

CAPÍTULO 1

EL CURANDERISMO ¿ES UNA SUPERCHERÍA?

Pedro Gómez García

La enfermedad y su curación, aspectos incidentales de la salud, pertenecen al ámbito de la vida y están en contraposición al ámbito de la muerte. La práctica medicinal ha tenido siempre como objetivo prevenir la muerte y su pródromo, la enfermedad, y preservar la vida, salvaguardando o restituyendo la salud. Pero el modo de practicar y concebir la medicina presenta una enorme variedad en las diferentes épocas, sociedades, culturas y capas sociales, como atestiguan las monografías de antropología médica, la historia de la medicina y el trabajo de campo en nuestro propio entorno sociocultural. La ortodoxia de la medicina que suele denominarse oficial, institucional o científica, con su paradigma mecanicista y biólogo, dista mucho de ser ni la única socialmente consolidada, ni el único camino seguro para la sanación, ni el único saber epistemológicamente bien fundado.

Algo aparentemente tan simple como qué es estar sano o enfermo, o cómo procurar remedio a la enfermedad, depende hasta tal punto de la modelación cultural que una mala comprensión de estos condicionamientos culturales llega a entorpecer de hecho el logro de la salud. Si tenemos en cuenta la persistencia y hasta el auge de la etnomedicina y el curanderismo en sus diversas formas, no sólo en los países pobres, sino en el mundo industrializado, tanto en zonas rurales como en urbanas, cobra sentido interrogarnos por las concepciones y las prácticas relativas a la enfermedad y la curación, tal como las sustentan los protagonistas de la terapéutica popular, y tal como son analizadas, interpretadas o explicadas por antropólogos que se han ocupado del tema. Pensar de antemano, y como un dogma supuestamente científico, que el asunto del curanderismo constituye sólo un residuo de primitivismo e ignorancia, cuando no un fraude perseguible, sólo pone de manifiesto el prejuicio de quien, tomando la parte por el todo, liquida expeditivamente lo que ignora, haciendo gala de sus propias supersticiones.

En el conjunto del mundo, la humanidad doliente a la que todos pertenecemos confía, de hecho, sus problemas de salud, hoy como ayer, más a la virtud de la curandería y otras formas de medicina popular que no al cuidado de la medicina científica. Este hecho no se debe sólo al peso demográfico de las regiones pobres del planeta. El curanderismo y otras variedades extraoficiales de medicina están incrementando su vigencia también en los países más desarrollados, pese al poder excluyente del colegio médico y del sistema tecnosanitario. En España, el auge es evidente (al menos un 15 por ciento de la población han sido atendidos por curanderos) y el tema ha salido a colación en los mentideros públicos de televisión y radio.

El curanderismo es la manifestación más importante y universal de la etnomedicina o medicina popular, cuyo estudio constituye una rama de la antropología de la medicina, la cual se ocupa igualmente de la epidemiología, la biomedicina científica, la relación entre biología y cultura en la enfermedad, y los sistemas sanitarios y su evolución¹.

La investigación de la enfermedad y sus remedios, de las afecciones relativas a la salud, son

¹Una buena reseña histórica de estas investigaciones, en «Introducción al campo de la antropología médica», por Jesús M. de Miguel (M. Kenny y J. M. de Miguel 1980: 11-40).

el objeto de la *antropología de la medicina*. Esta denominación me parece preferible a la de «antropología de la salud». Pues el campo de la salud es mucho más amplio que el de la medicina, circunscrita estrictamente a la recuperación de la salud perdida y, a lo sumo, a la prevención de la pérdida de la salud, objetivo en el que sólo impropia o limitadamente cabe hablar de medicina. En efecto, la preocupación o el cuidado por conservar la salud, en múltiples aspectos de la vida, no puede encerrarse sin violencia y sin metáfora dentro de la «medicina preventiva», fuera de la cual caen sin duda, en lo que tienen de saludable, por ejemplo, el estilo de vida, el ejercicio corporal, el yoga, el arte culinario. las relaciones amistosas y el contacto con la naturaleza. «No necesitan médico los sanos, sino los enfermos», decía el evangelio. No hay razón convincente para medicalizar la salud, lo que llevaría consigo el abuso de medicalizar la vida entera.

En este capítulo, trataré de examinar las formas que ofrece la institución del curanderismo entre nosotros, como exponente y variante de su universal presencia, esbozando el análisis de sus creencias y prácticas rituales, en contraste con la concepción usual de la ortodoxia médica, con el fin de aproximarnos a teorías que nos permitan explicar e interpretar el fenómeno.

Los humanos estamos expuestos por nuestra condición a padecer toda clase de males, dolores, molestias, traumas, heridas. También aprendemos a defendernos de ellos, a contrarrestarlos y recobrar un estado saludable. ¿Cómo concebimos la enfermedad, su profilaxis y su terapia? Sin duda habrá algunas pautas genéricas; pero lo cierto es que cada cultura y cada época reacomoda el catálogo de los padecimientos y su tratamiento. Además, a lo largo del tiempo, se van acumulando sedimentos de épocas y culturas, o recombinándose su legado en un balance siempre inestable.

1. El curanderismo, realidad cotidiana entre nosotros

En nuestros días, el curanderismo está bien asentado en España (Rodríguez 1992; Kenny y de Miguel 1980; Carril 1991) y en Andalucía. Encontramos múltiples tipos de curanderos², tan dispares entre sí que llega a parecer incoherente agruparlos todos dentro de la misma categoría. Quizá su coincidencia resulte sólo de que todos se contraponen a otras tipologías de terapeutas. En líneas generales, por un lado, lindan con los médicos facultativos; por otro, atendiendo a su carácter tradicional y otros rasgos determinables, se demarcan de toda una sarta de ocultistas, adivinos y terapeutas alternativos. No obstante, la diversidad entre curanderos sería análoga a la existente entre las especialidades médicas profesionales. Con independencia de los métodos curativos, la observación nos lleva a establecer una clasificación entre curanderos *mayores* y *menores*. Los primeros son verdaderos curalotodo, consagrados de por vida a curar, entre cuyos más eminentes representantes están los llamados «santos» y los «sabios»; suelen tener un ámbito de irradiación más general. Los menores, en cambio, abarcan una gama amplia y dispersa, son menos conocidos fuera de su entorno local, atienden sólo algunas dolencias (huesos, o mal de ojo, o culebrinas), cuando eventualmente acuden a ellos. Entre los curanderos mayores abundan menos las mujeres, sin duda porque han tenido menos libertad para dedicarse enteramente.

² Isidoro de Sevilla, en sus *Etimologías*, reseña diversos tipos de adivinos y curadores, que interpreta conectados con los demonios: magos, nigromantes, hidromantes, encantadores, ariolos, arúspices, augures, pitonisas, astrólogos, genetliacos, horóscopos, sortilegos, salisatores (1982, I: 714-717). A lo largo del tiempo los tipos no han cesado de reconfigurarse: herbolarios, componedores de huesos, saludadores, ensalmadores, santiguadores, imponedores de manos, remediadores, masajistas, videntes, parapsicólogo... Hoy, el moderno curanderismo urbano presenta una tipología cambiante: el tradicional con su don de durar, el pseudocientífico o paracientífico, y el esotérico, ocultista o parapsicológico (Pepe Rodríguez 1992: 40).

El estudio de campo realizado se extendió a numerosos casos de curanderos actuales (cincuenta y tantos) de la provincia de Granada, y a varios de las provincias de Jaén, Almería y Málaga. Como mínimo botón de muestra, aludo a continuación cuatro casos, escogidos al azar, omitiendo nombres y localización exacta, con intención de respetar la intimidad de los que la piden y evitar la publicidad de los que la quisieran.

Curandera A. En una villa de unos diez mil habitantes, en el Valle del Almanzora (Almería), una mujer de cincuenta años, cuando tenía quince, aprendió de su abuela, que era curandera, oraciones milagrosas y otras prácticas. Desde los diecinueve empezó a aplicarlo, en nombre de las tres Personas de la Santísima Trinidad, curando «como lo hacía Jesús». Una noche, mientras rezaba el rosario vio una iluminación donde estaba Jesús en la cruz; otras veces ha escuchado voces que le decían lo que debía hacer, o ha sentido éxtasis. Su misión es ayudar a todo el que lo necesita y vencer el mal que hay en el mundo. En su consulta se observa un cuadro de la Virgen del Saliente, patrona del pueblo, una estampa con el rostro de Jesús crucificado y el Corazón de Jesús, y un cuadrito de la Inmaculada. Atiende a enfermos de huesos, reuma, verrugas, culebrinas, nervios, mal de ojo. Conforme a las creencias populares, atribuye el origen de la enfermedad a causas míticas o sobrenaturales, sobre todo esas enfermedades que «los médicos no saben curar» y que requieren la virtud del curandero, concedida por la gracia divina o transmitida por un familiar. Para ella, la enfermedad supone una alteración, localizada o no, de todo el equilibrio orgánico, que debe atacarse con visión global del cuerpo humano, si bien con especial atención a la zona enferma. Por ejemplo, contra el mal de ojo (que se da pese a los amuletos que lleva la gente para protegerse) y contra el herpes, hace cierto rito trazando cruces mientras reza la oración indicada. Impone las manos en la parte dolorida, de modo que con su energía positiva transforma la energía negativa que produce el dolor. También, según el caso, manda infusiones de plantas, da masajes con alcohol de romero, utiliza saliva, manteca o algún fármaco especial; o reza sobre un manojito de pelo del paciente. Los que han sanado le regalan a veces imágenes de santos.

Curandera B. En la provincia de Jaén, en una ciudad de unos veinte mil habitantes, cercana a la Sierra de Jabalcuz, ejercen varios curanderos, entre ellos una señora de cuarenta y nueve años. De humilde familia, desde niña tuvo que trabajar duramente. Aprendió a curar erisipela y pupas de su abuelo, que además trataba rotura de huesos, calvicie y úlceras. Más tarde conoció a una anciana curandera que la inició en la curación del mal de ojo y le hizo caer en la cuenta de que poseía un don natural. En su casa no se observan esculturas ni cuadros de santos. El mal de ojo es «resultado de mucho querer o de mal querer». Para prevenirlo es necesario llevar la cruz de Caravaca o una higa; para librarse de él hay que acudir al curandero, que interpreta los síntomas y realiza una prueba para saber si existe: Toma un vaso de agua y, con el dedo corazón, introduce en él una gota de aceite; si ésta queda en la superficie, el individuo no tiene mal de ojo; si por el contrario la gota se disuelve y desaparece, está enfermo. Como cada viernes se agrava el mal, es preciso empezar la cura cuanto antes. Para hacerlo, reza una oración secreta durante un número impar de días, y sigue orando hasta que la persona se ve sana. Cuando el mal es muy intenso, hay que acudir a tres curanderos que crucen sus oraciones y tengan efecto. Se averigua si el paciente progresa llevando a cabo otra prueba: Se le pesa y se toma igual peso de mata de torvisco, que se pone en la ventana; si las matas se secan, el individuo sanará; si florecen, morirá. Esta curandera puede curar a distancia, por medio de una simple llamada telefónica, sólo con darle el nombre y apellidos del paciente.

Curandero C. Un joven curandero ha adquirido en poco tiempo gran renombre en una ciudad de veinte mil habitantes, situada en la autovía que va de Granada a Murcia. Desde chiquillo le pasaban cosas extrañas. A los seis años tuvo la primera visión: Jesús, envuelto en luz, con llagas en las manos. A los once, estando enfermo del corazón, se le apareció el Señor para curarlo y le

dijo: «Lo mismo que yo te curo a ti, cura tú a los demás». También se le apareció la Virgen, según cuenta él mismo: «La ventana se abrió de par en par y entraron como cuatro ángeles, como una luz con una cara, pero una cara transparente. No lo puedo explicar con palabras. Y en mitad de esos ángeles, una golondrina blanca, y se transformó en la mujer más guapa que he visto en mi vida; iba de blanco, con unas cintas azules en la cintura, descalza y con una rosa amarilla en cada pie; llevaba el pelo rizado, castaño, por la cintura; los ojos verdes y un tul hacia atrás, del mismo color que las cintas de la cintura. Entonces dijo: “Soy María de Nazaret. Y para que no tengas dudas, te enseño las divinas llagas que llevo en mi corazón”. Sacó un corazón con una corona de espinas y dijo: “¿Ves el corazón, cuántas espinas tiene? Pues son los sufrimientos que tengo yo por el mundo. ¿Tu aceptas lo que el Señor te manda?” Yo dije: “El Señor que me ha dado la vida que haga conmigo lo que quiera”. Y dijo: “Pues cura. Curarás por obra y gracia del Espíritu Santo, no tengas miedo y no dudes, que de día y noche a tu lado siempre estaré”.» A partir de los diecisiete años se dedicó por entero a curar. Ha renunciado a casarse, porque el Señor le reveló que, si lo hiciera, uno de los dos moriría. Tiene frecuentes visiones y apariciones. Junto al consultorio tiene una cámara con la imagen de la Virgen de la Soledad. Atiende todas las dolencias, hasta la fibrosis pulmonar, la cirrosis, el cáncer de pulmón y de hígado. Atribuye la enfermedad a lo mal que está el mundo y a la contaminación de la naturaleza y los alimentos. Ayuda a todo el mundo, obrando incluso milagros, aunque no todo se puede curar, pues cuando Dios llama a uno no hay nada que hacer. Piensa que no es él quien cura, ni tampoco la energía, sino el poder de Dios por medio de él. Para curar viste un hábito morado, como «purificador» que impide que se le traspasen los males expulsados de los enfermos. Su método es la imposición de manos y con la mirada, mientras charla afablemente con el enfermo, notando calor y a veces una «masa de luz». En esos momentos no hace oraciones ni ritos. Se considera vidente, pero excluye toda brujería. Puede curar a distancia, llevándole fotos o prendas de vestir de la persona enferma. Afirma que se dan curaciones milagrosas en creyentes y en incrédulos. Al margen de la consulta, se venden medallas de la Virgen con el curandero en el envés, y sal bendita para protegerse del mal. Con un grupo de clientes agradecidos ha promovido una especie de comunidad de carácter religioso popular y un tanto iluminados. Además ha construido en las afueras una ermita («para sanar almas»), adonde acude los fines de semana en compañía de sus más devotos y adonde van en romería a principios de agosto. Todo esto lo ha enfrentado a la jerarquía de la iglesia católica.

Curandero D. Entre los más famosos, hay un «santo» en el anejo de un pueblecito de poco más de mil habitantes, a veintitantos kilómetros de Granada capital, nacido en 1937. A los catorce años se le apareció la Virgen llena de blancura y belleza; con poco más de veinte años comenzó a ir curando por pueblos de Granada y sur de Jaén, dedicándose «exclusivamente al servicio de la humanidad». Hace más de quince años que ya no sale, sino que la gente va al monte donde vive; allí, estando él mismo enfermo crónico (porque la Virgen así lo permite), obra prodigios en su choza de anacoreta. Su poder no es heredado ni enseñado, sino un don de Dios. Él es como la «mano de Dios». No sabe leer ni escribir, sino sólo firmar. Su modelo es, en sus propias palabras, la historia de Jesús. Su vida está llena con Dios y el cariño de los pacientes. Reza fervientemente. Intenta curar todos los males físicos, psíquicos y espirituales, sin que se le resista leucemia, cáncer o parálisis. Dialoga espontáneamente, en su lenguaje popular y con gran sentido común, con los que acuden, les aconseja. Adivina el pensamiento. Se coloca en los dedos anillos y en las muñecas relojes de la gente, que luego devolverá «cargados» de virtud o buena suerte. A veces impone sus manos al enfermo. Receta mucho medicamentos de la farmacia y vitaminas, y también remedios de yerbas, aceite para unturas, o indica una dieta precisa. En unas estancias contiguas le acompañan permanentemente pacientes y seguidores que viven allí días, o temporadas, algunos llevan años; unas mujeres preparan comidas comunales, dos veces

al día, para todos los que esperan. Muchos se llevan agua, que creen milagrosa, de una fuente que allí mismo mana. Los agradecidos le llevan productos alimenticios, que se amontonan, y regalan imágenes de santos, que se acumulan. Él se niega a tocar dinero con sus manos. Dicen que los males que salen de las personas al curarse van a parar a los numerosos gatos y perros que campan por aquel paraje, seguramente al olor de la comida.

Tras llevar a cabo detenidamente un estudio comparativo de los perfiles que presentan los distintos curanderos de la región, se descubre una serie de rasgos característicos recurrentes, manifiestos en su mentalidad y en su arte práctico (que seguramente serán muy similares en otras regiones de nuestro entorno español). Los resumo a continuación:

1. Esta forma de curanderismo *excluye la brujería* (uso de poderes mágicos para hacer daño, causando infortunio, enfermedad o muerte), aunque algunos curanderos confiesan que podrían hacerlo, pero que les está prohibido, y si lo hicieran quizá perderían su virtud. De ahí que el demonio aparezca más bien marginado. Brujos y brujas, si no han desaparecido del todo, se han aislado del curandero; de ellos apenas quedan historias (cuentan que las brujas del Valle de Lecrín se congregaban otrora en el tajo de la Cruz, cercano a Lanjarón, donde actualmente se yergue una ermita y una gran cruz). Los curanderos, en Andalucía al menos, dicen dedicarse sólo a hacer el bien a los demás, dentro de un marco de referencia claramente cristiano; insisten en que no son brujos ni hacen magia (un curandero hacía hincapié en cómo su conjuro contra el mal de ojo no es brujería ni cosa del diablo, porque invoca a Dios y la Santísima Trinidad); de hecho inspiran confianza y no temor. En esto difiere este «chamanismo cristianizado» respecto al chamán o hechicero³, capaz de provocar tanto el bien como el mal, por cuenta propia o por encargo.

2. La medicina popular se muestra íntimamente *vinculada con manifestaciones de la religión popular* católica, lo que refuerza y quizá explica la polarización en hacer el bien, curar y ayudar, evitando hacer el mal y eliminando lo brujesco. Proliferan las imágenes de santos, la Virgen y Cristo, los rezos y otras paraliturgias o devociones, sobre todo cuando se da lo que he llamado una comunidad terapéutica (que así adquiere cierto aire de comunidad cristiana).

3. El curandero se pone en *comunicación con otros niveles de realidad*, donde entra en contacto con seres superiores o sobrenaturales, identificados como dios, el espíritu santo, Jesucristo, la Virgen, los santos, los difuntos, otros espíritus o potencias preternaturales y naturales. Son aliados eficientes. De ellos recibe información (clarividencia, apariciones...). Y de ellos obtiene fuerza, poder, virtud, gracia, espíritu, energía, para poder curar.

4. En la persona del curandero concurre un *carisma* (don especial), innato o adquirido por medio de una experiencia excepcional⁴, iniciática, a veces mística, de la que se sigue una irresistible vocación para curar al prójimo. La personalidad del curandero ofrece un perfil muy variable, pero es siempre singular e impregnada de compasión, de una sutil sensibilidad ante el dolor ajeno, junto a unas inusuales dotes de persuasión que crecen al compás del prestigio alcanzado.

