TE

HABLAN, están pensando. "Éste es de cuidado hasta que no se demuestre lo contrario.

El viejo me gusta más. El viejo lo tiene todo, tiene enfermedades cardíacas, renales, respiratorias, pero también te habla de su soledad, del miedo a la muerte...

¿Cómo hablarle de actividades preventivas: hábitos sanos, enfermedades de transmisión sexual, deporte, tabaco? Decirle esto a quien tiene la vida por delante, me hace sentir ridículo.

Mi relación con los adolescentes es fatal. Yo estoy más tenso, me angustia, no sé, seguro que derivo más al psicólogo.

– El adolescente te hace notar que no le convences y eso te violenta, ¡violenta mucho! Percibes que no le estás llegando. A los viejos les puedes dejar contentos más fácilmente. El adolescente es más difícil.

Te prueban si estás con sus padres, ¿como no entrar en esa rebeldía en la que te mete para probarte? No te puedes dejar torear.

Como le trates y como le hables es fundamental. El adolescente necesita un adulto, no un igual.

– El adolescente distingue rápidamente si estás con él o contra él. La primera entrevista es de toma de contacto.

– Con los adultos es más fácil pasar del terreno biológico al psicológico. Es más fácil preguntar por lo físico que produce dolor.

– Es difícil lograr el encuentro. Hay silencios y supongo que hay que respetarlos y también saber como romperlos.

El médico necesita escuchar, es importante la palabra porque la necesita.

Dificultad de acercamiento, miedo y si su respuesta es... ¡A ti que te importa!

Si empatizas, te hacen preguntas que no sabes, esto te obliga a responder siguiendo tu sentido común (no es una respuesta aprendida en los libros).

Él tiene que saber que está hablando con un adulto, no busca un colega, ya los tiene, busca un adulto y él detecta si el lenguaje es falso.

– La formación de los médicos es fundamentalmente clínica; sabemos tallar, medir, de hipertensión arterial, de insuficiencia renal, pero en lo psicosocial me siento inseguro.

Intentas adaptarte, hablas lo más parecido, de todas formas no tienes que ser su colega, eres un adulto capaz de entenderlo.

– No buscamos lo que hay detrás de su demanda y nos da miedo que nos comprometa. Indagamos poco sobre lo que quieren: sus temores, sus problemas. Nos da miedo que nos digan de entrada NO.

Estas narracións creo que nos poden achegar bastante ás dificultades imaxinarias ou reais que senten os sanitarios cando están cun adolescente na consulta. Saben como cura-las doenzas físicas, dicíao moi ben un dos entrevistados: "sabemos tallar, medir, de hipertensión arterial, insuficiencia renal, pero en lo psicosocial me siento inseguro". Están adestrados para atacar, para combater coa enfermidade.

Pero ¿como serve esta formación cando o que está con nós ten a vida por diante, consideramos que non está enfermo, non nos fala ou polo menos non nos fala do que estamos afeitos a escoitar: a enfermidade, e aínda por riba pódenos dicir: "no, no, ¡A ti que te importa!" ¿Como cambiar ese enfrontamento en encontro? Aínda sen saber como, algunha vez, por casualidade refiren que ese encontro se dá, e o máis gratificante neses casos é:

¿Que é o máis gratificante da atención ó adolescente?

– Que te venga a hablar, te sonría, su sonrisa es franca.

– Si empatizas, si te ganas su confianza, te hablan en la calle, vienen aquí, te dan juventud, valores positivos, te acerca a otras etapas.

– Que vuelvan, demuestra que eres una persona de confianza a nivel profesional y humano.

– Que haya un espacio y que digan: "se enrolla bien, no me da consejos".

O que amosei non son máis que as concepcións médico-sanitarias dun grupo de profesionais dunha idade, dunha área moi delimitada, dunha clase social, e por suposto non vai cambia-lo curso da atención pediátrica, nin a apertura de novos centros específicos de atención ó adolescente, pero, si, espertou a curiosidade sobre ¿que pensará o outro?, ¿que quererán os adolescentes do sistema sanitario? Este traballo permitiume falar de maneira distinta cos profesionais sanitarios, chegar a un acordo sobre as necesidades de formación: traballar en coñece-lo que queren os adolescentes, traballa-las actitudes dos profesionais, técnica de entrevista, e non só as áreas clínicas, e serviu para recolle-lo interese dos profesionais polos adolescentes: "¡que vuelva!"