5. El *nivel de integración sociocultural* propio del curandero está basado no en la ocupación de ningún cargo, sino en el rango personal adquirido socialmente por el reconocimiento directo

³ En Brasil y otros lugares de América Latina, las tradiciones chamánicas derivaron hacia un sincretismo ecléctico con la religión cristiana, por lo que a veces se encuentran a medio camino entre curanderismo y brujería.

⁴ Mircea Eliade sostiene que el elemento específico del chamanismo es el éxtasis, mediante el cual el chamán, como especialista en lo sagrado, emprende viajes cósmicos fuera del cuerpo, al cielo o al infierno. Los curanderos sólo unos pocos, y no siempre, actúan en trance. Sin embargo parece que nunca les falta, al menos en los momentos iniciales de su carrera, una experiencia fuera de lo normal y una comunicación con la realidad profunda o sobrenatural, con visiones, apariciones y éxtasis que vienen a ocupar el lugar del «viaje» cósmico.

de sus clientes. Todo depende del *prestigio* conseguido por sus éxitos terapéuticos, que tanto puede llegar a darle fama legendaria como a sumirlo en el olvido.

6. Es de enorme importancia la *relación personal* con los pacientes, de virtualidad carismática y terapéutica, que provoca en muchos un sutil cambio interior, auspiciador de la curación. Esta relación resulta más familiar que burocrática, más tocada de calor humano que de frialdad técnica.

7. En el tratamiento del enfermo se aplican ya conocimientos tradicionales empíricamente eficaces, ya ritos mágicos, ya ceremonias religiosas, o bien todos estos procedimientos de consuno. No es la clase de *medios y remedios* empleados lo que distingue al curanderismo, pues resultan completamente *heteróclitos* en unos curanderos y en otros: Del simple ensalmo o el santiguamiento a la imposición de manos, los conjuros y ritos mágicos, los remedios caseros, las plantas medicinales, las dietas, hasta el recetar medicamentos de la industria farmacéutica.

8. La *comunicación entre pacientes*, en la antesala de la consulta del curandero, posee una clave terapéutica. Algunos lo visitan con regularidad y acaban conociéndose entre sí, comen, conversan y conviven familiarmente, tal vez rezan juntos o comparten la esperanza de sanar. En ciertos casos se llega a formar una auténtica *comunidad terapéutica* de pacientes en torno al curandero, fascinados por su fama y difusores de ella (así ocurre en varios casos de los más típicos).

9. Se produce una transferencia de gracia, espíritu o energía hacia el paciente, y una *transferencia del mal* que lo aqueja hacia el exterior (sea al curandero, los animales o la atmósfera). Esto implica un misterioso movimiento de poner y quitar, entrar y salir, mediante un intercambio de lo malo por lo bueno, para restablecer el estado de salud.

10. De hecho se produce frecuentemente alivio, mejoría o total restablecimiento de los enfermos; no rara vez acontecen curaciones prodigiosas, tenidas por *milagros* e inexplicables para la medicina oficial. Todo ello, además, con un tratamiento poco traumático. Estos «milagros», por sí solos, bastarían para apuntalar el edificio de la curandería.

11. Hay que añadir el *bajo coste de la consulta*, normalmente mucho más barato que el de la medicina privada y con la ventaja de adaptarse a la capacidad económica de cada paciente, mediante la consabida fórmula de «la voluntad».

12. Todo este fenómeno descansa en la existencia y persistencia de un *contexto sociocultural* de arraigadas creencias tradicionales relativas al curanderismo, como marco de referencia, simbólico e imaginario, compartido por el curandero y su clientela, lo que garantiza una buena sintonía en la comprensión y tratamiento de cualesquiera afecciones. Esto implica, al mismo tiempo, una *concepción del mundo* y una *imagen del hombre* en términos de la cultura popular, discordante en numerosos aspectos de la visión ilustrada y científica. El mundo es este mundo y el otro, está plagado de misterios, al igual que el ser humano, cuya experiencia atraviesan poderosas fuerzas que se le escapan y cuyo entendimiento se empeña tenazmente en dar un sentido a cuanto vive. De ahí resulta una visión del hombre tal vez abigarrada, pero harto compleja y altamente racionalizada —por más que diste de la racionalidad científica—.

Esta caracterización sin duda contrasta con la teoría y práctica de la medicina llamada científica e institucional. Como es sabido, la ortodoxia médica aborda el problema de la enfermedad y su modo de curación desde un paradigma biologista, con negligencia del componente psíquico y con total elusión de las implicaciones socioculturales.

Sus rasgos más sobresalientes estriban en la tecnificación del diagnóstico (análisis químicos, radiológicos, genéticos) y del tratamiento (intervención fisiológica y quirúrgica). Emplea artefactos cada vez más complicados y poderosos medicamentos. Al distanciamiento profesional del médico se une la masificación que imposibilita el contacto personal entre médico y enfermo. Éste último se debate entre un seguro sanitario público, totalmente burocratizado, y una medicina

privada, económicamente gravosa y que emplea los mismos métodos. Pero la mercantilización de la salud, pensar que la enfermedad se cura mediante específicos producidos industrialmente por laboratorios de empresas transnacionales y comprados en la farmacia, no constituye la característica más profunda. Es la deriva de la medicina académica hacia una tecnobiología deshumanizada que enajena a las personas (cfr. *Némesis médica*, de Iván Illich 1975). Es el sistema médico que lleva a cabo una instrumentalización determinada de la tecnología, convencido de que no hay otra manera posible. Pero es, sobre todo, la filosofía que subyace a la *teoría biologista* predominante en la medicina científico-técnica moderna: un paradigma dualista, que escinde el factor tecnocientífico y el factor humano y social, que concibe separadamente el cuerpo y el alma, lo somático y lo psíquico. En su raíz se encuentra, en los albores mismos de la medicina científica moderna, el dualismo antropológico cartesiano.

Fue Descartes quien trazó la imagen dualista del hombre, compuesto de dos sustancias totalmente diferentes, cuerpo material y alma espiritual. Cada sustancia existe sin necesitar de ninguna otra para existir. «Supongo que el cuerpo no es otra cosa que una estatua o máquina de tierra» (Descartes 1662: 50); es una máquina regida por leyes naturales, y es explicable en términos físicos y matemáticos; todo su funcionamiento obedece sólo a principios y leyes de la mecánica. A partir de ahí, la medicina se concibe como ciencia natural (cfr. Ten Have 1987). Su dominio se acota así espacialmente, en la extensión corporal, al margen del dominio del alma, y sustrayéndose de camino de la problemática teológica. El alma, sustancia pensante, tiene su sede en la glándula pineal del cerebro, donde se comunica con el cuerpo mediante los «espíritus animales» (Descartes 1649: 32-33; 1662: 60). Pero alma y cuerpo son sustancias irreductibles entre sí. Todas las funciones vitales —escribe— son «sólo consecuencia natural de la disposición de los órganos en esta máquina; sucede lo mismo, ni más ni menos, que con los movimientos de un reloj de pared u otro autómatas, pues todo acontece en virtud de la disposición de sus contrapesos y de sus ruedas. Por ello, no debemos concebir en esta máquina alma vegetativa o sensitiva alguna, ni otro principio de movimiento y de vida» (Descartes 1662: 117). La idea, que responde a una biología hace tiempo obsoleta y que suscita más problemas de los que resuelve, queda perfectamente clara y distinta para la ideología secularizadora de la burguesía.

Quizá la mayoría de los médicos y farmacéuticos, como tanta gente, continúan hoy pensando y actuando desde esa imagen dualista del hombre, desde la cual, claro está, no se puede comprender el curanderismo, salvo como un precipitado de superstición e incultura. Ante curaciones que la biomedicina no acierta a explicar, recurren rutinariamente a la *teoría de la sugestión* y a la del *efecto placebo*, que en el fondo son una sola y que, en bastantes casos, sirve de coartada para negar la evidencia de los hechos.

2. Configuración cultural de la enfermedad y la curación

Morbilidad y mortalidad son atributos de la vida y, por ende, también de la vulnerable condición humana. Enfermedades, accidentes fortuitos, heridas infligidas, la vejez y finalmente la muerte se han cernido siempre sobre los humanos. No obstante, los modos de producirse y vivirse son, en los humanos, enormemente más que un hecho bruto determinado por la naturaleza biológica de la especie. Si lo sociocultural configura, moldea, la existencia de cada individuo humano como miembro de su sociedad, a ésta pertenecen también los modos de enfermar y de curar, los modos de vivir y de morir.

Cada contexto cultural define teórica y prácticamente, dentro de un umbral variable y sólo relativamente impuesto por la naturaleza, un concepto de salud o sanidad y un concepto de enfermedad y de curación. Éstas últimas representan respectivamente el camino de alejamiento

y regreso, de pérdida y recuperación, con respecto a un modelo de salud; pero ésta se concibe como el estado en que uno no está enfermo, que depende a su vez de lo que se considere o no enfermedad. Se da una relación de incertidumbre que sólo la cultura resuelve de forma arbitraria y a la larga pasajera. ¿Qué es enfermedad? En ambientes étnicos y populares hay enfermedades (el mal de ojo, el susto, etc.) que no considera tales la medicina oficial. Y a la inversa, enfermedades tipificadas científicamente se tienen como algo normal entre ciertos pueblos (por ejemplo, la *espiroquetosis discrónica* para los indios del norte del Amazonas). ¿Cuáles son las enfermedades? Incluso el catálogo de dolencias de la medicina oficial no ha cesado de variar, y carece de claridad en puntos como las enfermedades laborales o la divisoria entre enfermedad y envejecimiento.

No se trata sólo de que la enfermedad aparezca acuñada culturalmente, sino de que, en un grado y de un modo difícil de precisar, pero real, está *causada* socioculturalmente, por mediaciones simbólicas, evidentemente seleccionadas por el entorno práctico en el que ellas se inscriben. De la constitución cultural de la dolencia se sigue la de la sanación. Queda así abierta la posibilidad de curación por lo simbólico: por el gesto, la palabra, el rito. En este marco (sin dejar de ser biológico) cultural se mueve toda medicina, la científica —que lo ignora o lo niega— y la popular —que le saca el máximo partido—.

Existe un prejuicio clásico y eurocéntrico, y un prejuicio tecnocrático. El primero cree que la ciencia médica nació en la Grecia clásica, o bien en la modernidad europea, inspirada en aquélla. Cree que la medicina oficial, moderna, científica, europea, cosmopolita, constituye la única fundada en un verdadero conocimiento y la única vanguardia de un progreso evolutivo unilineal, menospreciando las otras tradiciones médicas civilizadas y los sistemas médicos llamados «primitivos» como fases ya superadas y caducas. El segundo presupone que la medicina popular y el curanderismo que perviven en el mismo entorno de los países industriales no son sino una sarta de supercherías irracionales, incompatibles con una mentalidad racional y progresista. Ambos prejuicios sostienen que el verdadero saber médico está ausente en las tradiciones extraoccidentales y extraoficiales. Pero esta interpretación presuntamente ilustrada que viene a descalificar de plano el curanderismo como superstición, charlatanería o fraude resulta, a la vista de los análisis antropológicos de los últimos setenta años, más bien reductora, simplista y cegada ante los hechos.

No es menester restarle ningún mérito a la medicina moderna para reconocer los logros especulativos y pragmáticos de otras tradiciones medicinales, en cuyas fuentes, por lo demás, ha bebido nuestra ciencia médica. Un estudio global señala tres grandes sistemas médicos originarios, localizados en India, China y el Mediterráneo (Charles Leslie, citado en Kenny y de Miguel 1980: 24). Más aún, una reconstrucción etnohistórica debería relacionar las grandes tradiciones médicas con las áreas de civilización prístinas: Mesopotamia y Egipto (de donde deriva lo griego y lo mediterráneo), India, China, Mesoamérica y Perú. En el Viejo Mundo, parece cierto que, a partir del siglo V antes de nuestra era, las tradiciones médicas alcanzan un nivel decisivo de racionalidad, profesionalización e institucionalización, en primer lugar en la China de los Zhou. Por consiguiente, la tesis más consistente es la que defiende que las primeras grandes civilizaciones crearon no endógenamente sólo su propio sistema tecnoeconómico y sociopolítico, sino también su filosofía, su ciencia, su religión y su sistema médico.

Todas las civilizaciones, si es que no toda cultura por arcaica que parezca a nuestra mirada, ha meditado racionalmente sobre la condición doliente y mortal de la humanidad. Es el tema de la salud, que, en el fondo, vinculando lo medicinal con lo moral, no difiere de la salvación, del posible sentido de esta vida admirable y a la par desfalleciente, trágica, enigmática. Cada civilización ha sintetizado ideas y fórmulas para hacer frente a ese destino. Podemos evocar, como caso paradigmático, las palabras de Gautama, Buda, en el sermón de Benarés, cuando

proclama las cuatro grandes verdades: La verdad del dolor, la verdad del origen del dolor, la verdad del cese del dolor, la verdad del sendero óctuple que lleva al cese del dolor. Encontramos aquí una formulación precisa de la condición paciente del ser humano, su doloroso destino, pero también la iluminación de que hay unas causas que llevan al sufrimiento y que hay unos medios para eliminarlo y liberarse.

En la civilización occidental, el cristianismo apareció como una gran religión de salvación en un sentido integral. Desde sus orígenes está asociado a la curación de toda clase de dolencias. Jesús de Nazaret aparece en los evangelios como un extraordinario curandero y taumaturgo popular: curó a poseídos por espíritus inmundos, a leprosos, paralíticos, sordomudos, ciegos y epilépticos, y resucitó muertos, hasta el punto de ser acusado de magia por los letrados (*Marcos* 3,22). Luego, sus discípulos obran curaciones en nombre de Jesús Mesías (*Hechos* 3,5-6). Debía estar dentro de los cánones de la medicina popular coetánea. Durante el período de helenización del primitivo cristianismo, hubo una pugna con la medicina galénica, que llegó a proscribirse, para pasar más tarde a su aceptación. Por otra parte, el desarrollo de la medicina hospitalaria moderna está muy vinculado a órdenes y congregaciones religiosas. A lo largo de los siglos, sin embargo, permanece la práctica de curaciones milagrosas, en torno a las figuras de Cristo, la Virgen María y los santos. Es propio de éstos seguir curando aún después de muertos. A veces se presentan como especialistas en determinados males. En este mismo contexto creencial, encontramos siempre variopintos tipos de curanderos, ya autorizados ya perseguidos por las autoridades civiles y eclesiásticas según las épocas (cfr. Amezcua 1993). Hoy día la actitud de la jerarquía de la Iglesia suele ser tolerante con unos curanderos que en su mayoría se rodean de toda la imagería del catolicismo «popular». Pero, si penetran demasiado en el terreno de los sacerdotes, habrá conflicto. El arzobispado de Baza mandó repartir, en las misas del domingo 22 de julio de 1993, una carta del Consejo Pastoral de la ciudad de Baza, en la que critica la «visión de Dios que está presentando» un joven curandero, su «forma de entender a la Virgen», su «manera de entender la religión», su «utilización de signos litúrgicos e imágenes propias de la Iglesia católica». Lo acusan de que «es un delito moral aprovecharse de un grupo de personas de buen corazón para obtener beneficios lucrativos de ello», utilizando «los problemas personales, sociales, económicos, de salud, etc...». En realidad, lo que rechaza el clero no es que cure, sino la función «sacerdotal» que este «santo» se arroga: construir un templo, crear una comunidad creyente, dirigir actos paralitúrgicos, organizar una romería, todo ello al margen de la Iglesia oficial.

A pesar de todo, la medicina popular, en particular el curanderismo, no tropieza tanto con la institución eclesiástica como con la institución médica. La medicina científica pretende descalificarlo radicalmente.

Lo simbólico-mágico no es una etapa abolida por lo empírico-racional. La tesis empirista de Malinowski (1925) referente a la magia, según la cual los hombres primitivos la utilizan a falta de conocimiento y control técnico, como fase rudimentaria en el itinerario hacia el progreso científico, es una tesis errónea (Lévi-Strauss 1962). Simplemente varían las formas de magia y las formas de ciencia —en el sentido de saber empírico—. Si reconocemos que, durante la Edad Media y el Renacimiento, hubo un incremento simultáneo del saber mágico y el saber científico, las cosas no han cambiado tanto después: sobre todo si consideramos que la ciencia ha ido cada vez más mitificándose a sí misma y atribuyendo a sus productos técnicos un valor mágico.

En este sentido, se desmorona la interpretación que hace Ackerknecht, en su obra *Medicina y antropología social*, contraponiendo la «medicina primitiva» como medicina mágica, caracterizada por creencias y prácticas sobrenaturales, frente a la medicina científica, única racional, única que contempla causas naturales y remedios naturales para la enfermedad, aplicando un esquema evolucionista —lo menciono porque este enfoque está aún muy

arraigado—. Reconoce ese autor que lo «sobrenatural» en el «primitivo», en la medida en que implica «gran cantidad de medidas y actitudes objetivamente eficaces», tiene efectos naturales. Pero asevera que los «descubrimientos prácticos realizados en el seno de lo sobrenatural» (Ackerknecht 1971: 154) carecen de pensamiento racional y consciente.

Habría que responderle que ya quedó demostrado cómo «el pensamiento salvaje es lógico, en el mismo sentido y de la misma manera que el nuestro», cómo «avanza por las vías del entendimiento, y no de la afectividad; con ayuda de distinciones y oposiciones» (Lévi-Strauss 1962: 388), de tal manera que llegó a alcanzar, en algunos campos, con mucha antelación respecto a la ciencia moderna, resultados prácticos muy similares.

La verdad es que la oposición establecida entre racional y sobrenatural no es muy afortunada, cuando el problema es la curación y tanto la vía curanderil como la vía científica pueden ser métodos objetivamente eficaces —si bien no de la misma manera ni en los mismos casos—. ¿O es que las medicinas premodernas, por ejemplo, la de Hipócrates, Ibn al-Jatib, o Maimónides, eran obra de magia y nada racionales? La eficacia objetiva de una práctica curativa manifiesta una racionalidad objetiva (por mucho que su teorización no se parezca a la que elabora hoy la medicina académica). No es de lamentar la «confusión entre lo racional y lo eficaz», pues ¿de dónde, si no de su real eficacia, le vendría la racionalidad a una práctica terapéutica? De ahí que tildar las prácticas de la medicina primitiva de «objetivamente útiles pero no racionales» no pasa de ser una contradicción imposible de disimular. La racionalidad del tratamiento reside en su valor terapéutico. Al final, todas las disquisiciones de Ackerknecht lo único que prueban es la tautología de que las medicinas no científicas (que él califica de «primitivas») no disponen de una explicación científica, en la acepción moderna. Porque los lastres de irracionalidad e ineficacia no son privativos de las medicinas preindustriales (cfr. Iván Illich 1975). Se denuncia la «inconsistencia» y la «incoherencia» en el uso de elementos racionales, sobrenaturales y mágicos; pero ¿no estará la incoherencia en la pretensión de que lo sobrenatural y lo natural signifiquen para los presuntos primitivos lo mismo que en nuestra civilización, cosa que no ocurre? El «primitivo», como el curandero, tiene sin duda una mentalidad extraña, pero no es incoherente. La idea de que la enfermedad material debe tratarse con remedios naturales, y la enfermedad espiritual con remedios sobrenaturales o mágicos no es más que un prejuicio del médico o el etnólogo, que choca con el desmentido de los hechos. El prejuicio del etnólogo lo explicita él mismo: «En la medicina primitiva nos encontramos con una situación en la que no se ha desarrollado todavía una noción general de lo “natural” como algo diferente y opuesto a lo “sobrenatural”» (Ackerknecht 1971: 160). Aquí, se considera que la oposición natural/sobrenatural es algo que le falta al primitivo, que «todavía» no la ha desarrollado ni la relaciona como debería ser, como nociones diferentes y opuestas, de las que, además, la primera es verdadera y la segunda falsa.

Al negar toda racionalidad a la medicina primitiva, Ackerknecht se ve empujado a postular una *teoría del instinto*, para explicarse el surgimiento originario de la medicina: «las primeras medidas terapéuticas se dictaron por “instinto”»; y aventura que aquellas terapias fueron las más acertadas, pues subraya que «la mayoría de las medidas eficaces parece haberse heredado de ese período» (161). Luego contrapone «lo instintivo» o habitual a lo mágico y lo racional, puesto que el instinto le sirve para justificar la inexistencia de elaboración racional y a la vez poder explicar la existencia de elementos objetivamente eficaces, y no mágicos. Para él, estos elementos no son racionales sino instintivos (en esto coincide curiosamente con la versión de los curanderos que defienden que lo suyo no es aprendido). El problema es que ese hipotético instinto, cuyo concepto no aclara, no explica absolutamente nada. Hemos de sostener que, como en el pensamiento salvaje, la formulación de medidas terapéuticas es resultado de una actividad con primacía intelectual, no pulsional. Desistamos de toda ilusión de primitivismo.

Las fuentes del saber curanderil nacen todas de la experiencia y pasan por el aprendizaje. Escribía Black, en su *Medicina popular*: «No es de extrañar que la recolección de los restos del saber supersticioso haya sido ridiculizada; pero sí es mucho más admirable que tanto saber antiguo permanezca oculto y embebido en el lenguaje común y en el pensamiento ordinario» (Black 1889: 284). Quizá permanezca como un fondo de sabiduría neolítica o incluso anterior: conocimiento de plantas y otros elementos de la naturaleza, que aún hoy están al alcance, en una relación con el medio ecológico que se mantiene viva. Poco importa que el curandero sea analfabeto: su libro es el monte y la gente. Pensemos en el cúmulo de saberes antiguos que, seguramente mediados por la tradición escrita, han desembocado en los oídos de tantos curanderos. No olvidemos la influencia de las escuelas médicas alternativas, de disciplinas más o menos científicas y de la propia ciencia médica. Todo ello, canalizado por la frecuente iniciación con otros colegas y contrastado experimentalmente con la propia práctica terapéutica. Realmente se aprende todo, excepto lo que uno mismo inventa, intuye y ensaya. Se aprende hasta el punto de que no sería difícil perseguir el rastro de las fuentes de información y la génesis concreta de numerosos prodigios.

La historia de la medicina y la del curanderismo no se separan hasta la formación de la medicina científica moderna, a partir del siglo XVI. La medicina de Hipócrates y Galeno con su teoría de los humores, el compendio de farmacopea de Dioscórides Pedáneo, las obras de Maimónides, los tratados escritos por los médicos nazaríes Ibn Jatima, Ibn al-Jatib y Mohammed al-Saquri presentan contenidos más próximos al actual curanderismo que a la medicina científica que inscribe a esos autores en su genealogía. Maimónides, por ejemplo, atribuye indudablemente la enfermedad a causas naturales, según la clásica teoría de los humores; pero esas supuestas entidades naturales causantes del malestar son tan fantasmagóricas como cualesquiera causas reputadas sobrenaturales. En *El régimen de salud*, el sabio judío cordobés diserta sobre los *pneumas* (espíritus), natural, vital y anímico, cuya acción es fundamental para la salud. Este lenguaje, y acaso hasta los «espíritus animales» de Descartes, ¿no nos evocan el reino de la curandería? Y es que la medicina oficial se ha nutrido del saber popular, y éste se hace eco también de los códigos terapéuticos. La medicina científica actual ha realizado logros impresionantes, pero no podemos estar seguros de que su curativa no se alineará, en el futuro, junto a otras que le precedieron en la historia. No es lógico atribuir a una ciencia el valor absoluto, dogmático, que otrora se otorgaba a la revelación sobrenatural.

Por lo demás, las ostensibles diferencias que se suelen aducir para demarcar al curandero y al médico no son siempre tan tajantes como parecen. Con el cambio de circunstancias se vuelven un tanto relativas. Entonces ya no cabe oponer el verdadero conocimiento a la superstición y la charlatanería; ni el intervencionismo al naturismo (Greenwood 1984: 79). La honestidad y su carencia se hallan regularmente repartidas entre todos los oficios. Observamos, ciertamente, cosmovisiones heterogéneas, una mentalidad positivista en contraste con otra mentalidad en que predomina el *pensamiento popular, basado en códigos sensoriales y relaciones analógicas* (pero que tiene la virtud de valorar los aspectos psíquicos y sociales de la enfermedad). La relación de confianza que induce a sanar no siempre está ausente en el caso de los médicos, ni el prestigio personal tampoco. El antagonismo entre gracia y estudios se ablanda, tan pronto constatamos aprendizaje en los curanderos, o carismas innegables en algunos doctores. Más allá de ciertas apariencias, hoy acaba perdiendo relevancia que el saber terapéutico se transmita por vía oral o por escrito; que se ejerza en el medio rural o urbano; que el trato sea más humano o más impersonal; que haya referencias religiosas explícitas o sólo implícitas; que los clientes sean de clase pobre o acomodada; que los estipendios sean caros o baratos; que aplique técnicas y remedios empíricamente verificables, o no; que se atienda a enfermedades de etiología somática o psíquica.

Lo diferencial se cifra, más bien, en primer lugar, en la ya mencionada preeminencia del pensamiento simbólico-mítico, o del empírico-racional, y en la imagen unitaria del hombre frente a la imagen dualista. Pero, sobre todo, difiere el respectivo modo de legitimación social: la existencia del curandero pende totalmente del reconocimiento que logre por parte de la gente, dado que carece de sanción institucional y estatal. Lo suyo nunca es un cargo oficial, ni un puesto profesional, sino un *rango* individual que sólo se remite a la propia jerarquía curanderil. Su función y nivel de organización corresponde al del «gran hombre» redistribuidor, que aquí hace acopio de habilidades para curar y las pone directamente al servicio del prójimo.

Puede contribuir a clarificarnos el aplicar aquel esquema que distingue tres tipos de saberes: vernáculos, carismáticos y burocráticos. La medicina *vernácula*, o doméstica, comprende los cuidados que cualquiera es capaz de procurarse a sí mismo y a personas allegadas. La *carismática*, o popular, supone que hay curadores cuyo rango de prestigio se apoya en la clientela que espontáneamente acude. Mientras que la medicina institucional o *burocrática* requiere el establecimiento oficial, conforme a parámetros impuestos por el estado, y no depende de la aceptación social inmediata.

En todo el mundo, la medicina étnica y popular ha pervivido tras la instauración de un sistema médico profesional, con el que nunca deja de interactuar. Diversas medicinas populares son contemporáneas nuestras. No son reliquias arcaicas. Nunca han cesado de evolucionar. Sus conexiones mágicas y religiosas no son prueba de irracionalidad, como pretendía E. H. Ackerknecht: Su tesis acerca de la «medicina primitiva» ha quedado invalidada (Kenny y de Miguel 1980). Los autores aceptan, como mínimo, que la medicina «primitiva» contiene una farmacopea rudimentaria, empíricamente eficaz hasta en un 50% de los casos, y que aplica sistemáticamente técnicas, con un criterio racional establecido por vía inductiva. Por su lado, la medicina «cosmopolita» tampoco es puramente científica, sino que opera también basándose en intuiciones, habilidades personales y prejuicios ideológicos. La concepción de la enfermedad en una y otra medicina no es tan radicalmente diferente: que sean espíritus que entran en el cuerpo y hay que expulsar, o que sean virus que contagian el organismo y hay que eliminar, ambas conciben que son agentes vivos los causantes del mal. Está infundado todo esquema evolucionista que ponga la medicina «primitiva» como fase instintiva e irracional, luego superada por la medicina empírica, racional y científica. En todas las culturas humanas ha habido un trabajo *intelectual* por comprender y explicar la enfermedad (etiología), captando relaciones, y ha habido una praxis empírica orientada a curar (diagnóstico, tratamiento); se ha formulado una «teoría» de la que derivaba la práctica correspondiente, que a su vez revertía en la especulación teórica. Más allá de la farmacopea —aprendida pero rápidamente colapsada— del chimpancé guineano, la más modesta etnomedicina humana presenta un desarrollo abierto, de logros sin duda improbables, encabezado por un tropel de interpretaciones: hipótesis aventuradas, tendentes a saciar por encima de todo una exigencia intelectual, así como a orientar prácticas terapéuticas no exentas de eficacia dentro de estrictos límites sociales e históricos.

No estamos seguros de si la magia precedió a la técnica (como pretendía Malinowski), o más bien al revés. Sabemos que la música popular es anterior a la música clásica (Lévi-Strauss 1994: 112). Tal vez por cercanía al chimpancé, del que no constan ritos mágicos y sí un uso aprendido de hierbas medicinales, se pudiera defender que ciertos remedios empíricos suponen precisamente lo más antiguo en medicina humana, siendo anteriores tanto a los rituales terapéuticos como, claro está, a la medicina científica. El curandero no tiene por qué ser un personaje fanático, ni siquiera crédulo, aunque así los haya. En ocasiones él mismo se confiesa bastante escéptico sobre los curanderos. Simplemente trabaja con unos «poderes» cuya eficacia comprueba a diario. Por eso cree en su don como el poeta en su musa, como el compositor en su música, como el sacerdote en sus ritos, como el cocinero en su arte culinario, como el médico

en su ciencia y su técnica. El primitivismo de la medicina popular resulta ilusorio; su contemporaneidad es un hecho probado.

Deberíamos reconocer en curanderos a depositarios y transmisores de un verdadero conocimiento. Algunos desarrollos de la medicina de vanguardia, de la llamada medicina holista, se dan hoy la mano con la medicina popular; pues ésta es igual que aquélla cuando reconoce en el sujeto paciente, al mismo tiempo, aspectos orgánicos, psicológicos y socioculturales. El pasado y el futuro de la atención médica convergen, a medida que se alumbran los lados ocultos del sistema médico institucional. Frente al modelo de curación monofacética (propio del dualismo antropológico y el biologismo), hay otro modelo polifacético (propio de una visión unitaria y compleja de ser humano), que articula una intervención salutífera plurinivel: combinando técnicas anatómicas y fisiológicas, psicológicas y espirituales, donde no repugna que la causalidad empírica vaya de la mano con el influjo mágico y la gracia santificante.

En contra de los prejuicios racionalistas, el sistema médico europeo, de hecho, ha abarcado siempre la curandería, que no ha dejado de cumplir su función social y sanitaria, incluso clandestinamente. (A diferencia del chamanismo de las sociedades tribales, el curanderismo no existe independientemente, sino formando parte subordinada del sistema médico total.) La cuestión no es que haya enfermedades de curanderos, que no son de médicos, o que haya médicos que envíen pacientes a curanderos y viceversa. No es un problema de reparto del trabajo, sino de concebir la globalidad. Las tendencias actuales apuntan a una reconstrucción más completa y compleja del campo médico, donde tendrá su lugar el curandero tradicionalmente contrastado y posiblemente renovado, depurado de las viejas y nuevas formas de charlatanería. Tal vez preservar lo bueno del curanderismo permita a los pacientes —que algún día lo somos todos— planear mejor sus estrategias para sanar, contando con un sistema médico complejo. Pues el monopolio de la medicina industrial la ha convertido en una «profesión inhabilitante» que está a punto de consumir del todo la expropiación de la salud de los ciudadanos del primer mundo, al tiempo que ha abandonado a su suerte a la mayor parte de la humanidad.

3. Medicina popular y estructura social del poder terapéutico

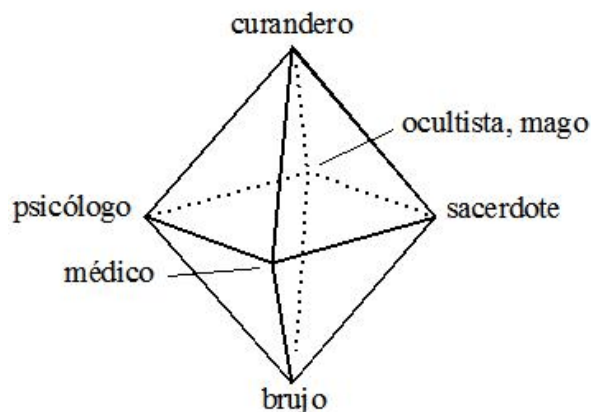
La oposición fuerte entre vida y muerte cuenta con una réplica más débil, en el ámbito de la vida, entre salud y enfermedad; ambas se configuran socioculturalmente, no sólo en lo tocante a su percepción, sino en su misma producción como vida mórbida o saludable, y en la selección de los medios salutíferos. A lo largo del eje que opone el bienestar (situémoslo arriba) y el malestar (abajo), desciende el proceso de enfermar y asciende el proceso de curación o salud, que a veces llega a conceptuarse como salud eterna o salvación. En este proceso caben mediaciones. El campo de la salud puede delinarse culturalmente como unitario e integrado (generalmente bajo la categoría de lo religioso), o por el contrario, puede compartimentarse (en nuestra sociedad: sanidad corporal, salud mental, salvación religiosa). Toda sociedad humana posee creencias, saberes y prácticas relativas a la salud, pero cada cultura organiza y teoriza a su modo ese campo. Los curanderos cuentan con precedentes en las grandes tradiciones que vierten en nosotros: terapeutas griegos, ermitaños curadores de los antiguos hebreos, santones moriscos. Donde hay diferentes especialidades, éstas se distribuyen parcelas, que siempre se intersectan y superponen parcialmente.

La curandería no sólo supone creencias y prácticas especiales, sino que se inscribe en un sistema de relaciones y modelos sociales, regulador del reparto del poder, a través del cual cumple ella sus funciones terapéuticas. A este sistema pertenecen los curanderos con su jerarquía; en él entran en relación con otras figuras ligadas a la salud y la salvación. Con tal

sistema han de habérselas los pacientes, cuando elaboran sus estrategias para sanar. Se trata de la organización sociopolítica de los protagonistas, obedientes a reglas sistémicas, sin dejar, por eso, de ser sujetos que computan, piensan y obran para sí y los suyos.

A partir de la figura primigenia del chamán o hechicero, que detentaba íntegramente todos los registros salutíferos, naturales, mágicos y sacrales, se produce un complejo proceso de especialización. Como resultado, en nuestro contexto particular, junto al curandero se encuentra ahora el brujo, el médico, el sacerdote, el ocultista, el psicólogo. Podemos representar topológicamente las diferencias entre estos tipos como los seis vértices de un octaedro, opuestos y correlacionados entre sí.

Numerosas oposiciones diferencian el perfil de unas figuras y otras, sea por las líneas de las aristas, sea trazando otras líneas o planos imaginarios, que confronten figuras o grupos de figuras. En las antípodas del curanderismo, la brujería se contraponen a los restantes papeles, distinguiéndose por su orientación al hacer daño, como se enfrenta diametralmente el mal al bien, o Dios a Satanás.



La oposición entre *natural* y *sobrenatural* marca la distinción del médico y el psicólogo, por un lado, y el sacerdote y el ocultista (mago, o espiritista), por otro. Al mismo tiempo, esa polarización entre naturaleza y sobrenaturaleza se replica en otras, como acción *técnica* frente a acción *ritual*, como lo *empírico* frente a lo *simbólico*. El trabajo de médicos y psicólogos, con pretensión científica, con un carácter empírico, técnico, se ocupa respectivamente de *lo corporal* y de *lo mental*. El sacerdote, en cambio, representante de la religión oficial, queda delimitado por la oposición entre *religión* y *ciencia*, con respecto a los profesionales médicos y psicólogos; y, en otro sentido, por la oposición entre *religión* y *magia*, con respecto al mago u ocultista. Éste último es tributario, a su vez, de la escisión entre *ciencia* y *magia* (o científico/paracientífico, según algunos), de cara a los médicos, psiquiatras y psicoterapeutas; por otra arista, diverge del sacerdote (con el que comparte el plano de lo simbólico y lo ritual) oponiendo un saber oculto, *esotérico*, a otro *exotérico*, revelado para todos, y también por la personalidad del oficiante, paralelamente más *extravagante* (la del mago) o más *normal*.

El curandero, que suele compartir algo de médico, de psicólogo, de ocultista, de sacerdote, sin serlo, se contradistingue de ellos en virtud de la indistinción y colusión en él de todas esas facetas, y, marcadamente, por la oposición entre lo *popular* y lo *oficial*, entre lo *carismático* y lo *burocrático*; es decir, la prevalencia de una legitimación social inmediata más que la dependencia del estado y el mercado, y el estar personalmente dotado de *gracia* más que el ejercitar una *habilidad* adquirida. En este sentido, el carácter popular y carismático de la

curandería debe destacarse frente a todas las demás institucionalizaciones terapéuticas. En esto, además, se halla muy cerca de las formas de religión popular, lo que puede explicar la tendencia a transgredir las lindes entre ambas, en ambas direcciones. Lo hemos observado en la abigarrada religiosidad que impregna el entorno curanderil, en el hecho de que el panteón popular haya entronizado por igual al santo Custodio y a fray Leopoldo de Alpanseire. Por su parte, la devoción religiosa popular anda enormemente obsesionada por la salud corporal. En esto, la religión popular contrasta con la religión oficial, que enseña a preocuparse sobre todo por la salvación del alma (dejando la salud del cuerpo en manos de los médicos y, más tarde, entregando la mente a la labor de psiquiatras y psicólogos).

Recortada su figura y definida su función, el curandero da lugar, dentro de su género, a una tipología que abarca desde quienes sólo ejercen algún don especial de vez en cuando hasta quienes dedican su vida por entero a atender toda clase de dolencias. Actualmente, junto al calificativo genérico de *curanderos*, reciben el de «santos», «sabios», o «hermanos», sin que haya una discriminación coherente entre una y otra denominación⁵, dependiendo en ocasiones de la zona.