En resumo:
Fronte ó adolescente o sanitario "non sabe". Non sabe:

– porque está ante unha persoa que supostamente goza de boa saúde física, a formación universitaria e de posgrao foi moi dirixida ó biolóxico, e moi pouco ou nada ó psicosocial.
– Tampouco hai unha longa tradición na atención ó adolescente, os sanitarios da Atención Primaria descubríronos hai pouco.
– ¿Como suplen esta carencia? Aínda que resulta contradictorio, os profesionais sanitarios que a cotío teñen un discurso técnico propio vense na obriga de collelo discurso da rúa.

¿Que alternativa se ofrece?
O primeiro paso é recoñecer no Adolescente a unha persoa con valores propios e escoita-lo que está a falar.

BIBLIOGRAFÍA

BERG, Kelly; EHRVÉR, M.; ERNELHOLMS, T.; GUNDEVALL, C.; WENNERBERG, I.; WETTERGREM, L.: "Selfreporterd health status and use of medical care by 3.500 adolescents in western Swedwn" *I. Acta Pediatr. Scand* 1991; 80:837-843.

COLEMAN, J. C.: *Psicología de la adolescencia*. Madrid, Morata, 1987.

COLINO NEVOT, R.; FERNÁNDEZ BARRERO, A.; PICASSO MARTÍNEZ DE UBAGO, A.: "Utilización de la consulta de atención primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados". *Aten. Primaria* 1995; 16 (10): 34-41.

CONDE, F.; PÉREZ ANDRÉS, C.: "La Investigación cualitativa en Salud Pública". *Rev. Esp. Salud Pública* 1995; 69: 145-149.

CORNELLÁ i CANALS: "El adolescente díficil". En: *XXVI Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría*. Santiago de Compostela, 25-28 de septiembre de 1996. *An. Esp. Pediatr.* 1996; Sep. (Libro de Actas II): 347-51.

DA SILVA MARQUES, F.: "Aspectos Sociais na Adolescência". *Rev. Port. Pediatria* 1985; 16: 37-46.

DELGADO DOMÍNGUEZ, J. J.: "Necesidades de salud de los adolescentes". *Formación Médica Continuada* 1995; 2 (5): 5-6.

DOLTO, F.: *La causa de los adolescentes*. Barcelona, Seix Barral, 1990.

ERIKSON ERIK, H.: *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires, Paidós, 1968.

GRAMINDE, L.: "De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud". *Aten. Primaria* 1994; 14 (2):67-72.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS: *Censo da Poboación 1991* Galicia.

JOHNSON, R. L.: "Consultation with the specialist. Adolescent social development". *Pediatrics Rev.* 1995; 16 (4): 158-159.

LINARES GÓMEZ, V.; SERRANO VÁZQUEZ, A.; DE FRUTOS HERNANSANZ, M.ª J.; ÁLVAREZ DE MON REGO, C.; AZPLAU GARRIDO, M.; LÓPEZ DE CASTRO, F. et al.: "Motivos de Consulta en adolescentes". *Aten. Primaria* 1994; 13: 62-67.

MEAD, M.: *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona, Paidós, 1990.

NAVARRO, M.ª F.: "Trabalho com adolescentes nos centros de saúde em Portugal. Continuidade. Ambiguidade, Inovação". En: *IV Encontro Trasmontano do clínico geral. Macedo dos Cavaleiros*, 12 ao 14 de maio de 1988.

OBEDMAN, M.; ADURIZ UGARTE, S.; ALAZRAQUI, L.; GARCÍA-TORNELL, S.; HERNÁNDEZ, G.; SILBER, T. J.: "Medicina del Adolescente (I)". *Jano* 1989; 37 (874): 37-64.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1977): *Necesidad de salud de los adolescentes*. Serie de Informes Técnicos; 609.

OTERO PEDRAYO, R. (dir.): *Historia de Galicia*. Madrid, Akal, 1979.

SURÍS i GRANELL, J. C.: "Problemas de Salud del adolescente normal". En: *XXVI Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría*. Santiago de Compostela, 25-28 de septiembre de 1996. *An. Esp. Pediatr*. 1996; Sep. (Libro de Actas II): 345-6.

TAYLOR, S. J.; BOGDAM, R.: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós Ibérica, S.A., 1992.

ANÁLISE ANTROPOLÓXICA DUN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO RURAL

David Simón Lorda
Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense)

Sempre se dixo que o Espacio e o Tempo son elementos fundamentais para as análises antropolóxicas das culturas ou dos pobos. Tamén o son para a Psiquiatría e as súas Institucións Hospitalarias. Goffman, coa súa obra *Internados*, ou Barton na súa *Neurosis Institucional* deron o disparo de saída. Desde entón sempre se utilizaron o Espacio e o Tempo como elementos de denuncia ou como ferramentas para a mellora asistencial. Empezouse coa denuncia da cronicidade asilar, seguindo coas Reformas Psiquiátricas tratando de rompe-los muros do manicomio e saír ó espacio extrahospitalario acabando coa actual división dos espacios hospitalarios en Agudos, Media Estadía ou Crónicos, moi mediatizadas polos "Días de Estadía Media" dos novos marcadores do Tempo Hospitalario: os xerentes.