Cabría proponer una categorización de los tipos de curanderismo, conforme a la combinación (presencia, ausencia y dominancia) de uno de los factores religioso, mágico y empírico, sabiendo que, en la concepción curanderil, en realidad se da un continuum de la magia a la técnica, y de la fe a la ciencia. Tal vez a aquellos en los que predomina la gracia sobrenatural los llamaríamos «santos»; a los que actúan con poderes telúricos y preternaturales, «magos»; y a los que aplican el conocimiento de elementos naturales, «sabios». Pero no se trataría de tipos inconexos, puesto que son susceptibles de transformarse uno en otro e incluso fundirse sincréticamente.

Lo cierto es que el curandero afronta la condición humana en toda su complejidad aplicando remedios empíricos (plano natural), efectuando ritos mágicos (plano preternatural) o invocando la gracia divina (plano sobrenatural). En cualquier hipótesis, supone que los efectos alcanzan a la persona como un todo. En un extremo opuesto, el médico, con su método tecnocientífico, biólogo, se afina en un único plano, que podíamos denominar hipernatural.

Aunque no es generalizable la existencia de una estricta jerarquía en el poder de curar, ni siquiera una obligada sucesión genealógica, sí está extendida la idea y la práctica de la *transmisión de la gracia*, frecuentemente entre parientes cercanos: de padres a hijos, de tíos a sobrinos, de abuelos a nietos, y hasta de suegra a nuera. A veces es directa, a veces se supone que se ha heredado de tal o cual antepasado. En determinados casos se produce un *reconocimiento de la gracia* por parte de algún curandero ya consagrado, quien así ratifica al curandero neófito.

Ahora bien, en lo que se hace más hincapié es en la *recepción de la gracia* de curar, comunicada por el mismo Dios, tal vez desde antes del nacimiento, pero que es asumida conscientemente más tarde, a través de experiencias iniciáticas. Estas experiencias adoptan la forma de un singular rito de paso, cuyo análisis —ya clásico— llevó a cabo Arnold van Gennep. Como ilustración: Un joven se ve postrado por una grave enfermedad que lo aparta de su vida ordinaria y que lo amenaza de muerte. En semejante trance tiene una aparición celestial que le alecciona acerca de su misión de curar. Luego, ya repuesto milagrosamente, vuelve convertido en curandero que dedica su vida a atender a cuantos enfermos acuden.

Se entiende, pues, que Dios da el carisma, pero de hecho será el pueblo quien lo reconozca

⁵ Los tipos concretos de curanderos se transforman con el paso del tiempo. Por ejemplo, en España, en el siglo XVII, había cuatro tipos, diferenciados según las enfermedades tratadas y los remedios aplicados: «curanderos», «saludadores», «ensalmadores» y «santiguadoras» (Amezúa 1993: 140-143). Los dos primeros estaban reconocidos como oficios y debían solicitar autorización municipal. Algunas semblanzas típicas de hace un siglo las encontramos descritas en William G. Black (1889: 330-331).

y refrende. Hay como una doble génesis en la formación de un curandero: La de una persona, por ventura analfabeta, compulsivamente proclive a dedicarse a curar al prójimo; y la de una gente que, a medida que sintoniza y le responde, acaba convirtiendo a aquélla en lo que será. De la relación entre ambas instancias emana el poder carismático terapéutico sobre la comunidad de clientes y seguidores. Esta comunidad no radica, paradójicamente, en la misma localidad donde reside el famoso curandero (no rara vez los paisanos se muestran reticentes, escépticos, hostiles, acaso envidiosos). Lo normal es que la mayoría de los pacientes provengan de fuera, siendo el ámbito de procedencia directamente proporcional al renombre conseguido. Y como esa notoriedad discurre a través de los más imprevisibles canales, pueden surgir grupos de clientes en localidades muy distantes.

El curandero representa, ante todo, un catalizador de esperanza para cuantos acuden a él en situaciones desesperadas. De ahí la aparente veta mesiánica⁶ que en él observamos, si bien restringida al plano terapéutico privado y ajena a todo progresismo, tanto eclesial como político (entre otras razones, porque la crítica progresista pone en tela de juicio las ingenuas credulidades concomitantes de la curandería).

El mundo de relaciones internas implicado en el ritual curanderil no se reduce al sistema de relaciones sociales entre curandero y paciente, entre curanderos, entre pacientes. Ese mundo resultaría imposible sin la presencia de otras entidades (seres humanos, o no), de quienes lo menos que se puede decir, desde un punto de vista no espiritual, es que están ausentes.

El tejido social se extiende más allá de la presencia física, a múltiples juegos de presencias de vivos y muertos, a seres humanos y sobrehumanos. Me refiero, en primer lugar, a los familiares, cuando, en vez de acudir el enfermo en persona, llevan al curandero una fotografía o una prenda suya. Algo parecido ocurre con los pacientes curados cuyas fotos recubren la pared del consultorio. Y con las innúmeras estatuillas, estampas y medallas de santos católicos o de curanderos canonizados popularmente, dan al consultorio un aire de santuario, adornado con flores, velas y perfumes. Son personas que están lejos y personas ya difuntas, pero que siguen muy presentes⁷ en su ausencia. No se trata de una presencia estática, sobre todo cuando se evoca toda una cohorte de aliados invisibles, no sólo difuntos sino otros seres mágicos o sobrenaturales. Éstos intervienen ya para el diagnóstico, ya en la terapia. (Con menor frecuencia, se presentan también entidades hostiles, demonios o enemigos que estorban la curación y deben ser vencidos.)

En consecuencia, el conjunto de relaciones establecidas desborda ampliamente el tiempo y el espacio de la sociedad observable. La sociedad visible aparece abierta a una «sociedad invisible», con la que está íntimamente vinculada, como comunión de los santos. Se estrechan vínculos, intercambios simbólicos, entre este mundo y el otro (presente mediante imágenes y representaciones mentales); vínculos que sincronizan presente y pasado; vínculos de ubicuidad entre el aquí y en otra parte (fotos, prendas, recuerdos). La omnipresencia de los ausentes se vuelve constante y obsesionante, icónicamente, sensorialmente, imaginativamente. El mero hecho de hacerlos presentes supone ya una forma de culto, que se prosigue en la medida en que

⁶ Curanderismo y mesianismo coinciden en su implantación popular y en su movilización por personajes altamente carismáticos. Ambos beben en fuentes religiosas; pero, mientras el curanderismo es religiosamente tradicionalista y apolítico, el mesianismo (desde el cristianismo primitivo a otras revitalizaciones históricas o recientes) reinterpreta la tradición a partir de los problemas sociales de la época, dando origen a un movimiento político revolucionario. Ambos aspiran a sanar y salvar al ser humano atrapado en situaciones críticas; pero el mesianismo se propone alcanzar la salud pública, renovando el orden social, mientras que el curanderismo promueve la salud privada, la sanación individual.

⁷ Un caso especial, en este sentido, lo constituyen los rituales desplegados en torno a algunos curanderos ya muertos, en su tumba. Así ocurre de antiguo en el mausoleo de los santos Aceituno, Custodio y Manuel (cfr. Amezcua 1993: 153). Y recientemente en la tumba de Antonio, el de Moraleda de Zafayona, fallecido en 1993. Es una variante de culto a los antepasados o culto a los santos, curanderos que continúan curando —se cree— desde el más allá.

sirve para afirmar, renovar, revivir el sentido de la vida que de tan prestigiosos ausentes se ha recibido: información terapéutica y salvífica para hacer frente a la vida. En definitiva, lo que todas esas presencias representan, más que nada, es un sentido de la vida, en medio de un vivir acosado por el sinsentido, amenazado por la enfermedad, la desgracia, la miseria. Ahí radica, y no debe extrañar, la inseparable funcionalidad religiosa inherente a la praxis curanderil.

En ese entramado de relaciones sociales por donde circula el poder de curar ofrece a los individuos concretos un sistema coercitivo a la vez que un mapa de posibilidades que podría guiarle a la curación. Desde la perspectiva del sujeto humano concreto, el sistema curanderil (que forma parte, junto a la medicina oficial, del sistema médico real) proporciona a muchos miles de personas, un recurso inapreciable para el restablecimiento de la salud. Actuaciones de innumerables sujetos anónimos le dieron existencia y, día a día, se la renuevan.

A la larga, los individuos contribuyen a seleccionar el tipo de curanderismo en vigor, dadas unas condiciones socioculturales. Un porcentaje que pudiera rondar un quinto de la población son usuarios de curanderos. Para ellos, en caso de enfermedad, la visita al curandero cuenta estratégicamente como una posibilidad más. Este recurso no es claramente ni ordinario ni extraordinario. No resulta significativa una supuesta mayor facilidad de acceso, pues en general la gente viaja al curandero desde muy lejos, desde una distancia igual o mayor que la que le ofrece el centro médico de la red sanitaria convencional. A veces se acude como primera instancia. Otras veces se simultanea con el médico. Otras, en fin, se va al curandero en última instancia, cuando, desamparado ya por la medicina institucional, el desahuciado, en lugar de quedar abandonado a su desesperación, aún puede probar suerte. Al callejón sin salida médica vivido se le abren virtuales vías de escape, de las que uno ha oído hablar a otras personas.

Así, pues, se trata de dos subsistemas articulados de hecho y utilizados por la estrategia curativa de los pacientes. Son éstos quienes escogen a cuál acudir primeramente; si uno falla o suscita desconfianza, recurren al otro; amplían sus expectativas de sanar hasta el milagro; en suma, van consiguiendo mayor protagonismo en el asunto. Entre ambos sistemas se da, a un tiempo, antagonismo y complementariedad. No cabe hablar del hundimiento de la curandería, derrotada por la tecnología médica. Es bien cierto que hay formas periclitadas; pero el curanderismo pervive en el seno de la cultura popular. Habiendo sido tradicionalmente medicina habitual de pobres y talismán para desahuciados, afronta hoy con incertidumbre los albores del siglo XXI.

Las formas y la vigencia social concreta del oficio de curandero evolucionan históricamente. Dependen de una trama de creencias, carencias y carismas no susceptibles de estricta determinación. Su endémico enraizamiento en zonas económicamente deprimidas, médicamente desatendidas o educativamente atrasadas, no logra explicarlo todo. Hoy está comprobada su adaptación al medio urbano moderno, primero entre la población inmigrada de los pueblos, para evolucionar después, poniéndose al servicio de las llamadas clases medias. Más que extinguirse, va ganando terreno, en concurrencia con la medicina tecnocientífica, y con la caterva de neocuranderos, seudocuranderos y magos mercachifles que defraudan a los incautos. A diferencia de ellos, podría decirse que al auténtico curandero lo caracterizan rasgos de normalidad y modestia en su modo de vida y trato, sin olvidar el reducido costo de sus tarifas, y un amplio reconocimiento social. El sujeto, el usuario, es aquí decisivamente importante.

4. Análisis de las creencias curanderiles

El sistema curanderil de creencias, que presenta numerosas variaciones sobre los mismos temas, se halla expuesto manifiestamente en las conversaciones y en el discurso curanderil, o, en cualquier caso, implícito en los rituales y prácticas.

Las ideas que circulan en el entorno de los curanderos expresan la percepción y la concepción de la enfermedad y la cura compartida por el curandero y sus clientes. De ellos pueden obtenerse relatos, con frecuencia muy elaborados, vertidos en moldes de la mitología y la tradición católica, del género mágico (a veces del paranormal), de leyendas antiguas o recientes, de saberes empíricos y hasta científicos, todo ello sin distinción de planos. Una iconografía abigarrada y en menor grado cierta literatura dan soporte a la mirada y a la lectura de unos mismos contenidos.

Una leyenda de transmisión oral, a veces puesta por escrito en encomiásticos panfletos, crece alrededor del curandero. Hoy se difunde en ocasiones a través de esa nueva oralidad recompuesta y manipulada por los medios de masas.

Generalmente el marco simbólico referencial es, para los curanderos andaluces, el de las creencias y ritos religiosos del catolicismo popular. Pero siempre se particulariza y revive en los prodigios que le acontecen al propio curandero (su vocación al recibir la gracia de curar, sus visiones) y los que, en torno suyo, se sucederán sobre todo en forma de curaciones tenidas por milagrosas.

El oficio de curandero o curandera es vivido como una *vocación* que lleva consigo la misión de curar a los enfermos, como manera de entrega para hacer bien a los demás. Su especialización radica en la enfermedad y en su remedio. Como norma, una situación personal de grave enfermedad o desequilibrio, durante la que concurren experiencias insólitas, opera como desencadenante que pone en marcha la vida pública curanderil. Las representaciones de la pasión y muerte de Jesús, o el corazón atravesado de la Virgen María, plasman ese dolor compartido por los humanos hermanos, y que esas mismas figuras llaman a aliviar o curar.

Desde chiquitillo ya le pasaban cosas extrañas. Estaba malo y la Virgen se le apareció y lo curó, y le dijo: «Lo mismo que yo te curo a ti, cura tú a los demás imponiendo las manos». (*Un curandero Baza, Granada*)

Más aún que una teoría de la enfermedad, lo primordial para el curandero es la convicción de dedicarse a mitigar el sufrimiento humano, sea cual sea su causa; la convicción de que lo que Dios quiere es ayudar, curar y salvar a los enfermos, afligidos y desahuciados. Las curaciones de Jesús, y su pasión, muerte y resurrección, simbolizan el poder/posibilidad de sanar e incluso la esperanza de salvarse más allá de la muerte.

La medicina popular, de hecho, opera en el marco de un sistema de creencias muy variable, pero coherente, cuya exposición primordial yace en la propia actuación ritual como práctica ceremonial, gestual, adobada de expresiones verbales no menos cargadas de poder. Lo hecho y lo dicho vehiculan ideas que circulan entre los curanderos y su entorno, donde se expone una concepción de la enfermedad y su curación. A veces se oyen prolijas explicaciones que, para el investigador, dan saltos de un registro a otro, pasando de las formulaciones tomadas de la tradición católica a otras vinculadas con el mundo de la magia o lo paranormal, sin excluir conocimientos de carácter médico, provenientes a veces de estadios precientíficos de la medicina convencional. En principio cualquier elemento referido a la curación, por heteróclito que sea, es apto para ser incorporado por la terapéutica popular.

Hay ciertas líneas comunes en la manera de concebir la etiología, el diagnóstico y el

tratamiento de la enfermedad. La *etiología* admite múltiples causas: Se pueden deber a un accidente, a la contaminación del aire y de los alimentos, a los microbios y virus, a la envidia o el aojamiento de algún vecino, a la acción de algún espíritu maligno, una energía negativa o una mala vibración. El esquema más corriente es pensar la enfermedad como intrusión de algo malo sea en el cuerpo o en el alma. A menudo se debe a alguna intromisión social, voluntaria o involuntaria, por parte de alguna persona; o bien está causada por intervención de la «suprasociedad» formada por los espíritus, los extraterrestres, los difuntos, los demonios, o la divinidad. En general, creen que la dolencia ha sido permitida por Dios, y que siempre está bajo el supremo poder divino. Como el malestar no se acantona en el plano biológico ni se atribuye a causas meramente naturales, cabe una gama de enfermedades «no de médicos» o que «los médicos no saben curar», cuyo mejor exponente sería el mal de ojo (que puede afectar no sólo a los humanos sino a ganados y cosechas).

El *diagnóstico* tiene por cometido identificar la enfermedad, sus síntomas y su naturaleza, a fin de señalar el pertinente tratamiento. Diagnostican generalmente mediante preguntas y exploración del enfermo, aunque goza de mayor prestigio el diagnosticar por adivinación o videncia. Según los casos pueden emplear otros procedimientos o pruebas para determinar la presencia de la afección, su origen, o su gravedad. Diagnosticar equivale a comprobar ciertos síntomas del enfermo, pero también a descifrar ciertos signos exteriores que hay que saber interpretar y cuya semiótica cabría establecer.

Una vez identificado y nombrado el mal padecido, el *tratamiento* va dirigido a eliminarlo, expulsarlo, contrarrestarlo, a recuperar el equilibrio, la fuerza, el ánimo, la gracia, la salud. La teoría étnica del tratamiento contempla incluso la prevención. Tal, por ejemplo, es el fin del amuleto. Para protegerse del mal de ojo debe llevarse encima, colgado al cuello o en el bolsillo, según distintas opciones: pata de conejo, cruz de Caravaca, higa, escapulario, lazo rojo, castañas de Indias, granos de trigo...

El punto de vista curanderil tiende a «cosificar» simbólicamente la enfermedad. Ésta es algo que, al salir del enfermo, es absorbido por el curandero, o tal vez transferido a la atmósfera, a animales o plantas, acaso a otras personas. Como si el mal ni se creara ni se destruyera, sino que se trasladara. Por lo demás, detección, pronóstico y tratamiento no requieren necesariamente la presencia del enfermo, a veces ni siquiera que éste se entere. Tanto lo más concreto y palpable como lo más inasible se «materializa» en símbolos, o lo que es lo mismo, se simboliza en algún soporte sensible que ocupa metafóricamente su lugar. Todo esto desvela la construcción por entero cultural tanto de la patología como de la terapia, plasmada en ese punto de vista curanderil, que se adentra con su propio hilo de Ariadna por un laberinto de símbolos.

Los elementos creenciales se encuentran intrínsecamente ensamblados en las prácticas. Un curandero en lo que de verdad cree y confía es en lo que él hace, en su «poder», ya responda éste al modelo de la técnica, de la magia, o de la gracia divina. Las creencias manifiestas tienen también una gran importancia, suelen proceder de los estereotipos míticos tradicionales y sirven de legitimación y apoyo a la acción; cuentan con una lógica muy peculiar, que no impide las más sorprendentes incongruencias desde un punto de vista racional.

Al contrastar las ideas y prácticas de diferentes curanderos, se comprueba que el ejercicio del curanderismo no se sustenta, según sus propias concepciones, en una sola teoría más o menos consistente, al modo de la que sirve de fundamento y justificación a la medicina institucional. Ni siquiera debemos esperar que haya un solo modelo teórico en un mismo curandero, por más que esté interesado en dar coherencia a sus ideas. Lo que encontramos son diversas concepciones sincréticas vinculadas a tales o cuales actuaciones curanderiles. No obstante, el análisis de tales ideas permite dilucidar distintos modelos teóricos subyacentes, a veces fragmentariamente formulados y, claro está, no demarcados lo suficiente por sus sustentadores. Básicamente las

teorías implícitas se reducen a tres:

1. La *teoría religiosa* concibe que mundo y hombre dependen de un orden de seres sobrehumanos o sobrenaturales. El ser supremo, o Dios, es la clave de cuanto existe, también de la enfermedad y su cura. Dios puede mandar la enfermedad, como prueba tal vez o como castigo, o porque permite la acción del demonio. También puede curarla ya sea directamente, es decir, milagrosamente, por encima de toda ley natural, ya sea por mediación de la Virgen María, los ángeles y santos, ya sea por medio de ritos o de remedios de la naturaleza y la ciencia. El curandero dotado de *gracia* actúa en nombre de Dios, de quien ha recibido (desde antes de nacer o en un trance extraordinario) el don para curar; pero se concibe a sí mismo como mero instrumento de la voluntad divina, del Espíritu santo y de la gracia de Dios, que es en definitiva la única que da vida y salud. La gracia recibida no es propia ni para provecho propio, sino para beneficio de los necesitados (por eso no deben cobrar, porque no les pertenece a ellos). Si Dios quiere, no hay enfermedad irremediable, por grave que sea. Pero, si no está de Dios, no habrá nada que hacer. Aquí se trata de sanar por la fe. Pero ¿curarse depende de creer? Unos curanderos afirman que es imprescindible la fe del paciente; otros, en cambio, dicen que da igual, o que alguna fe habrá cuando se acude. Ambas opiniones se concilian a condición de no confundir la fe con contenidos intelectuales ni siquiera con el asentimiento consciente, sino con una actitud más profunda e inconsciente; con lo cual se comprende que los símbolos religiosos atraviesen la pantalla de la conciencia para penetrar en aquella profundidad, incluso con independencia de lo reflexivamente pensado.

2. En la *teoría mágica* (recordemos que Lévi-Strauss definía la magia como un «fisiomorfismo del hombre»), el curandero se siente en unión con las fuerzas de la naturaleza y los espíritus benéficos y maléficos que la animan; en conexión con ellos e imbuido de *poder* se cree capaz de adivinar e intervenir mediante ritos mágicos, chamánicos, brujescos, hechicerescos, que someten a su dominio los procesos naturales. La magia pretende que la acción ritual obtiene repercusiones reales. Lo mórbido y lo salutífero se materializa como un algo que entra y que sale, o es extirpado, de la persona. En nombre propio y en alianza con otros poderes ocultos, el mago actúa con su influjo para vencer la enfermedad, extrayendo el mal del cuerpo, ahuyentando a los espíritus malignos, transfiriendo energía positiva o buenas vibraciones. Tanto la dolencia y la desgracia como sus contrarios pueden auspiciarse mágicamente, a veces involuntariamente, como ocurre con el mal de ojo. Por lo demás, los poderes mágicos, al no estar restringidos en principio por el mandato divino de hacer el bien, se vuelven muy ambiguos y hacen temible a su poseedor. El cliente habrá de congraciarse con el curandero mago, y andar precavido ante sus exigencias retributivas. La enfermedad, en cuanto entidad maléfica (mal espíritu, energía negativa), se suele traspasar⁸ al mismo curandero, que o bien sabe desembarazarse de ella (por ejemplo, vistiendo una túnica morada como escudo defensivo), o bien la padece en su propio cuerpo (como aquel que, cuando cura el mal de ojo, pasa dos o tres días malo; o aquella otra que, tras curar una ictericia, cae enferma varios días). Es frecuente que el rito terapéutico mágico adopte la forma de «extracción del objeto patógeno», como encontramos referido, entre otros muchos, por Black (1889) y Ackerknecht (1971), que reducen la medicina popular o «primitiva» a medicina mágica; también por Alfred Métraux (1967: 82-84) en su estudio de la magia indígena suramericana, por Lévi-Strauss (1958: 159) en «El hechicero y su magia»; o como cualquiera puede ver en ciertos programas de televisión, donde un extraño

⁸ Esta es una idea muy difundida. Ya a fines del siglo XIX, Eugenio Olavarría, en carta a Machado y Álvarez sobre la medicina popular decía: «en la superstición española, como en la inglesa, escocesa e irlandesa, la mayor parte de curaciones descansan sobre el principio de transmisión del mal a una persona —viva o muerta—, a un animal o a un ser inanimado» (en W. G. Black 1889: 328).

curandero realiza intervenciones en las que, por ejemplo, un tumor es «extraído», logrando supuestamente la curación, mediante un simulacro de operación instantánea a manos desnudas.

3. La *teoría naturista*, por su lado, atribuye la enfermedad a causas naturales, disfunciones, accidentes, alteraciones del equilibrio orgánico o psíquico debidas a la alimentación, la edad, los miasmas, los malos aires. El curandero naturista trata de averiguar cuáles son las causas concretas y de aplicar los correctivos o remedios conducentes al buen funcionamiento, la restauración del equilibrio de los humores, la eliminación de la sustancia nociva, la purificación de la sangre, la compostura de un hueso, la cicatrización de una herida. En todos los casos, preconiza el empleo de su destreza y de *agentes naturales* para el tratamiento de las afecciones, así como para conservar la salud. Aquí, el curador se comporta más como sabio conocedor de fórmulas empíricas (de los principios activos de las plantas y otros elementos animados o inertes, de sus indicaciones y posología) que no como practicante de rituales simbólicos. Su oficio podría equidistar tanto de la magia como de la religión y se aproxima a la medicina convencional.

No debe sorprendernos que estas tres teorías implicadas —que respectivamente postulan la fe que obra milagros, los portentos realizados por arte de magia y los efectos que siguen a la causa cifrada en el empleo de un remedio— no se den de forma separada y excluyente en los hechos concretos. Lo raro es encontrar una sola de ellas, en estado puro, en la actuación de un curandero. Por el contrario, casi siempre se amalgaman en variables dosis. Si acaso, se puede detectar una mayor polarización hacia alguno de los modelos teóricamente analizables, que entonces se presenta como dominante. El curanderismo se caracteriza por combinar elementos tomados de la religión, la magia y la medicina para sus propios fines. Por lo general, atenerse fundamentalmente a la teoría religiosa es compatible con la presencia de elementos mágicos y naturistas; la teoría mágica no prescinde de la naturista; y ésta última es la que más fácilmente se halla sin el concurso de las demás. Para mayor complicación, en la práctica, con invocaciones religiosas se puede hacer magia; y lo mismo con el uso de remedios naturales, ya sea contando o sin contar con su eficacia empírica. La razón de esto estriba en que cualquiera de las tres teorías puede tornarse dominante y subordinar a sí componentes de las otras, dependiendo de momentos y personas. Sólo se imponen algunas restricciones: Los remedios empíricos son susceptibles de investirse con un valor simbólico para el oficiante ritual, mientras que a los gestos y objetos rituales no se les puede conceder, desde el punto de vista estrictamente naturista, un valor empírico.

5. *Análisis de las prácticas terapéuticas curanderiles*

La actividad de los curanderos es primordialmente una práctica de tipo ritual, regida por procedimientos bien reglados, aunque su protocolo no esté escrito, que intermedia entre el estado de enfermedad del paciente y la ansiada salud, todo ello en un ambiente cuasi religioso, o abiertamente tal, donde, aun cuando se recetan remedios naturales, empíricos, funcionan en primerísimo plano los símbolos, junto a la carga emocional que implican. La práctica ritual, simbólica, es inexcusablemente característica del ser humano; es algo que nos aparta de la «conducta animal». No hay ritos naturales. No hay ritos biológicamente determinados. La «ritualización» no es nada natural ni animal, sino un comportamiento eminentemente simbólico y cultural (cfr. Heusch 1974: 679-713; Lévi-Strauss 1971: 616).

Como en el caso de cualesquiera otros aspectos de la cultura, todo sistema ritual adopta una configuración diversa en las diversas sociedades y contextos. No hay elementos rituales con valor universal. Cada elemento cobra su sentido en el seno de su sistema global, y ese sentido le es dado socioculturalmente. Por eso, es del todo inexacto hablar de «rito» con referencia a

ciertas conductas estereotipadas de los animales. En ellos no es más que un falso ritual, aparente, consistente en mecanismos ya montados de antemano en cada especie, mecanismos que se desencadenan automáticamente ante estímulos específicos, como resultado de la selección natural. En cambio, en el verdadero ritual, es el sistema estructurado por cada cultura el que confiere a tal o cual elemento, y a su combinación, su significado, e incluso sus efectos psicosomáticos particulares. Así se puede comprobar, por ejemplo, en el culto a los hongos alucinógenos, practicado por diversos pueblos: «Los alucinógenos no esconden un mensaje natural cuya noción misma parece contradictoria; son desencadenadores y amplificadores de un discurso latente que cada cultura tiene en reserva y cuya elaboración permiten o facilitan las drogas» (Lévi-Strauss 1973: 220). Es decir, en sociedades muy diferentes, la misma droga puede obtener efectos psíquicos opuestos, mientras que, por el contrario, drogas muy diferentes se utilizan, en distintas sociedades, con el mismo fin. La explicación yace no en un dato natural sino en la estructura, como en todo lo cultural.

La etología hace un uso erróneo del término, si habla de «rituales» para referirse a ciertos comportamientos animales pautados instintivamente o que se supongan genéticamente programados. En efecto, el *instinto*, controlado por la información natural, propia de la herencia biológica contenida en los genes, es diametralmente lo opuesto a la *acción ritual*, regulada por convenciones culturales, codificadas en una herencia social. Lo instintivo y lo ritual dependen de tipos de información cualitativamente diferentes. No caben siquiera grados intermedios entre conducta instintiva y comportamiento ritual simbólico, sino grados incipientes de ritualización, en la medida en que se den rudimentos de cultura. Para la existencia del rito debe darse necesariamente un aprendizaje y una información socialmente transmitida.

El ritual cumple una función mediadora, de superación de contradicciones vividas, objetivo que plantea y alcanza, al menos, en el plano simbólico e imaginario. Su secreto reside en la significación que opera en el psiquismo individual, cuya explicación es, no obstante, colectiva. Al tratar del significado del símbolo, hay una prioridad de lo *social*, o sea, de lo cultural, sobre la vida psíquica individual. El sentido/significado está codificado. Significamos mediante códigos socialmente compartidos. Los códigos se remiten unos a otros, sin que haya un código privilegiado, un único código clave (al modo del postulado freudiano de la interpretación en último término sexual). Se da una «transferencia de sentido» (Lévi-Strauss 1985: 173) de un código a otro, de un plano a otro, incluso entre el sentido propio y el sentido figurado. Se efectúan constantemente transposiciones metafóricas entre uno y otro plano, como actividad mental. El lenguaje simbólico no es efecto de pasiones y sentimientos (el rito no pertenece al orden de lo irracional), sino *acto intelectual*. De manera que lo psicoorgánico y sexual representa tan sólo un código particular junto a otros. Y lo afectivo hay que concebirlo más bien como concomitante o subsiguiente a las operaciones mentales —salvo que responda a un estado del organismo—. Siempre hay una organización de las pulsiones afectivas: el significado depende de la «posición», de las relaciones. El significado resulta de la conjunción de los códigos, «deriva de su ajustamiento recíproco» (Lévi-Strauss 1985: 176), nunca de la reducción a uno de ellos.

En la interpretación del pensamiento simbólico, debemos recusar tanto el reduccionismo unilateral como el empirismo, que es una de sus variantes. Pues el significado deriva siempre de las relaciones, de la puesta en relación, que a su vez obedece a «sujeciones mentales» (*ibidem*: 180). El espíritu humano impone ciertos esquemas, ciertas operaciones, cierta invariancia, que se expresan en las creaciones diversificadas de cada tradición cultural.

Si toda la vida social puede verse teóricamente como un complejo sistema de comunicación, máxime las acciones rituales. Las prácticas curanderiles pertenecen al conjunto de los hechos sociales y se les debe aplicar la misma óptica. Todo ritual consta de signos gestuales y orales. El gesto es prioritario, a la vez que requiere complementariamente la palabra mítica. Para

estudiar los ritos es preciso analizar los objetos y sustancias empleadas, sin separarlos de su naturaleza simbólica peculiar. No es un uso ordinario del lenguaje: «El valor significativo del ritual parece acantonado en los instrumentos y en los gestos: es un *paralenguaje*. En tanto que el mito se manifiesta como *metalenguaje*» (1973: 67). Su complejidad semántica es mayor y emana por encima de la materialidad de lo ejecutado. Como afirma Lévi-Strauss, «los mitos y los ritos pueden, también ellos, ser tratados como modos de comunicación: de los dioses con los hombres (mitos), o de los hombres con los dioses (ritos)» (1973: 68). Aunque los interlocutores divinos sean imaginarios, lo verdaderamente importante no radica en lo que la gente piensa o cree, o en los discursos del entorno popular del curandero; bajo la superficie de la conciencia, la investigación pretende ir más allá de la idea que el común de la gente se hace de su vida social, para desocultar el sistema ‘verdadero’, cuyos resortes permanecen habitualmente escondidos.

Lo específico de la acción ritual resalta mejor al compararla con la acción técnica y la acción lúdica. Es verdad que, de algún modo, toda acción humana encierra algo de técnica, algo de juego y algo de rito, pero caben igualmente distinciones bien pertinentes, conforme al planteamiento, objetivos y resultados de cada clase de actuación.

Constituyen tres tipos de «procedimientos» diferentes e independientes (no etapas de una evolución), cada uno de ellos obediente a sus específicas reglas y constricciones. Cada cual responde a una modalidad de transformación de las relaciones del hombre con la naturaleza, con la sociedad o con la divinidad, y, al transformarse las relaciones, también lo hacen esos términos que entran en relación.

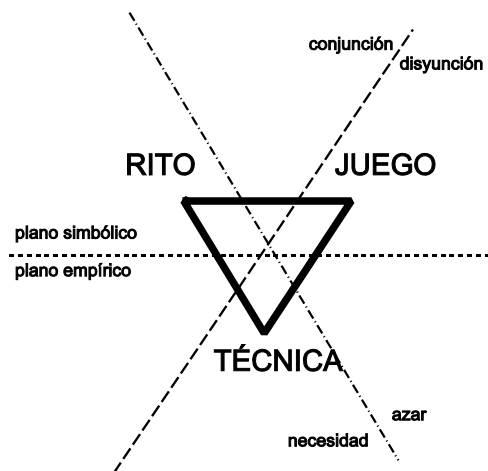
La *técnica* articula instrumentalmente, en un plano empírico que la opone al simbolismo propio del ritual y el juego, el sometimiento de un término de la relación a los fines del otro; o comporta el control efectivo de uno por otro, su instrumentalización, manejo o manipulación. Tiende a anular la autonomía de lo otro, o del otro, reduciéndolo a ser sólo un medio para las finalidades pretendidas por el sujeto técnico. Igual que el juego, engendra una asimetría. La técnica impone la dominación fáctica sobre entidades previamente autónomas, que se convierten entonces en dependientes. Este desequilibrio de la relación aproxima la técnica a las consecuencias del juego, con la diferencia de que aquella alcanza su cometido como una necesidad del efecto que sigue a la causa, mientras que el resultado del juego es cuestión de azar.

El *juego* conduce como resultado la separación discriminatoria y la jerarquización de los participantes, divididos en ganadores y perdedores. Tiende a la producción de antagonismos (que, según los casos, pueden ser integradores, o destructivos). Propiamente el juego se sitúa en el plano simbólico (los juegos infantiles y de mesa, las competiciones deportivas, los concursos), yendo de la paridad inicial y la unión, basadas en la aceptación de las mismas reglas y en la igualdad de oportunidades, hasta la disparidad y disyunción provocada por el resultado que exige un triunfador (solo excepcional y provisionalmente termina en tablas). No obstante, algún género de juego podría darse en el plano empírico (como el juego del mercado, el de la guerra, por ejemplo), sin dejar de generar idéntico resultado disimétrico. Y, en cualquier caso, toda acción lúdica presupone la incertidumbre del azar, la multiplicidad de bazas posibles, la imprevisibilidad del final, rasgo que la contrapone a la técnica y al ritual, los cuales establecen una estrategia estereotipada que, si se aplica bien, conduce necesariamente a su objetivo.

El *rito*, por su parte, induce a la conjunción de lo disjunto, a la superación de los antagonismos y contradicciones (haciendo vivir una misma suerte, una identidad común, el logro de una salvación, una curación, o una condena). Va desde la división o la separación de aquello a lo que se aspira hasta la (re)composición de la unión, la comunión con la meta deseada. En palabras de Lévi-Strauss, mediante la acción ritual «se restablece una asimetría preconcebida y postulada entre profano y sagrado, fieles y oficiante, muertos y vivos, iniciados y no iniciados,

etcétera, y el ‘juego’ consiste en hacer pasar a todos los participantes al lado del bando ganador, por medio de acontecimientos cuya naturaleza y ordenamiento tienen un carácter verdaderamente estructural» (1962: 58-59). El rito pertenece al plano de lo simbólico, como el juego y a diferencia de la técnica. Pero coincide con la acción técnica en el aspecto de la necesidad de sus resultados, derivados de la realización de una jugada privilegiada, seleccionada, certera, que tiene garantizado el éxito. Los ritos mágicos se asemejan más a la técnica, por cuanto pretenden intervenir en los procesos naturales y dominarlos. Por el contrario, los ritos de signo religioso se aproximarían más a cierto juego, en la medida en que la actitud religiosa implica dependencia de una voluntad sobrehumana, indomeñable y, por eso mismo, incierta y azarosa.

Como muestra el diagrama tripolar, las oposiciones y correlaciones que nos permiten definir el perfil de *técnica*, *juego* y *rito* giran en torno a tres líneas que demarcan diametralmente espacios semánticos de lo empírico frente a lo simbólico, lo conjuntivo frente a lo disyuntivo, lo necesario frente a lo fortuito.



Toda práctica terapéutica, como estrategia tendente a alcanzar la sanación, se mueve en el eje que bascula entre la acción técnica y la acción ritual, generalmente combinando ambas, tanto en medicina científica como en etnomedicina. El médico destaca el aspecto de intervención técnica, obliterando o minimizando otras dimensiones. El terapeuta popular o curandero, dependiendo de su orientación, propende en mayor o menor grado a utilizar la mediación ritual, sin descuidar del todo algunos resortes «técnicos», siquiera sea por la efectividad real que el simbolismo demuestra con frecuencia. El hecho es que la práctica puede resultar verdaderamente terapéutica con independencia de la «verdad» racional de las ideas que la acompañan.

Las prácticas presentan un amplio catálogo, con toda clase de *recetas* curativas, paliativas, preventivas: Rituales religiosos, ascéticos, místicos, litúrgicos, festivos, ritos mágicos, manejo de poderes ocultos, tabúes, comportamientos salutíferos, remedios empíricos y medicamentos de la industria farmacéutica. El rasgo distintivo del curanderismo se encuentra precisamente en la no exclusión entre técnica y magia, entre remedio empírico y ritual simbólico, entre cuerpo y alma. La mentalidad curanderil, situada así en un campo unificado, previo a tales escisiones científicas, ha preservado, sin proponérselo, una profunda verdad, redescubierta hoy por la medicina holista.

La mayoría de los curanderos participa de la antiquísima tradición del uso de yerbas y plantas medicinales, a la que se añade el empleo de preparados caseros, ungüentos, lociones, licores, electuarios, etc. (de los que el recetar medicamentos de la farmacia no es sino una prolongación).

Composturas de huesos y tendones y masajes musculares pertenecen también al nivel más empírico y «técnico». Pero lo típico es que éste no se da separado de los demás. Técnica y rito operan en el mismo contexto.