Sen embargo, este é o Tempo e o Espacio do discurso dos médicos, dos técnicos... Pero nos Hospitais hai outras comunidades con experiencias e vivencias distintas: os traballadores e os enfermos. Hoxe imos falar pouco dos enfermos, dos médicos ou dos traballadores desde unha abordaxe individual. Non imos contar casos clínicos de interese antropolóxico. Ímonos centrar na relación da comunidade rural co Hospital. Como pacientes ou como traballadores introducen nun Hospital todo o contorno sociocultural do cal proceden.

A gran maioría dos pacientes e dos traballadores do Hospital sobre o que hoxe falaremos proceden do rural galego, en contraposición ó estamento médico que pertence ó mundo urbano. Intentaremos centrarnos en analizar un Hospital que, aínda

que de orixes urbanas e médicas, é o paradigma dunha institución en simbiose co mundo rural que o penetra e o rodea. Ámbolos mundos, o Hospitalario-urbano e o rural necesítanse, e ambos se descoñecen e se enfrontan. Son dous mundos interdependentes. Goffman, na súa obra *Internados* dicía que: "Cada sociedad favorece formas especiales para el acercamiento y trato recíprocos de dos individuos, por ejemplo, entre pariente y pariente, o entre una casta inferior y una superior". Hoxe falaremos dalgunhas desas formas de acercamento e interdependencia a través de aspectos particulares do Tempo e o Espacio deste Hospital.

UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO RURAL

É un Hospital psiquiátrico que atende fundamentalmente a pacientes de orixe rural, que só admitía para internamento ós pacientes varóns ata hai ben pouco. É o único dispositivo público de hospitalización psiquiátrica da provincia de Ourense, a provincia interior de Galicia. Sitúase o Hospital nun monte a 8 quilómetros da cidade, unha zona apartada, sen casas ó redor, aínda que hai varias localidades na zona que o circunda. O edificio do Hospital foi concibido orixinalmente como a Leprosería do Noroeste de España. Non chegou a ser utilizado para tal fin, e antes de ser aberto como Hospital Psiquiátrico aínda estivo en proxecto abrilo como un Sanatorio Antituberculoso. Ía ben o lugar onde se asenta: lugar aireado, frío, rodeado de árbores e apartado. En fin, como pode verse, varias das clásicas enfermidades con estigma: lepra, tuberculose, loucura... que sempre se intentaron afastar pois molestaban, contaxiaban ou atemorizaban á poboación.

Foi aberto como Hospital Psiquiátrico en 1959, en terreos do Concello de Toén, unha zona rural dedicada á agricultura, próxima á cidade. A maioría dos traballadores do centro (auxiliares psiquiátricos, obreiros) foron veciños das localidades do arredor. Nas cláusulas de fundación de cesión de terreos especificábase que terían que contratar a veciños do Concello de Toén. Desde esa data, e gracias a esa cláusula, ós sindicatos e ó clientelismo típico de tódolos lugares illados, fóronse pasando os postos duns familiares a outros, e a dita proporción mantense hoxe en día. O persoal médico e de enfermería residía na cidade e, ata hai poucos anos, ninguén quedaba de garda no Hospital. Desde o mediodía e ata a mañá seguinte, o Hospital pertencía ós Auxiliares e enfermos, que convivían e traballaban xuntos nos terreos do Hospital. Tamén houbo un tempo en que residía e traballaba unha comunidade de monxas, as "Hermanas de la Orden del Huerto", nome moi apropiado como despois se verá.

A pesar das súas múltiples actividades e publicacións, o prestixioso psiquiatra Cabaleiro Goás, director de Toén durante case 20 anos, nunca mencionaba a comunidade rural que rodeaba ó Hospital. Sempre nos falou do Hospital de Toén, pero non de Toén localidade. Algo parecido ocorre na Memoria publicada sobre unha

"Experiencia de Sector en el rural gallego" realizada polo Equipo de Toén nos anos 70. Nela para nada falaban da Comunidade circundante.

Na *Gran Enciclopedia Gallega,* ó busca-la referencia de "Toén", para nada fala do Manicomio situado nos seus terreos, a pesar de se-la Industria ou Empresa máis importante do Municipio. Sen embargo, na mesma Enciclopedia o Sanatorio de Toén é considerado como un enclave da parroquia de San Pedro de Moreiras, no Concello de Toén, que ten 156 veciños, e dista 2,4 km da capital municipal. Recoñecido por uns, olvidado por moitos e tolerado polos que obteñen algo a cambio.

O Hospital consegue prestixio internacional nos anos 60 e 70, gracias ó bo facer de Cabaleiro Goás, que o dirixe desde a súa apertura ata que falece en 1977. Aínda que esta afirmación poida ser orixe de polémica, hai que dicir que en verdade a fama de Cabaleiro era más ben debida ós seus libros, conferencias e publicacións que ó tipo de asistencia intrahospitalaria que se dispensaba. Ata mediados dos 70, o enfoque terapéutico e asistencial de Toén non se diferenciaba moito doutros hospitais galegos e do resto do Estado: celas, electroshocks, inxeccións de auguarrás, só atendía a homes (as mulleres eran "deportadas" a Arévalo). En 1972, co apoio de Cabaleiro, novas xeracións de psiquiatras introducen a Sectorización e revoluciónase a Asistencia Psiquiátrica rural do momento mediante equipos que se desprazan a consultar ás cabeceiras das comarcas. Isto é parte da Historia da Psiquiatría galega e hoxe non vén ó caso, aínda que froito desa experiencia de Sectorización publicouse unha pequena Monografía, que contén importantes reflexións sobre Antropoloxía da Saúde aplicada á Asistencia Psiquiátrica Rural. Este traballo, xunto coa tese de doutoramento de Cabaleiro, que versaba sobre a Medicina Popular de Galicia, constitúen a contribución "toeniana" á Etnopsiquiatría galega. Pero iso xa se comentou noutros traballos, e hoxe non volveremos sobre o mesmo.

TOÉN MUNICIPIO – TOÉN HOSPITAL: TANTO MONTA, MONTA TANTO...

O hospital nunca tivo muros nin valos. Non fan falta, hai outras barreiras tanto ou máis eficaces. O propio illamento físico e o feito de que a gran maioría dos traballadores resida e traballe nas aldeas e campos dos arredores fai que os enfermos non cheguen moi lonxe. Hai xa unha tradición de avisar por que camiño ou aldea dos arredores buscar ó enfermo, e non é raro que como os coñecen e saben como manexalos, o entreteñan nalgunha taberna ou nun forno do lugar mentres avisan ós auxiliares (os seus conveciños) que estean no Hospital. Isto aínda que pareza difícil permitiu que o persoal das quendas sexa escaso en comparación co que faría falta nun hospital urbano situado no centro da cidade. Dalgunha forma, tal vez sen darse de conta ou tal vez sabéndoo, a comunidade de localidades do arredor evitaron que se contratase máis persoal, sobre todo celadores ou policías privados, que é unha categoría que non existe nun Hospital, e que son a base da seguridade e vixilancia na maioría dos hospitais.

Un aumento das fugas tal vez daría lugar a un excesivo aumento do cadro de persoal, máis portas pechadas, valos... que traería xente de fóra da zona, urbana, compañías privadas de seguridade. Os paisanos da zona perderían poder, familiaridade, o hospital sería menos seu, acabaríanse os pequenos "choios" e arranxos... É unha hipótese pouco probable e algo arriscada, pero non imposible.

A localidade que está máis preto do Hospital chámase Moreiras, é a máis grande do Municipio a pesar de non se-la capital do mesmo. O pan e as empanadas que se consumen no Hospital veñen de alí; os veciños utilizan para desprazarse á capital o autobús do persoal do Hospital que sobe e baixa a Ourense en cada cambio de quenda... Os bares e tabernas da localidade teñen unha clientela fixa e constante composta polos chamados Residentes do Hospital, que compran enormes cantidades de café, bebidas de cola e tabaco... Poderíase pensar que estamos ante unha integración perfecta entre os enfermos e os veciños-traballadores, sen embargo hai detalles que non nos falan de tal idilio. Así, hai pouco asistimos á negativa de tódolos traballadores-veciños do Centro a recoñecer como veciño un enfermo do Hospital, pero nacido na localidade, nun momento en que se non xustificaba ser veciño da localidade non lle subían a pensión.