Los componentes mágicos aparecen limitados al lado benéfico de la magia, con expresa exclusión de la magia negra, de lo diabólico, de todo causar daño a los demás. Pero lo mágico y lo religioso van tan estrechamente entrelazados en la práctica que resulta imposible deslindarlos, salvo metodológicamente, mediante el análisis, en cuanto modelos teóricos. La *magia* designa un modo de dominio simbólico humano sobre poderes de la naturaleza; mientras que la *religión* insiste en la dependencia humana con respecto al poder divino, que puede intervenir soberanamente, sobrenaturalmente, tanto en la naturaleza como en la sociedad, en el alma y en el cuerpo del individuo. A ambas las caracteriza la acción simbólica y ritual. Simbolización, ritualización, sacralización marcan los infinitos procedimientos canalizadores de un poder salúfero, salvífico. En ambos casos, el papel de la imaginación se vuelve crucial, en orden a constituir los más heterogéneos elementos sensibles —espacios y tiempos, personas, gestos, percepciones sensoriales, imágenes y toda suerte de objetos— en significantes cargados de sentido. Los códigos semánticos echan mano pertinazmente hasta de los más pequeños acontecimientos y experiencias, confiriéndoles la significación que en realidad tienen predispuerto hallar en ellos, de forma que siempre confirman sus suposiciones. Este mismo mecanismo contribuye a despejar la congénita ambigüedad de lo que ocurre y se vive, que así cobra un sentido, atribuible con razón a la eficacia del rito. Todo sentido afirma y reafirma la presencia de un poder. Y el poder de hecho experimentado, por ejemplo en el logro de la salud, viene a confirmar el sentido pensado y relatado.

La persona del curandero, protagonista o mediador del poder terapéutico, cataliza esta producción simbólica multiforme, pregnante de consecuencias. Si la mano simboliza el poder, la imposición de manos caracteriza el modo de acción por antonomasia de los mayores curanderos, llamados a veces «santos». El tacto y el masaje son importantes, igual que el tocar o acariciar objetos que son o fueron del santo (reliquias), el rozarlos por el cuerpo enfermo. Algunos adivinan la dolencia pasando las manos. El pensamiento clarividente que preanuncia el mal y sus remedios, sin necesidad de aprendizaje, muestra la sabiduría del espíritu. La conversación con seres espirituales, las plegarias y los conjuros, envueltos en un aura de secreto, ilustran el poder de la palabra. Hay curanderos que emiten su soplo o aliento sobre objetos (papel de fumar, estampitas, caramelos) que luego se ingieren o sirven para hacer agua bendita. La bendición de agua, sal, aceite, vino, etcétera, pone al alcance de los pacientes devotos una reserva tangible de remedios y profilácticos. Beber agua de ciertas fuentes, cercanas a un santuario o a la casa del curandero va asociado a incontables beneficios para la salud: Aquí, el efecto medicinal es a un mismo tiempo de índole empírica, mágica y espiritual. El fuego luce perenne en el consultorio-santuario de los «santos», o bien en su tumba después de muertos, gracias a las velas regaladas por los devotos. También llevan ramos de flores. La mezcla de olores de flor y de la cera quemada difunde un penetrante perfume que, ahora por vía del olfato, subyuga sutilmente a ese ambiente liminar de la curandería. La mirada poco exigente también se recrea hasta el empalago ante la abigarrada exposición de imágenes del santoral popular, ante fotografías de curanderos célebres o de pacientes, y ante exvotos variopintos, que testimonian tanto los éxitos terapéuticos como el agradecimiento de los favorecidos. Los ojos, sin embargo, visualizan mucho más que la percepción objetiva de las cosas; entre ésta y la aparición sobrenatural, aseguran estar viendo, por ejemplo, luces portentosas en el cielo estrellado como señal divina, lágrimas en los ojos de una estatua de la Virgen, o, por dar una pincelada más concreta, la cara del santo Custodio en una losa lateral de su tumba de mármol, en Noalejo, provincia de Jaén (Amezcuca 1993: 44).

Podemos comprobar cómo cada órgano sensorial, cada percepción, cada gesto, es susceptible de ofrecer una gama de diferencias perceptibles que, al convertirse en código, constituyen una vía para canalizar peculiares mensajes. Los ritos se sirven de tales códigos, los normalizan, acumulan un elenco de mensajes ya formulados y estereotipados. Y, a partir de ahí, activan o inhiben su puesta en escena. Por ejemplo, el ritual de un camino o peregrinación, que en el contexto curanderil no es sino abreviatura del tránsito esperado de la enfermedad a la salud, se inicia ya con la ida a la consulta del sanador; se reitera periódicamente con la visita a la antigua casa o a la tumba del curandero canonizado por sus devotos; y puede replicarse en multitudinarias romerías a santuarios asociados a tal o cual «santo». Todo lo que se hace simboliza, y se espera que lo que simboliza haga un efecto, en virtud de esa traductibilidad de unos códigos en otros, que es la clave principal en todo este asunto.

Al aproximarnos al análisis de algunas prácticas curanderiles concretas, nos enfrentamos con los mecanismos simbólicos que son puestos en acción, remedios y ritos cuyo significado cabe descifrar. El catálogo de dolencias especificadas y tratadas, así como el repertorio de las recetas o procedimientos aplicados para la curación de cada una de ellas resultaría enormemente voluminoso y complicado. Pero cabe escoger unas muestras (la culebrilla, las verrugas, el mal de ojo) para intentar una demostración. Esta labor de análisis sin duda pondrá de relieve cuál es la teoría étnica acerca de la patología y su terapia, a la vez que ayudará a comprender la razón escondida de su eficacia. Es preciso reconocer que la medicina popular, en al que se inscribe el curanderismo, en cuanto saber, conlleva una indudable información terapéutica y salvífica, de la que se deriva su poder, su efectividad real, en los casos en que se produce. No debemos esperar que se trate de un tipo de información «descriptiva» (es decir, denotativamente objetiva, positiva). Se trata de una información «pragmática» (que es aquella que opera algo, que modifica a la persona), e incluso se podría hablar de una información «soteriológica», si bien ésta no sería sino una modalidad de la anterior. Esa transformación en la persona supone la presencia de un poder. Claro está que de un poder no manejable a voluntad y que escapa a la reflexión consciente (por lo que se categoriza como «sobrehumano»), pero cuya intervención a través de símbolos y rituales se experimenta innegablemente. Ahí aparece abierto un espacio de posibilidades, de esperanzas, inexistente para la mirada positivista y esquivo a toda manipulación técnica, pero inherente a la condición humana, por mucho que varíen sus modos.

La culebrilla

Se trata de una dolorosa afección cutánea de origen viral, un tipo de herpes conocido como culebrilla. Al no haber tratamiento específico contra los virus, los médicos suelen recetar alguna pomada que atenúa los síntomas mientras el afectado sana. Está comprobado, sin embargo, que hay curanderos que curan la culebrilla con mayor eficacia y en menos tiempo. Los métodos empleados, más rituales que científicos, son enormemente heterogéneos, pero parecen obtener buenos resultados. La explicación corresponde a la eficacia simbólica. Ésta opera por medio de códigos, como quedó ya dicho. Se han tenido en cuenta las descripciones particulares del tratamiento dado a la culebrilla por diecisiete curanderos de los que he recopilado información, en las provincias de Granada, Jaén y Málaga.

Al llevar a cabo un análisis comparativo de los dispares tratamientos dados a la misma afección, uno se interroga qué pueden tener en común, si aceptamos que todos suelen alcanzar buenos resultados. Ante todo cabe resaltar que todos tratan la enfermedad con significados, y que son éstos los que vienen a ser equivalentes. Al examinar los elementos y procedimientos empleados, se descubre no sólo una lógica de las cualidades sensoriales, sino también —como extensión suya— lo que podemos denominar una *lógica de las propiedades curativas*, entendiendo como

tales las que, en un determinado contexto cultural, se atribuyen a una sustancia, a un gesto, a unas palabras, etcétera.

En los diversos casos estudiados, se observa que todos recitan alguna *oración* secreta, musitándola o con el pensamiento. Esta oración puede ser desde un padrenuestro hasta el más extraño conjuro o imprecación. Siempre invocan una instancia superior, ya sea sobrenatural (con oraciones religiosas), ya preternatural (por medio de mágicos conjuros): un poder que escapa tanto a la conciencia como al control técnico. Además, prácticamente siempre el curandero toca con sus manos, o las impone sobre el lugar afectado, como transmitiendo con este contacto manual el poder terapéutico del que está investido o del que es mediador. La intervención consiste en una acción eminentemente ritualizada.

De los casos mencionados, diez aplican como remedio algún tipo de untura (con diferente composición); cuatro casos hacen uso exclusivo de la imposición de manos, aparte de las oraciones; y los tres casos restantes se sirven de objetos tan heteróclitos como una aguja de hilar, un clavel u hojas de lechuga.

Parece haber como dos tradiciones netamente distintas: La de la pura y simple imposición de manos (que concentra en este gesto mágico-religioso todo su impulso curativo: como una fuerza que vence a la enfermedad). Y la otra que, además, pone en acción dispares elementos o preparados a los que se atribuye un valor terapéutico.

Algunos preparados se emplean como unguento, para untar la zona donde aparece la culebrilla. Pueden ir desde la simple saliva a la mezcla de pólvora con limón y otras sustancias. Las recetas que incluyen pólvora configuran una tradición peculiar, ampliamente documentada por otras regiones. Por el contrario, recetas como la del clavel o la lechuga resaltan por estrambóticas e idiosincrásicas. La naturaleza de los preparados, por su parte, puede ser de procedencia animal (manteca de cerdo, saliva), vegetal (aceite, limón, lechuga, hierbas, clavel), o inerte (talco, tinta china, pólvora; o haber pasado de vegetal a mineral (la ceniza), sin que estas distinciones parezcan jugar aquí un papel significativo. Más que su origen, son ciertas propiedades asociadas a tales preparados, que conllevan significados de intencionalidad curativa, las que resultan pertinentes. Su efecto abarca desde la metáfora simbolista hasta la causación física; va del factor físico a lo psíquico, y de lo psíquico a lo físico. Algunas de esas propiedades van dirigidas en ayuda del cuerpo enfermo, en un sentido biológico: Es sabido que el aceite y la manteca son un lenitivo que suaviza y nutre la piel; los polvos de talco calman la irritación y secan el exantema, y la talquistina, además, desinfecta. También se tienen por antisépticos el limón y la saliva. En cambio, otra serie de propiedades detectables apuntan ante todo simbólicamente en contra del herpes, concebido como pequeña «culebra» que está ahí, como un bicho al que es preciso eliminar: Así, la pólvora, la aguja pinchante y las tijeras cortantes semejan armas que hieren y matan la enfermedad; e incluso el clavel que se va marchitando, es decir, que muere, refleja una imagen cabal de la muerte invocada contra la culebrilla.

De esa muerte que se desea inferir es asimismo prefiguración —y parte del conjuro—, en forma de sinécdoque, el color *negro*, presente en el hilo negro con que se hacen cruces (hilo esgrimido como sierpe contra sierpe, contra el herpes, para derrotarlo), la pólvora negra, la negra tinta china agregada a la mezcla, y hasta la oscuridad implícita en la recogida de ciertas hierbas —que según un curandero debe hacerse antes de que salga el sol—. Tampoco faltan connotaciones del polvo, la pólvora y la ceniza, con un carácter a todas luces mortuorio o mortífero. La ceniza puede significar, también, limpieza (se empleaba tradicionalmente para hacer la colada, antes de llegar los detergentes industriales).

Cada ritual concreto efectúa la aplicación de un remedio sobre la zona castigada por la culebrilla. Tal proceso incorpora a veces gestos o signos, como el hacer cruces, cuyo significado es ambivalente: bendecir el preparado para cargarlo de poder, o bien con ese signo oponerse al

mal, ahuyentarlo y vencerlo. En algún caso, se realiza la untura trazando no sólo cruces sino círculos esotéricos, como queriendo cercar y rendir al enemigo, a fin de acabar con la dolencia. Ese mismo movimiento de cerco se hace, con el clavel mojado con saliva, alrededor del exantema. La acción ritual representa un proceso cuyo armazón se pretende replicar en el plano de aquel otro proceso por donde discurre la enfermedad. Y la repercusión ocurre.

La sanación se produce generalmente en el plazo de pocos días. No faltan casos en los que —aseguran de forma a todas luces hiperbólica— la curación es instantánea. Lo más común es repetir la cura al menos tres días consecutivos. Este período de tiempo lo menciona casi la mitad de los casos, evocando subrepticamente la creencia en la resurrección al tercer día, o el refrán de que «a la tercera va la vencida», o ideas cabalísticas. Algunos señalan que el número de días debe ser tres o múltiplo de tres, o simplemente un número impar. Otros, con más sentido común, se limitan a indicar que habrá que seguir el tratamiento hasta que cure.

La mayor o menor tardanza en sanar tiene que ver, según parece, con ciertas circunstancias de la propia culebrilla. Una curandera declara que a veces la culebrina está no sólo en la superficie, sino a nivel profundo, de modo que es necesario primero sanear «lo de dentro», para que luego «se quite por fuera». Y esto puede llevar tiempo. Conforme a otra interpretación, todo dependerá del sexo de la culebrilla, pues afirman que las hay machos y hembras (se da la coincidencia de que estas ideas acompañan a todos los casos en los que la pólvora entra como ingrediente del unguento, sin que se evidencie por qué). Conjuntando las cosas que se dicen a propósito del sexo de las culebrinas, resulta lo siguiente: La hembra, si está sola, es más fácil de curar (se la considera más débil y fácil de vencer); bastarán tres días. Eliminar al macho es más trabajoso; requieren doble o triple de días. Pero la hembra puede ser peor, si no está sola: entonces hay culebrillas «dobles», o una que forma «nido», «pone huevos», «cría» hijos. También pueden renacer más tarde con los cambios de estación.

Las verrugas

De un total de 258 curanderos censados en el estudio, y contabilizando a los que afirman curarlo «todo», se da en torno a un sesenta por ciento que tratan la culebrilla y un porcentaje similar que cura el mal de ojo; en cambio sólo un treinta por ciento presentan la virtud de curar verrugas. Tal vez suponga una mayor dificultad, tal vez exista menos demanda. Lo cierto es que se cree que ese don requiere alguna circunstancia muy particular, por ejemplo, ser una persona que ocupe el quinto lugar entre sus hermanos, siendo todos varones o todas hembras.

Los métodos aplicados para que sanen y desaparezcan las verrugas son dispares: sóloamente rezar, contar con exactitud el número de verrugas, tocarlas con el dedo, aplicarles determinadas sustancias; o bien, una combinación de más de un rasgo. En todos los casos parece darse alguna forma de oración, aunque no en todos se diga expresamente. La mano o el dedo que toca con poder curativo concurre en todos los casos, excepto cuando es el paciente quien realiza la acción, ya sea aplicando el remedio indicado en la visita al curandero, o bien, sin tener que visitarlo personalmente, haciendo el recuento de sus verrugas, para lo que sin duda utilizará su propio dedo. Pero siempre se efectúa un *gesto* de dominio sobre la afección: untar, restregar, tocar, hacer cruces, contar.

La actitud psicológica básica de los pacientes es de confianza en el curandero, a veces se les pide expresamente. En algún caso se les recomienda olvidarse de las verrugas, después de aplicar el remedio. Los curanderos, por su lado, pueden verse afectados, como contrapartida de la curación, hasta sentirse enfermos o sufrir dolor de cabeza. Pero la mayoría no menciona nada de esto, que, por lo demás es un rasgo genérico de una concepción de la enfermedad como entidad negativa que se traspasa, o de la curación como energía que se suma y se resta.

El ritual terapéutico discurre en el triple plano, imaginario, simbólico y real. En el plano imaginario están las referencias a poderes sobrenaturales, por medio de oraciones, y la invocación de poderes/dones preternaturales o naturales, mediante conjuros. Al plano simbólico pertenecen la mano o el dedo que despliega gestos eficaces, la acción de contar y recontar como forma de control, y los mismos plazos de tantos días o semanas que se estiman necesarios para culminar la sanación. En el plano empírico, se encuentran las sustancias empleadas: saliva en ayunas, unguento, clara de huevo, diente de ajo, aceite, agua, sangre menstrual, etcétera.; pero aquí lo empírico es indisolublemente simbólico, puesto que la efectividad entendida como relación causa-efecto científicamente constatable, puede ser falsa.

No es que se descarten las propiedades terapéuticas de las unturas (muy dudosas si aceptamos una interpretación vírica de las verrugas); pero no podemos detenernos ahí. El análisis nos conduce a las cualidades semánticas, de índole curativa, subyacentes en las creencias populares, que prestan su contenido a las acciones rituales que se emprenden. En efecto, la saliva en ayunas, máxime la de una persona carismática, significa un poder antiséptico y al tiempo la gracia de la que está investida la curandera. El unguento, de fórmula secreta, no puede ser sino un fármaco maravilloso, capaz de extirpar las supuestas raíces de la verruga, siempre que contribuya a neutralizar los mecanismos que realmente originan su aparición. La clara de huevo posiblemente juega con la oposición entre lo «oscuro» de la verruga y lo «claro» del antídoto que se propone restituir la claridad suave de la piel. El diente de ajo, tanto por su carácter reconocido de poderoso antiséptico, como por ser «diente» que muerde, presagia un eficaz ataque a las verrugas. El agua, que purifica, y el aceite, que suaviza, nutre y fortalece la piel, se convierten en aliados muy convenientes para eliminar esa mancha y esa rugosidad representada por la verruga. La sangre menstrual, de connotación contaminante, constituiría simbólicamente como un tóxico para envenenar al enemigo, haciendo que la verruga se marchite.

Los rituales terapéuticos curanderiles pasan, sin problema, de un plano a otro. En realidad proceden efectuando traducciones de uno al otro, estableciendo analogías y correspondencias, conservando aquí y allá las mismas homologías estructurales, orquestando simultáneamente varios registros, o bien privilegiando uno solo de ellos, con el único fin de obtener buenos resultados en la curación de la dolencia que aqueja al paciente.

Análisis como los aquí esbozados desvelan cuáles son los mecanismos y la lógica que intervienen en la sanación por métodos curanderiles. Aparte del simbolismo ritual, con la eficacia real que se le reconoce, siempre queda en el aire la pregunta acerca de si, además, las sustancias que se usan (aceite, manteca, pólvora, limón, ceniza, tinta china, talco, agua, ajo, clara de huevo, etc.), contienen componentes químicamente eficaces, es decir, elementos que favorezcan específicamente la desaparición de las culebrillas o de las verrugas. La verdad es que no se dispone de información científica sobre el particular; aunque tampoco sería de extrañar que así fuera, al menos en el aspecto sintomático. Pero insisto en que aquí la consideración empirista no basta para dar cuenta de la eficacia conseguida.

El mal de ojo

A diferencia de las culebrillas y las verrugas, perfectamente tipificadas por la ciencia médica, está claro que el mal de ojo no es una enfermedad estrictamente definible ni homologada. Se denomina así a un síndrome consistente en un cuadro de padecimientos de etiología a veces indeterminable por la medicina científica, pero no por ello menos reales. Comporta un profundo malestar corporal y anímico, a veces una mala fortuna, que son atribuidos al aojamiento en determinados contextos sociales. El malestar o el infortunio pueden ser reales, pero evidentemente no existen los aojadores, salvo en la imaginación del que cree en ellos. Con todo,

el esquema cultural de esa creencia tiene la ventaja de conceptualizar (como «mal de ojo») ciertas cosas que ocurren, para las que se carece de explicación. De manera que, más que una aberración afectiva, lo que se hace es satisfacer una imperiosa necesidad de explicación, preferible a la total incomprensión; y al mismo tiempo se aporta socialmente un tratamiento por ventura eficaz para disipar la angustia concomitante y para eliminar el propio malestar.