É unha relación interesada polo beneficio que obteñen do Hospital, pero a cambio deste beneficio, que lles reporta seguridade en postos de traballo, proximidade, compatibilidade con outros traballos na mesma quenda... está a convivencia diaria coa loucura, á que se acostumaron e aprenderon a coñecer..., porque lles interesa. Aceptan ó louco porque é a súa fonte de traballo, porque traballa con eles ou ás veces para eles; porque son clientes-consumidores. Convén reflexionar e tratar de extrae-las estratexias de integración e de aceptación da apertura dun Manicomio en Toén. Na prensa asistimos diariamente a protestas, ás veces violentas, de localidades e comunidades que se opoñen á instalación nos seus municipios de granxas de toxicómanos ou de enfermos terminais de Sida. Hai 30-40 anos, o estigma asociado á loucura era tanto ou máis forte que o que hoxe se asocia á Sida ou á droga. Probablemente na comunidade rural foise creando un mito e unha narrativa en torno á loucura, moi mediatizada pola visión que o "coidador-aldeán-veciño" tiña do louco.

ALGÚNS TESTEMUÑOS

Gonzalo, veciño de Moreiras, traballa como conserxe nun Hospital desde que se abriu. Cóntanos que ó principio os veciños do lugar lle tiñan moito respecto ó hospital. Era un Manicomio. Nunca subían co gando cerca do edificio a pesar de que llelo permitía a Dirección do Hospital, e de que a zona fora un monte comunal que a xente utilizaba para estes labores. Imperaba o medo ó louco... Hoxe en día, os veciños chámanlles "os enfermos" e o Manicomio é visto como un Hospi-

tal para enfermos mentais coa mesma categoría que un Hospital xeral. O informante refírese ó centro como o Sanatorio, e opina que foi bo para a localidade porque evitou que a xente marchase á cidade ou a Suíza nos anos da emigración... Dinos que un 90% das casas da localidade ten algún membro que traballa ou traballou no Sanatorio. Tamén hai veciños da localidade que tiveron que ser ingresados. Non queren falar moito diso, din que "foi necesario", que "calquera persoa nun momento dado pode poñerse mal e ter que estar uns días aquí". Probablemente estes internamentos de veciños da localidade nun Hospital supuxeron unha auténtica ruptura no mito ou as narrativas da comunidade rural de Moreiras en torno ó Hospital e á loucura. Desde hai anos, Gonzalo invita merendar á súa casa algún enfermo que coñece ben. Di que así saen do Hospital e de paso axúdanlle a poda-las cepas ou as árbores froiteiras. Non é que queira que lle axuden no traballo manual. Busca experiencia aldeá, consellos de "vello": "aínda que levan anos aquí, saben ben destas cousas". Ás veces dálles diñeiro, aínda que di que é algo simbólico, pois moitas veces non fan nada. Cóntame que hai outros compañeiros "coidadores-aldeáns-veciños" que lles piden tamén consellos a algúns enfermos para elabora-lo viño da casa.

Juan, auxiliar psiquiátrico, tamén está no Hospital desde que se abriu. Antes de ser Auxiliar traballou nun circo, no cal tamén traballaron moitos dos seus compañeiros e veciños. Mantense no mesmo discurso que Gonzalo, aínda que matizando que os enfermos son persoas imprevisibles, son folgazáns, e que nunca hai que perdelos de vista. Nas súas palabras hai unha certa nostalxia dos tempos en que os auxiliares tiñan que enfrontarse a soas cos loucos axitados e furiosos que ingresaban polas tardes cando non había médicos, utilizando celas para conter ós enfermos. Tanto Juan como Gonzalo afirman que na historia de Moreiras só se recorda un roubo con desfeitas nunha ocasión hai anos. Non coñecen agresións graves, ataques sexuais ou incendios na localidade, aínda que saben que en canto escapaban determinados enfermos, empezaban incendios polos arredores.

Sempre se dixo que "el loco es por definición un ser capaz de violar los principios y reglas de la moral sexual,... y por ello durante años se mantuvo una estricta separación de sexos en los Hospitales Manicomiales, negando con ello la libertad sexual" (García, 1979:16, 128). En Toén non hubo mulleres ingresadas ata o ano 1982, xa en plena etapa de liberdade democrática. Sen embargo, aínda hoxe en día se mantén a separación de sexos, e as mulleres ingresadas gozan de menor liberdade cós homes. A sala de mulleres é a única sala do Hospital que permanece pechada durante todo o día. Foi obxecto de moitos debates no equipo médico, pero o sentir xeral dos traballadores é que mellor están encerradas que circulando polos corredores e campos do Hospital. O tabú das violacións, etc. probablemente funciona en tódolos estamentos, pero moito máis no dos traballadores-veciños debido á implicación profunda na Comunidade rural próxima nun traballo diario do Hospital. O equipo médico decidiu non abri-las portas da sala de mulleres ata

que a unidade de internamento de agudos se traslade á cidade, dentro duns meses. Funciona o mito da modernidade e a cidade como lugar de liberdade, de fusión cultural, de anonimato... pero tamén de perdición (Pidolle e Cremmel, 1994).

Juana traballa no hospital como auxiliar de clínica, aínda que tamén traballou na cociña por tempadas. Vive nunha pequena aldea próxima ó hospital chamada Trelle. Ten unha filla que vive en Ourense, auxiliar de clínica e que este verán traballou facendo substitucións nun Hospital. Non quería que traballase aquí porque haihospitais mellores na cidade, pero falloulle o contacto para apuntarse na lista de substitucións "boa", a que valía, que era a do político de sempre, e non a lista "oficial" do Hospital da cidade. Ó preguntarlle se cre que debería permitirse saír libremente ás enfermas, retráese e di que están mellor así, pero que se os médicos se responsabilizan do que poida pasar, pois que se faga. Opina que cando os enfermos crónicos baixan a Ourense polas tardes, van gasta-lo diñeiro nos prostíbulos e de bares... e que volverán bebidos e eufóricos... e que é unha pena que o fagan co "tranquilos e ben que están nos terreos do Sanatorio". Parece que estamos nun discurso ou nun rexistro moral, pero recordemos que ese foi o rexistro e o discurso que mantivo a psiquiatría e a medicina durante os séculos XVII e XIX: afirmábase a nocividade do medio urbano, e había unanimidade en acordar que "una campiña solitaria, con terrenos cultivables, hermosos paisajes, aire puro que invite a pasear, engendran una sana fatiga y disponen al reposo del alma" (Scipion Pinel, 1836, citado en Donzelot, 1970:44-46).

Somos conscientes de que a información que estas persoas proporcionan acerca das súas experiencias e valores varían en función das súas propias traxectorias biográficas. "No obstante los individuos de un grupo social comparten tradiciones heredadas, vivencias, prácticas y representaciones simbólicas que forman parte de su condición de existencia. Cuando los diferentes individuos entrevistados poseen una común posición social específica tienden a presentar un corpus discursivo,... un conjunto de enunciados carateriza dos por un cierto nivel de cohesión y de dispersión, denso y rico en matices..." (Álvarez Uría, 1992:179-180). A cultura campesiña é unha cultura oral, e mediante a narración das súas vivencias, e dentro da desorde das súas achegas, van compoñendo unha historia aberta a sucesivas actualizacións. É como toda narración, unha posta de sentido. Nela "es la forma de la narración lo que da sentido a los hechos que de otro modo serían sólo señales en el calendario" (tomado de Artuch).

DA MATANZA DO PORCO E ALGUNHAS COUSAS MÁIS

Toén foi un Hospital con poucos pacientes ingresados, entre 150-200, aínda que hubo anos que se chegou a 350. Gracias a iso, as condicións de alimentación e nutrición dos enfermos non eran malas, e nunca houbo problemas de fame. Isto é algo moi importante, pois neses anos as mortes por malnutrición e por tubercu-

lose (derivado do anterior) non eran raras noutros Manicomios galegos como Conxo (tiñan 1500 enfermos para tres ou catro médicos). Pero non é esta a única explicación. Sempre se dixo que a verdadeira Historia dos Manicomios está por escribir ata que non se inclúa nela un elemento clave na mesma: o traballo e o poder dos administradores destes hospitais. En Toén isto foi fundamental ata hai ben poucos anos. Como bo maragato que era, entendido en tratos e comercios, o Sr. Administrador de Toén desde os seus inicios ata que se xubilou hai pouco, organizou unha horta e unha impresionante granxa de porcos nos terreos do Hospital. Eran 300 porcos e aínda hai quen recorda os seus berros que ás veces impedían dormir, pero sobre todo evitaron a fame e a desnutrición derivada do escaso presuposto do Hospital nos anos difíciles. Volveremos sobre os porcos dentro dun momento. O Hospital de Toén está rodeado dun gran terreo, no cal non era inusual que ó mesmo tempo que os enfermos deambulaban ou dormían a sesta polos prados, pastasen as vacas e ovellas do persoal que estaba de quenda, o cal ó remata-lo seu traballo intrahospitalario se retiraba ó seu domicilio conducindo o seu gando á aldea veciña.

Aínda que non chegou a ser unha colonia agrícola como ocorreu noutros hospitais do Estado, foi importante o traballo productivo na horta e na granxa. Moitos traballadores identifican a época de grandeza e fama do hospital cos anos dos 300 porcos e os campos cultivados. Os enfermos traballaban e pagábaselles unha cantidade simbólica, e o cadro de obreiros agrícolas era importante. Co paso dos anos abandonáronse os campos e a granxa. Había máis presuposto no Hospital, pero aquí tiveron moita importancia dous elementos clave e con importante simbolismo no discurso e a praxe médica actual: as pensións dos enfermos e o colesterol.