La idea es que el origen del mal de ojo se encuentra en algunas personas, generalmente vecinas, identificadas con frecuencia como mujeres, o bien como alguien bizco (proyectando la mirada torcida del sentido figurado en el propio). La clave está en el ojo y su mirada. No falta quien dice que al ojo del aojador se le pone una «telilla». Pero es, sobre todo la actitud moral de envidia, malquerencia o mala idea la que califica esa mirada patógena, dotada de una «fuerza», un «espíritu», una «energía negativa», una «sombra». Casi todos parecen concordar, sin embargo, en que la persona puede causarlo *involuntariamente*, sin intención y sin darse cuenta. En esta paradoja se expresa una sabia prevención para no entrar en la búsqueda de culpables y en una dinámica de venganzas, tal como se han descrito en otros contextos. El origen queda así en el anonimato y la irresponsabilidad.

El aojamiento puede recaer sobre personas, sobre animales y plantas, sobre bienes, aunque destaca la insistencia con que se señala a los niños —en particular niños pequeños— como objeto por antonomasia en que se ceba el mal de ojo. Su incidencia es muy frecuente. Sus síntomas residen en cualquier enfermedad o daño; se presentan como un estado de debilitamiento general, flojedad, acompañado de vómitos o diarreas, con dolores, fiebre y ojeras, y la mollera hundida. Quien sufre mal de ojo puede llegar a morir. Por eso, la gente trata de prevenirlo mediante amuletos protectores (por ejemplo, colgando al cuello del niño una cruz de Caravaca, o un escapulario, una medalla, una higa, un cuernecillo de hueso, o bien teniendo cerca una cabeza de ajos, castañas de Indias o granos de trigo). También se piensa que el que emite el mal con sus ojos puede evitarlo por medio del llanto, o rezando alguna jaculatoria: dos formas de purificar la mirada y la intención.

El mal de ojo se presta, por su propia naturaleza, a ser uno de los exponentes más claros de la concepción popular de la enfermedad y la salud. Generalmente se califica como «enfermedad no de médicos». Parece caer más bajo el umbral de la magia que de la ciencia y, en consecuencia, los facultativos no saben muy bien cómo diagnosticarlo ni cómo tratarlo. Aunque su existencia está ampliamente implantada en numerosas zonas, hoy día aparece difuminado no sólo el causante del maleficio sino también su mismo carácter mágico; la gente suele explicarlo en términos de desequilibrio orgánico global, un tanto inconcreto, o a lo sumo como un desequilibrio de la energía vital.

En cuanto al modo de tratamiento, encontramos los recursos consuetudinarios de la curandería: oraciones, conjuros, gestos y empleo de sustancias u objetos, en el marco de una intervención simbolizadora. La creencia en la «gracia» o «energía» de la que es portador el curandero, junto a una confianza más o menos explícita del paciente (o bien de algún familiar muy allegado), crean el ambiente adecuado, donde acontece la comunicación terapéutica. En ella, prácticamente siempre se hacen oraciones o rezos y, en algún caso, conjuros contra las fuerzas malignas, como acompañamiento de los gestos actuados. Éstos, en los casos investigados, consisten en imposición de manos, o a menudo masajes, sea en la cabeza o en el vientre, o en ambos sitios. En casi todos los casos se hacen cruces, repitiendo el gesto una y otra vez. Caben acciones singulares, como hacer las cruces desde cada ojo hacia la nariz, o ponerse a mirar el agua correr. La manipulación de ciertos elementos abarca, según proceda, tallos de romero y olivo, que se queman; ramitas de romero, aguardiente, o saliva, para hacer las cruces; aceite, o aceite y agua, para el masaje; limón con agua y azúcar para tomar; o una dieta líquida.

Las propiedades terapéuticas, reales o simbólicas, atribuidas al empleo de tales sustancias y

a la ejecución de tales acciones se ven reforzadas por la cabalística de los números (por ejemplo, han de ser tres tallos de romero y tres de olivo; o nueve tallos de romero) así como por una codificación del tiempo que, según el caso, manda reiterar la cura durante nueve días, o estar tres días a dieta. Otros consideran momentos especialmente propicios para la curación el jueves o viernes santo, en el curso anual, o la salida y la puesta del sol, en el ciclo diario.

La invocación de poderes mágicos o religiosos, y la señal de la cruz que los esgrime frente al mal de ojo, con repetitivo ademán conminatorio, destaca en estos rituales como principal estrategia de contraataque, inseparable de la aplicación manual, que oscila desde la forma de pura significación o mensaje espiritual hasta la de masaje fisioterapéutico, sin que una cosa excluya la otra. Esta aplicación se centra en dos núcleos de vital importancia: en la cabeza, donde se procesan lógicamente ideas, símbolos y estados psicoafectivos, y en el vientre, donde se procesan alimentos y jugos orgánicos.

Todas las acciones vienen a representar, a su modo, un proceso análogo al que se pretende cumplir y que, en definitiva, no es sino el tránsito de la enfermedad a la salud. Así funciona la repetición del gesto de signar cruces (como si insistiera hasta conseguir que el enemigo ceda y abandone el campo), la insistencia en el masaje, la reiteración del tratamiento durante varios días, la quema de tallos de romero y olivo (que se consumen y cuyo humo se disipa), el agua que se mira pasar y pasar.

Finalmente, el mal de ojo «sale», abandona a la persona afectada. En ocasiones, conforme al estereotipo creencial, el malestar y la fiebre se traspasan al curandero, que los padecerá unos días.

Hay que subrayar la importancia terapéutica de la relación con el curandero y su entorno, en cuanto mediadora para el restablecimiento de la integración social y familiar, y para la restauración del «orden» psicosomático y orgánico, todo ello aparejado a la sanación.

En realidad, preocuparse por alguien y prestarle atención en sus necesidades repercute favorablemente en su salud, tanto biológica como emocional. Si, como sabemos, la mayor parte de los aojados son niños, el llevarlos al curandero manifiesta ya ostensiblemente un cambio de actitud hacia ellos, que por sí sola influye en corregir las posibles causas de su malestar. En la actualidad, los psiquiatras infantiles señalan muchos trastornos infantiles (por ejemplo, la anorexia grave del bebé, el sueño inquieto, etc.) que, una vez descartada la existencia de una causa física, pudieran deberse a una depresión infantil, pero con mayor frecuencia tienen su origen en la relación entre el niño y su madre o la persona que lo cuida. De ahí que una modificación acertada de las relaciones interpersonales incida sin duda positivamente en ese estado de inapetencia, apatía, pasividad y falta de ganas de vivir que caracteriza a las víctimas del mal de ojo. La mediación del curandero y del sistema etnoterapéutico que encarna, resulta clave en esa elaboración subjetiva del malestar padecido, al aportar significantes que permiten pensar la situación, y al proporcionar andaderas para dar los pasos que conducirán al estado de sanidad normal, al tiempo que se disipa la angustia vivida.

El curandero cuenta en su intervención, como ya he señalado, con el apoyo de poderosos aliados, tanto de la magia como de la técnica, de las que el paciente es objeto, de modo que, operando por analogías y homologías, utiliza lo técnico ritualmente y confiere de hecho a lo ritual una función de técnica psicoorgánica. Y logra —cuando realmente lo consigue, claro está— que la superación de conflictos en un plano induzca su superación en otro aparentemente desligado de aquél.

6. Teorías explicativas de la eficacia de lo simbólico

Lo que mejor identifica al curandero es su don, gracia o carisma, y lo que más caracteriza su labor está en el logro de esas curaciones maravillosas, atribuidas (sin excluir el uso de remedios empíricos) a su personal virtud, por lo que aparecen realizadas fundamentalmente *ex opere operantis*. ¿Cómo explicar esas curaciones inexplicables?

Nadie negará que hay personas investidas de un algo especial, que irradia como una fuerza misteriosa y extraordinaria. La noción chamánica de *mana* nombra ese algo, que Lévi-Strauss interpretaba como «significante flotante», dispuesto a cargarse de cualquier contenido simbólico inefable, surgido de la experiencia, y a permitir su elaboración.

El poder carismático terapéutico es real, y no sólo en el chamán o el curandero. Históricamente se ha proyectado sobre grandes personajes institucionales: faraones y emperadores se consideraban poseedores de ascendencia divina y poder para dispensar toda clase de bienes a sus súbditos. Los sultanes de la Granada nazarí estaban investidos de *baraka*, por la que su persona esparcía salud y buena suerte. Los reyes absolutos de Francia, en días señalados, imponían las manos para curar a enfermos y tullidos...

Para explicar la eficacia que lleva aparejada el gesto simbólico, no basta la teoría de la sugestión y el efecto placebo. Sin descartar que pueda haber subjetivismo, autoengaño y alucinaciones, no siempre es cuestión subjetivista ni de falsa creencia en que algo ha cambiado, habiendo quedado lo mismo. Llega a ocurrir verdadera transformación, curación real, no imaginaria.

Nadie puede negar fehacientemente que el pensamiento «salvaje», el saber precientífico, como la mentalidad popular de nuestra cotidianidad, siempre han obtenido en múltiples dominios, entre ellos el de la medicina, verdaderos aciertos, incluso a nivel biológico, en cuanto *ciencia de lo concreto*: «aunque no haya conexión necesaria entre las cualidades sensibles y las propiedades, existe por lo menos una relación de hecho en gran número de casos», de modo que a veces «corresponde también a una realidad objetiva» (Lévi-Strauss 1962: 34). Pero, además, se dan verdaderos efectos, igualmente biológicos, por vías del simbolismo ritual, lo que nos lleva a postular efectos empíricos de lo simbólico.

El propio Claude Lévi-Strauss, en sus análisis del rito y del chamanismo, nos proporciona hipótesis, plenamente vigentes, en orden a la explicación y comprensión cómo opera el curandero y cómo sanan sus clientes, es decir, cómo se produce una eficacia terapéutica real por métodos etnomedicinales.

Volviendo sobre la caracterización del rito, lo definen tres componentes: «consiste en palabras proferidas, gestos hechos, objetos manipulados» (Lévi-Strauss 1971: 606). Cada uno de estos componentes es un condensado simbólico, que connota un sistema global de ideas, representaciones y creencias compartidas, que hubiera necesitado interminables razonamientos para explicitarse discursivamente. De manera que gestos y objetos «son otros tantos medios que el ritual se procura para evitar hablar» (p. 607). Mientras que las palabras rituales, esa recitación que acompaña al rito, tienen menos importancia por lo que dicen que por «cómo lo dicen». Y es esto último lo que interesa analizar.

La utilización de esos tres componentes, palabras, gestos y cosas, echa mano de procedimientos idénticos. En primer lugar, la fragmentación o segmentación dentro de cada clase de frases, gestos y objetos, generando hasta el infinito distinciones de los menores matices, «oposiciones infinitesimales», cuyo significado debe averiguar el análisis aislándolas y relacionándolas. En segundo lugar, como ya se he hecho notar, la repetición insistente de la misma fórmula, o de fórmulas parecidas, con breves intervalos a los que sigue una nueva retahíla de fórmulas, a veces vacías de sentido, entre las que despunta una tenue significación. Ambos

procedimientos, fragmentación y repetición, se oponen, pero resultan a la par complementarios, e incluso el primero podría entenderse como una variedad del segundo.

Mediante las operaciones que le son propias, el ritual tiene por función superar e integrar oposiciones, como las que se dan entre diacronía y sincronía, periodicidad y aperiodicidad, tiempo reversible y tiempo irreversible, y también entre enfermedad y salud. El rito mágico persigue obstinadamente su objetivo, imponiendo su esquematismo, hasta el punto de que, más allá de la vacuidad con que puede tropezar su juego irracional, cumple otra función («senatorial» la llama Lévi-Strauss), que introduce pausas, etapas intermedias, una actitud reflexiva, como una temporización capaz de atemperar cualquier acción humana.

El secreto de la ritualidad terapéutica se encuentra tan lejos del empirismo como del misticismo. La conducta ritual no se explica, como se figura cierto naturalismo trasnochado, por una reacción espontánea frente al mundo vivido, cuando éste hace presagiar un riesgo que engendra un estado afectivo de ansiedad, que a su vez produciría un comportamiento ritualizado a fin de exorcizarlo. Semejante concatenación no es en absoluto evidente. El peligro no da lugar a un ritual necesariamente. La acción ritual, por supuesto, repercute en toda la persona, en su intelecto y en su afectividad; pero la explicación no se encuentra del lado de la afectividad. Ésta no es nunca la causa, sino efecto. De modo que «es necesario ver en las conductas mágicas la respuesta a una situación que se revela a la conciencia por medio de manifestaciones afectivas, pero cuya naturaleza profunda es intelectual» (Lévi-Strauss 1958: 167). Lo afectivo no es un dato primitivo. Por eso, tampoco el misticismo entraña ningún valor explicativo.

El hecho es que, ante una situación incierta simplemente vivida, el hombre no siente angustia salvo que sea de origen fisiológico, debida a un desorden orgánico. Pero la ansiedad que acompaña al ritual es primariamente de origen y orden «epistemológico», no existencial. No va de lo vivido al pensamiento, como cree el funcionalismo, sino del pensamiento (separado de la vida) a lo vivido. «El ritual no es una reacción a la vida, es una reacción a lo que el pensamiento ha hecho de ella. No responde directamente ni al mundo ni siquiera a la experiencia del mundo; responde al modo como el hombre piensa el mundo» (Lévi-Strauss 1971: 615). Lo que se propone es, entonces, superar la resistencia que ofrece al hombre su propio pensamiento; de modo que la vivencia de ansiedad expresa una segunda intención, un *conflicto lógico* más o menos inconsciente, que hace surgir el miedo y en cuya resolución o reestructuración interviene el rito.

Lo sorprendente, aquí, está en cómo a veces la resolución de un conflicto de carácter lógico profundo induce la resolución de un conflicto en el nivel biológico.

Esas prácticas rituales que, en ocasiones, pueden antojársenos estrambóticas y sin sentido, en realidad están llevando a cabo, al actuarse, complejas operaciones intelectuales. Así, el ritual, partiendo de discontinuidades discernidas especulativamente por la inteligencia, se propone salvar la contradicción, cumple la función «consistente en reconstruir lo continuo mediante operaciones prácticas» (Lévi-Strauss 1971: 616), pues «la función propia del ritual es claramente preservar la continuidad de lo vivido» (Lévi-Strauss 1983: 219), al tiempo que va renovando la memoria colectiva frente al olvido, va fijando etapas del calendario como hitos de un camino, dotando de sentido a una historia, o a una biografía. El rito pertenece al orden de lo *actuado*, como si dijéramos al ámbito sacramental del *ex opere operato*; pero actúa como un operador lógico, cuya efectividad repercute en el alma y en el cuerpo, en la comunidad y el individuo.

Los párrafos precedentes exponen los supuestos sobre los que descansa la *teoría estructuralista* de la eficacia simbólica (1958: 168-185; también 1958: 151-167). La eficacia real del chamanismo —y de ese análogo suyo entre nosotros que es el curanderismo— implica «la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo (...) en el poder del hechicero mismo; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva» (Lévi-

Strauss 1958: 152), como contexto que hace posible la curación. La enfermedad lleva consigo una perturbación tanto biológica como social y psíquica. El ritual terapéutico viene a restituir la personalidad social y a conseguir la recuperación física, por intermediación de ciertos mecanismos psicofisiológicos. Los esquemas culturales de los que participan curandero y curados están predispuestos para «objetivar estados subjetivos, formular impresiones informulables e integrar en un sistema experiencias inarticuladas» (1958: 155). En su caso, el curandero, dada la vivencia íntima que tiene de estados subjetivos de malestar y la habilidad que él ha desarrollado, acierta a sintonizar, a orientar su lenguaje y sus manipulaciones en orden a proporcionar traducciones asumibles del trastorno sufrido, de tal manera que se desbloquea el conflicto, y su resolución intelectual conlleva la disolución real de los trastornos afectivos y orgánicos. Se postula que los diversos niveles están interrelacionados; sus estructuras se corresponden y conectan de alguna manera. En suma:

Se trataría de inducir una transformación orgánica, consistente, en esencia, en una reorganización estructural, haciendo que el enfermo viva intensamente un mito (...), cuya estructura sería, en el plano del psiquismo inconsciente, análoga a aquella cuya formación se quiere obtener en el nivel del cuerpo. La eficacia simbólica consistiría precisamente en esta “propiedad inductora” que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homólogas, capaces de constituirse, con materiales diferentes, en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo (Lévi-Strauss 1958: 182).

Los métodos psicoanalíticos, y seguramente todas las terapias de enfoque holista, se fundan en esos mismos principios.

Investigaciones más recientes, apuntan a diversas hipótesis tendentes a una explicación científica de la eficacia real por medios simbólicos, o al menos vienen a clarificar sus fundamentos. Llegamos a entrever que lo «sobrenatural» y lo «mágico», en cuanto tienen efectos objetivos en la sociedad y las personas, curando y procurando la salud, realmente forman parte no sólo de la condición humana, sino, en un sentido amplio, de la naturaleza. Se trata, en el fondo, de averiguar la comunicación del sistema neurocerebral con otros sistemas (el muscular, el endocrino, el inmunitario...). Se trata de demostrar una experiencia cotidiana: que así como los trastornos orgánicos se traducen en estados anímicos y en perturbaciones del pensamiento, así hay elaboraciones simbólicas del pensamiento (consciente e inconsciente), cuyo mediador es el curandero, que repercuten en la vivencia psicoafectiva y en el equilibrio orgánico, cerrando el círculo de la recursividad bio-psico-cultural. Sus formas, condiciones y límites están pendientes de clarificar más ampliamente.

La *neurofisiología* soviética indagó sobre el hecho de que el cerebro hace enfermar y hace sanar.

La actual *neuroendocrinología* está despejando las bases científicas que explican cómo es posible dejarse morir de tristeza, o vencer una enfermedad tenida por incurable. Estudia cómo la hipófisis controla las glándulas suprarrenales, que segregan dos hormonas, cortisol y adrenalina; la primera, por ejemplo, entre otras cosas, modula el sistema inmunológico. A la vez, el hipotálamo libera diferentes hormonas, como las endorfinas, que calman el dolor y dan sensación de bienestar. Estas comprobaciones de los neuroendocrinólogos, elucidando esos complejos mecanismos que confirman el poder del cerebro sobre la salud y la enfermedad, vienen a dar la razón a la sabiduría popular y a coincidir con la constatación de los etnólogos, que encuentran personas con una habilidad especial para activar favorablemente tales mecanismos, valiéndose de códigos culturales compartidos con sus pacientes.