Coas melloras asistenciais e de seguridade social introducidas cos anos, a gran maioría dos enfermos crónicos deixaron de traballar en campos e talleres. ¿Para que ían traballar se agora xa cobraban unha pensión? Abandonáronse os campos, os porcos, e o persoal agrario reconverteuse en auxiliar. Moitos dos auxiliares veteranos, que coñeceron os famosos tempos de grandeza e prestixio, identifican a inactividade agrícola actual cunha deterioración asistencial, pois os enfermos non realizan traballo manual e moitos dos traballadores limítanse a vixiar ós enfermos: "Houbo tempos mellores".

Co peche da granxa perdeuse tamén un dos rituais que, de por si, entraña multitude de referentes no mundo rural en xeral, sobre todo en Galicia: a matanza do porco. Na cultura popular galega os porcos sempre foron o soporte simbólico da presencia dos do outro mundo dentro do espacio doméstico, son animais especiais, que están do lado das cousas ocultas (Mandianes)...

Neste Hospital de Toén este cruzamento de simboloxía e discursos da matanza do porco complícase un pouco máis: é un ritual masculino nun hospital só para homes e é un ritual de sacrificio polisémico.

A matanza era ademais unha das celebracións principais do ano para os coida-

dores e para os enfermos. Este e outros acontecementos rompían o ritmo longo e monótono do asilo-lugar manicomial. Un ritmo agrícola, cíclico, case cósmico: "as necesidades da adaptación ó mundo rural entrañan, a nivel da existencia de cada día, referencias non cotiás, senón anuais. Na cidade, o ritmo é máis diario" (Thobie, 1986). "La modernidad implica una concepcion lineal del tiempo frente a la concepción cíclica de la tradición" (San Martín, 1995). As festas das localidades do arredor ás que acudían moitos enfermos (con permiso ou sen el), ou as visitas do coro da localidade de Moreiras para cantar na capela do Hospital foron festas anuais, auténticos rituais cíclicos de intercambio entre os enfermos e a comunidade rural veciña. A estes rituais de intercambio engadiríase un elemento, case cíclico pero pertencente á modernidade, e aínda non analizado en tódalas súas dimensións: as eleccións democráticas municipais. Moitos dos enfermos crónicos están censados no Municipio, e os seus votos poden ser decisivos para a configuración do poder municipal. Nas últimas eleccións houbo grandes tensións entre "coidadores-veciños-candidatos electorais" derivadas de prácticas pouco claras, segundo alguns, no día das votacións e na campaña electoral.

Na matanza todos compartían e celebraban eses días, mesmo aparecían os médicos polas tardes, algo inhabitual. Na cultura rural galega unha das características destes días que Mandianes denomina como "fuertes": magosto, matanza, entroido..., é a circulación, o intercambio entre os dous aspectos do mundo, o visible e o oculto, entre os diferentes grupos aldeáns, entre sexos e entre xentes de diferentes aldeas... Ou entre xentes de culturas diferentes. A comunidade rural galega nas súas dimensións doméstica, aldeá e parroquial está composta polos vivos deste e os do outro mundo. As dúas dimensións do mundo son paralelas e hai intercambios continuos entre elas. Os encontros entre os deste mundo e os do outro son rituais. Este ritual de matanza de Toén permitía o encontro das dúas culturas ou mundos que coexistían paralelamente dentro do Hospital: rural (o dos pacientes e o dos traballadores) e urbano (o dos médicos), actuando en ocasións como un elemento de regulación social igual que ocorría no mundo aldeán durante celebracións coma o entroido.

Os médicos urbanos non só ían participar da festa e o espectáculo, senón que tiñan ademais intereses. Moitos dos médicos cebaban o "seu" porco na granxa do Hospital rural durante todo o ano, que se sacrificaba neste San Martiño particular. Nas comidas do Hospital comíanse chourizos e xamóns durante todo o ano, e aquí o dito de que "o porco da casa non ten colesterol" non se cumpriu. Os enfermos estaban gordísimos e tiñan o colesterol polas nubes. Os médicos prohibiron as matanzas e ó pouco tempo pechouse a granxa.

NOVOS TEMPOS, NOVOS ESPACIOS

Quedarían moitos outros aspectos por analizar e traer a aquí, pero a través des-

tas pinceladas, aínda caendo adrede nunha caricaturización, podemos observar estratexias de integración e enfrontamento de dous mundos que conviven e coexisten en moito máis que no Espacio e no Tempo. Falamos antes da cosmovisión rural e a urbana; dun hospital como Institución Sanitaria do Estado nun proceso de simbiose cunha comunidade rural, que o rodea fisicamente e que o penetra de moitas formas.

Nos meses vindeiros comezarase un proceso de Reforma Psiquiátrica no Hospital, que vai ocasionar que un certo número de camas se eliminen e se trasladen a un Hospital Xeral no centro da cidade próxima. Os traballadores-veciños opóñense ó cambio. Saen a reluci-los mitos de que é un lugar tranquilo e de repouso para os enfermos, que é un sitio máis discreto, que a calidade de vida é mellor para os enfermos porque están na natureza e poden toma-lo sol e o aire. Case reivindican o tratamento moral de hai un século. Non nos debería parecer raro pois na Rehabilitación dos pacientes psiquiátricos crónicos de finais do século XX pisa forte a Psicoeducación, e aínda que non é o lugar para discutilo aquí, estamos de novo nun terreo do tratamento moral.

É difícil aventurar que é o que vai ocorrer con esta simbiose que aquí tratamos de expoñer. Creo que esta "urbanización" futura invertirá definitivamente este equilibrio. Bastantes facetas da vida aldeá e pola súa vez da vida hospitalaria veranse afectadas sensiblemente. Non creo que se cheguen a eliminar definitivamente tódalas camas do Hospital. Tal vez porque as Autoridades Sanitarias non queiran construír máis hospitais, pero creo que vai máis na liña do que dicía Grimson (1971:24): "cuanto más destinada la institución a su propia conservación, más se retarda el eventual retorno del paciente a la sociedad".

Intentamos descender desde a Mirada Psiquiátrica, Fenomenolóxica, achegada por Cabaleiro e seguidores, a unha Mirada Semiótica Moderna, a un lugar diferente para o entrevistador, un lugar máis humano. Tratamos de Reconstruír outra Historia menos Clínica, pero más sociocultural.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ URÍA, F. (1992): "Medicina Rural: el Marco y los límites de una relación de reparación". En HUERTAS, R. e CAMPOS, R. (eds.) (1992): *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX).* Madrid, Ed. Fundación de Investigacións Marxistas.

DONZELOT, J. (1970): "Espacio cerrado, trabajo y moralización". En FOUCAULT e outros (1991): *Espacios de poder.* Colección Genealogía del Poder. Madrid, Ed. La Piqueta.

GRAN ENCICLOPEDIA GALLEGA: Voz "Toén" e voz "Sanatorio".

GARCÍA, R. (1979): *Abajo la autoridad. Ciencia, manicomio, muerte.* Barcelona, Ed. Anagrama.

GOFFMAN, E. (1961): *Internados.* Ed. Amorrortu. (Edición 1988).

GRIMSON, W. R. (1971): *Sociedad de locos. Experiencia y violencia en un Hospital Psiquiátrico.* Bos Aires, Ed. Nueva Visión.

MANDIANES, M. (1984): *Loureses.* Vigo, Ed. Galaxia.

PIDOLLE, A. e CREMMEL, A. (1994): "Le Psychiatre aux champs". *L'Évolution Psychiatrique.* 59, 3, pp. 413-419.

SAN MARTÍN, J. (1995): *Antropología y Filosofía.* Madrid, Ed. Verbo Divino, p. 229.

THOBIE, Y. (1988): "Psychiatrie rurale ou sociopsychiatrie". *Soins Psychiatrie.* N.º 96, outubro.

A medicina popular foi, e é, un tema abordado continuamente nos estudios de Antropoloxía e folclore xa dende o século XIX. Pero nos últimos decenios, coincidindo co desenvolvemento da Antropoloxía Aplicada, as prácticas curativas están sendo analizadas dentro do amplo marco da chamada Antropoloxía da Saúde. Desta maneira o saber antropolóxico intenta achegar solucións a un tema tan importante como é o da saúde dos homes, a súa conservación ou a súa restitución. Sobre estes asuntos versan os escritos recollidos neste libro, froito dun dos simposios anuais que vén realizando a Ponencia de Antropoloxía Cultural do Consello da Cultura Galega.

MEDICINA POPULAR E ATROPOLOXÍA DA SAÚDE

O simposio, ademais, foi un marco axeitado para render unha sinxela e sentida homenaxe ó eminente etnógrafo galego D. Antonio Fraguas do que se dá tamén conta nesta publicación.

ISBN 84-87172-19-9

9 788487 172199