Para la *teoría inmunológica*, lo que ocurre es que los rituales inciden en el sistema neurocerebral, cuyos impulsos electroquímicos se transmiten hasta la intimidad celular. La *psiconeuroinmunología* postula una correlación entre el sistema nervioso central y el sistema inmunitario, lo que dota al individuo de un ámbito de autonomía en la elaboración y en la superación de sus patologías. El cuerpo puede defenderse mejor o peor, en lo que el sistema inmune actúa como variable independiente. Pero, además, se ha probado la comunicación entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico, rompiendo con un dogma que afirmaba lo contrario:

Los avances de la neuroinmunología han demostrado que el estado psicológico de hombres y animales de experimentación modula las respuestas defensivas inmunes. Asimismo, las células de la glía, población celular del cerebro que complementa y regula las funciones de las neuronas, pueden captar mensajes químicos que envían las células inmunológicas (Rubio Arazuri 1995: 38).

Los mensajes enviados, que ordenan, por ejemplo, fabricar un anticuerpo, son proteínas, llamadas citoquinas, que cuentan con receptores específicos en la membrana celular, que así descifra su significado. Entre las células de ambos sistemas se emite y recibe información inmunológica, según se ha demostrado recientemente en el Instituto Cajal del CSIC. Trabajando en el laboratorio con ratones, al ser infectados por el virus de la encefalomyelitis, células nerviosas de la glía producen una citoquina (Factor de Necrosis Tumoral), biológicamente activa, que aniquila las células tumorales. Esta demostración del circuito de comunicación entre el sistema nervioso y el inmunológico, abre una puerta abierta al influjo psíquico —modelado culturalmente— sobre la respuesta inmune.

La *psicología neurocognitiva* investiga hoy en el papel de los símbolos culturales en el control del funcionamiento cerebral. La clave está en que el sistema nervioso central, por el que toda patología está influida, es el mismo sistema en que radica la función simbólica.

Claude Kordon, en una obra reciente (*El lenguaje de las células*, 1994), plantea la existencia de una conexión entre el lenguaje de las células y el lenguaje de los símbolos. ¿Existe realmente? ¿Qué relación se da entre las células, capaces de detectar las señales de su entorno y procedentes de otras células (señales transmitidas en forma de moléculas químicas, que cada célula reconoce y descodifica) y, de otra parte, la actividad del aparato neurocerebral, capaz de comprender y elaborar símbolos culturales (ritos, creencias, imágenes, valores)? Las neuronas específicamente son células procesadoras a la vez de ambos tipos de lenguaje, bioquímico y simbólico: ¿Son ellas las que efectúan la traducción de uno a otro, y viceversa? ¿De qué modo puede incidir esa comunicación en la pérdida y recuperación de la salud?

Lo alentador es que los mecanismos que operan esa comunicación, esa traducción de información culturalmente codificada a información molecularmente codificada están siendo, poco a poco, puestos al descubierto.

A partir de estas últimas teorías, cabe deducir que la actuación multinivel del curandero (intervención sobre el cuerpo, sobre el psiquismo, sobre lo social) puede desencadenar repercusiones terapéuticas, cual transposiciones musicales de una escala a otra. Importa menos lo que nos dice el curandero, pues lo que lo convierte en tal es su saber hacer, no el saber explicar. El ser prodigiosamente capaces de influir en mejorar la salud del prójimo no obsta en absoluto para una total incapacidad de explicar (científicamente) cómo lo hacen; por otro lado, saber explicar lo que hacen no confiere la menor virtud terapéutica. El curandero más bien deja que pase lo que se espera de sus técnicas y ritos, cuya variabilidad concreta encubre mecanismos más sutiles. Combinando la eficacia manipulatoria e incluso farmacológica con la simbólica, sus

intervenciones tienen eco en todos los niveles constitutivos del ser vivo (organismo, aparatos, órganos, células) y afectan a todos sus niveles funcionales (anatómico, fisiológico, energético, psicológico, espiritual). Los trastornos en cada nivel no sólo pueden ser tratados mediante acciones específicas en su propio plano, sino también pueden resultar afectados como consecuencia de acciones en otros niveles, al formar todos parte de la unidad del sujeto vivo.

Por supuesto, hemos de admitir que hay límites impuestos «infraestructuralmente» —diríamos— por lo físico respecto a lo biológico. Pero con frecuencia ignoramos los umbrales críticos de indeterminación. Igualmente admitimos la prioridad de lo biológico (en el fondo, de lo genético), con respecto a lo psíquico. Sin embargo, eso no obsta para que unas veces sea el cuerpo el que totaliza al espíritu, y otras veces sea el espíritu quien envuelva y totalice al cuerpo. En esta línea, podemos recurrir a la idea de la *unidad* cerebro-espíritu (Edgar Morin 1986: 81-84), que es una de las explicitaciones del moriniano «paradigma de complejidad». En efecto, una *teoría compleja* del hombre, en las antípodas del dualismo cartesiano, nos ayudará a concebir las interconexiones de lo orgánico y lo psíquico, lo material y lo espiritual, lo individual y lo colectivo, lo infra- y lo superestructural. Propone una antropología fundamental que interrelaciona la dimensión biológica con la psíquica y con la sociocultural, y que piensa los bucles retroactivos de lo psicológico sobre lo fisiológico, de lo cultural sobre lo psicológico; y viceversa. Sobre tales supuestos, se entiende que la acción simbólica promueva no sólo eficacia psicológica, sino que se traduzca asimismo en eficacia social y eficacia biológica. Pues la intercomunicación y los bucles recursivos hacen de cada nivel causa y efecto de otros. Y de ahí se siguen posibles efectos de las alteraciones somáticas en el psiquismo, y de los reordenamientos psicológicos en el cuerpo; y otro tanto respecto a lo social.

La transversalidad de la práctica terapéutica se funda en la homología entre estructuras o niveles de organización que permite la traducción, de un plano a otro, de la solución hallada en alguno de ellos. El curandero actúa ahí como un intérprete, cuya sabiduría comienza por entrar en comunicación con ese interior del paciente donde están los resortes de la enfermedad y la salud. Entonces, su repertorio de remedios multifacéticos, del acervo popular, le sirve para intermediar con acierto, para —cuando es posible y acontece— desbloquear, reactivar, reequilibrar, superar contradicciones, suscitar la catarsis o la terapia.

La sabiduría del curandero culmina en aplicar principios curativos indistintamente empíricos y simbólicos, que, no obstante, en cuanto artefactos culturales, pueden desvelarnos sus mecanismos secretos. Todos los medios y remedios utilizados (imposición de manos, plantas, animales, palabras, ensalmos, conjuros, augurios, objetos sagrados como estampas o pan y agua benditos, talismanes, amuletos, exvotos, lavatorios, pociones, elixires, ungüentos, infusiones, emplastos, purgas, manipulaciones, rezos, romerías, etcétera) están culturalmente sobrecargados de simbolismos analizables. Obedecen a una lógica de las cualidades sensibles y las propiedades terapéuticas, de significados metafóricos, ensamblados mediante correspondencias, simpatías, analogías, homologías, isomorfismos y toda suerte de transformaciones semánticas. Conforme a esta lógica, se instituyen —como demuestran los casos analizados— sofisticados *códigos*, que dejan traslucir en sus mensajes toda una teorización del cuerpo enfermo y su cura. En fin, palabras, gestos y objetos curanderiles manejan paquetes de significaciones, cuyos referentes biopsíquicos, bioculturales, resultan concernidos fácticamente, hasta el punto de, en el mejor de los casos, generar una auténtica sanación.

Entre el hombre dependiente y la omnipotencia divina, entre los vivos y los difuntos, como entre la enfermedad y la salud, el rito opera una mediación para poner en comunicación, para salvar el abismo. Y al lograrlo en un plano imaginario o simbólico, por fortuna obtiene también efectos análogos en el plano real. Así pone en evidencia que la complejidad constitutiva de lo humano está tejida también de mito, de imaginación, y esconde mecanismos misteriosos,

inconscientes. La cultura inventó rituales para movilizar esos resortes, cien mil años antes de que apareciera la tecnociencia contemporánea con la vana pretensión de arrebatárle su don. A lo sumo será deseable desritualizar para rerritualizar, esto es, liberar el paralenguaje ritual de estereotipos esclerotizados y anacrónicos, a fin de permitir su inevitable adaptación, cuando nuevas mitologías alumbren el horizonte de otra era para la humanidad.

7. *Hacia una superación del paradigma biomédico*

¿Cómo explicar qué es verdaderamente la enfermedad y su génesis? ¿Cómo concebir cuáles son los remedios realmente eficaces para tratarla? Desde el principio he postulado la configuración cultural en esta materia. He expuesto, a propósito del oficio de curandero, cómo se constituyen las creencias étnicas, las prácticas, la organización social y la iniciativa de los sujetos involucrados. El análisis precedente inteligibiliza de alguna manera tales aspectos. Pero quiero aclarar que en ningún momento le incumbe dar por buenos o por verdaderos sus contenidos. La pluralidad de figuras relacionadas con la búsqueda de la salud muestra a las claras que no hay ni una única práctica ni una única «teoría», sino varias. Y detrás de ellas, marcos conceptuales más básicos, es decir, distintos paradigmas subyacentes. Toda interpretación supone alguno. El enfoque médico científico, también. Sacralizar la ciencia, o sea la ciencia médica en su estado actual, o lo que se enseña en las facultades de medicina, no sería el mejor camino⁹ para esclarecer los problemas planteados por las preguntas iniciales de este párrafo.

Más bien debemos considerar cualesquiera sistemas tocantes a la recuperación de la salud como sistemas etnomédicos. No sólo aquellos ajenos a nuestra historia occidental. No sólo el curanderismo vergonzante. No sólo las etnomedicinas importadas y comercializadas hoy por multinacionales. La medicina científica, la que es objeto de consumo tanto como la que es objeto de investigación, pertenece a nuestra etnomedicina.

Desde esta premisa, habría que comparar unas etnomedicinas con otras y poner al descubierto sus fundamentos: en el fondo, la concepción antropológica que esconden. Arthur Kleinman, en su obra *Pacientes y curadores en el contexto de la cultura*, contrapone dos paradigmas, que denomina «modelo etnomédico» y «modelo biomédico». En el bien entendido, por muestra parte, de que éste último modelo es tan étnico como el primero, el planteamiento resulta muy interesante por el estudio comparativo que lleva a cabo, concretamente, sobre la tradición médica china, desentrañando la «construcción cultural de la enfermedad». Los obstáculos metodológicos con que tropieza son bien elocuentes: «Simplemente no poseemos marcos conceptuales válidos para comparar las formas de praxis clínica indígenas y occidentales, o para contrastar las hipótesis sobre los mecanismos curativos, o para determinar con precisión el resultado terapéutico» (Kleinman 1980: 375-376). Nos disuade de toda precipitación concordista, de toda proyección etnocéntrica de nuestra ciencia. Pues para él queda patente que «al analizar y comparar las categorías y situaciones clínicas, es esencial que las investigaciones antropológicas no acepten el paradigma biomédico como marco teórico apropiado para describirlas e interpretarlas» (377-378).

Pues bien, debemos suscribir esa misma conclusión, aun cuando nos limitemos a nuestro contexto civilizatorio, donde también encontramos paradigmas muy enfrentados, sin que sea tan evidente la supremacía de ninguno de ellos.

⁹ Un libro como *Curanderos. Viaje hacia el milagro*, de Pepe Rodríguez (1992), que recoge cuantiosa información al respecto, aparece, sin embargo, lastrado de un cientismo doctrinario que lo condena a demasiadas contradicciones.

La explicación de la etiología y el consiguiente tratamiento de la enfermedad se resuelve, en líneas generales, conforme a un trilema: el paradigma biólogo, dominante en la medicina moderna; el paradigma sociólogo o culturalista; y el paradigma psicólogo.

La medicina oficial tiene bien ganado el nombre de *biomedicina*, puesto que circunscribe toda explicación a la máquina del cuerpo —en expresión cartesiana—. Para ella sólo hay anatomía y fisiología, concebidas al modo determinista. En la vanguardia actual, la genética abre el horizonte a un nuevo determinismo, sumamente polémico. Aquí, se excluye por principio lo mágico, lo sobrenatural, lo cultural; se elimina el alma y el sujeto, como entidades metafísicas, superfluas. Esto le confiere su fuerza y su debilidad. Por ejemplo, es sabido que la enfermedad suele ir asociada a falta de integración social y a pérdida del sentido de la vida; en consecuencia, la biomedicina está en desventaja para responder a esas dos dimensiones, frente a los resortes puestos en acción por los curanderos. Los médicos soslayan, aunque es imposible librarse de ella, la reelaboración cultural de la dolencia y la sanación.

El paradigma biólogo comenzó a recibir críticas, hace más de medio siglo, por parte de la antropología médica y la epidemiología. Desde una orientación funcionalista y marxista se destacó la *génesis social* de las enfermedades (en razón de la clase social, el puesto de trabajo, el sexo...). Más recientemente, los cognitivistas han puesto de manifiesto el influjo de la cultura, de la etnicidad (la cosmovisión, los valores simbólicos...). De modo que hay enfermedades típicas de contextos sociológicos y étnicos determinados. Se produce una interrelación entre patología y sociedad, por mucho que sea controvertida¹⁰ su teorización.

En fin, el paradigma psicólogo privilegia los procesos mentales del individuo como clave explicativa. En este apartado entra toda una gama de posiciones, con mayor o menor pretensión científica, que ni siquiera mencionaré. En último extremo, se llega a postular que las enfermedades que uno padece y su curación dependen causalmente de las emociones e ideas subjetivas. En nuestros días, es ya tópico que hay enfermedades «sociosomáticas» y psicosomáticas, incluso entre los profesionales médicos, aunque no llegan a sacar las lógicas consecuencias teóricas y prácticas.

A paliar las insuficiencias del paradigma biomédico ayudará también la reconsideración filosófica sobre la enfermedad y el dolor, sobre el paciente como sujeto y sobre la relación terapéutica.

Para buscar una concepción paradigmática que no resulte reduccionista ni simplificadora, es necesario un enfoque antropológico que no mutile ninguna dimensión fundamental. Por eso es urgente la formulación de un paradigma complejo.

¿Qué es la enfermedad? Cabe responder, inicialmente, con una enumeración abierta de rasgos: Es expresión de un error genético o de un defecto congénito; reacción inducida por el desequilibrio colectivo; alteración de las constantes vitales propias del estado normal; disfunción corporal que afecta negativamente al funcionamiento o a la estructura psíquica individual; proceso de entropía que corroe a todos los organismos vivos; etcétera.

Hemos de admitir, entonces, la poligénesis de los estados patológicos, englobables tal vez en cierto desequilibrio o perturbación que amenaza la integridad del sujeto vivo, sea por exceso de homogeneización, sea por exceso de heterogeneización —por adoptar estos conceptos de

¹⁰ Las condiciones sociales inciden en la enfermedad, y viceversa. Jesús M. de Miguel defiende la tesis funcionalista según la cual «así como la cultura y la sociedad influyen considerablemente la enfermedad, el impacto de la enfermedad en la sociedad es mucho menor» (Kenny y de Miguel 1980: 23). Por consiguiente, las enfermedades difícilmente cambiarían la estructura demográfica y el curso histórico. Semejante tesis, sin embargo, entra en colisión con otra no menos funcional, como la de Marvin Harris, cuando establece una conexión causal entre la pandémica peste negra de 1348, en Inglaterra, y los cambios que originarían nada menos que la aparición del capitalismo (cfr. Harris 1977: 231). También se podría recordar el desplome de la demografía amerindia ante el impacto de enfermedades introducidas por los europeos.

Lupasco—.

Al sistematizar los factores implicados (y a partir de aquí sigo un planteamiento inspirado en Edgar Morin), la enfermedad como perturbación tiene, en primer lugar, un *enraizamiento físico*. Los constituyentes del ser humano a nivel básico son todos componentes físicos. Nuestra vida depende del ecosistema fisiconatural, del que formamos parte. Estamos sometidos entrópicamente al desgaste y el desorden. Resultamos vulnerables a la radiactividad, al impacto físico y químico.

En segundo término, el encontrarse saludable o enfermo son propiedades de la autoorganización viviente. Hay una *constitución biológica* de la enfermedad, íntimamente ligada a la vida de las células, los órganos, el organismo, la especie. Hay disfunciones anatómicas y fisiológicas, deterioro estructural fenoménico, errores genéticos y de traducción proteínica, un ritmo de crecimiento y vejez medido por relojes biológicos, un balance incierto de los intercambios con la biosfera...

Tercero, habrá que articular igualmente la *constitución psicológica*, biopsíquica, referida a la vinculación entre cuerpo y cerebro, y, por otro lado, a la unidualidad cerebro-espíritu y a todo cuanto afecta al psiquismo humano individual y a sus funciones de conocimiento, sentimiento y comportamiento.

Por último, la enfermedad entraña una *constitución cultural*, social. El ecosistema humano real no es exclusivamente natural, sino bio-cultural. Nuestro aparato neurocerebral y psíquico se estructura por medio de la información cultural. La vida en sociedad remodela culturalmente nuestra naturaleza biológica y nuestra readaptación al medio. Es del todo exacto decir que enfermamos conforme a patrones culturales.

Esta propuesta de un paradigma antirreduccionista permite concebir la enfermedad como perturbación que, sea cual sea su origen, nos afecta recursivamente como especie y como sociedad y como individuo. Siempre se empujan entre sí las dimensiones

BIO → SOCIO → PSICO
└──────────┘

Consiste en una desorganización, funcional o estructural, de la autoorganización del individuo viviente, con su autorreferencia, su inmunología, su subjetividad, inserto en los varios planos que lo atraviesan y constituyen. Cada individuo humano emerge como sujeto —y como sujeto paciente— enraizado físicamente, fundamentado biológica y antroposocialmente. Así como la salud estriba en un proceso recursivo (*re-*), favorable a la reorganización permanente del ser vivo (Morin 1980: 393), en paralelo y a la inversa, concebimos la morbilidad como un proceso *des-*, negativo, en la recursividad existente entre lo genético, lo fenoménico, el sujeto, la cultura, el ecosistema. Lo cual supone, total o parcialmente: desactivación, desbuclaje, desorganización (no reparación, no renovación, no reproducción de constituyentes, no autorreproducción), desproducción, degeneración, desmemoración (práxica o psíquica), desreflexión, desrecursión...

Salud y enfermedad no son la simple negación una de otra; se empujan una con otra. Lo mismo que la vida y la muerte. La enfermedad es vida atenuada y muerte atenuada. De manera análoga a la muerte (cfr. Morin 1980: 456-457), la enfermedad procede del exterior, es ecodependiente. Procede asimismo del interior, de la máquina que produce su propia enfermedad. Procede, más aún, del interior del interior: por error de computación o de transmisión de información. Procede de lo anterior del interior, como envejecimiento controlado por un cronómetro biológico. Procede, en fin, de lo que niega la enfermedad, de los mismos procesos cuya incertidumbre permite luchar contra la enfermedad. Las condiciones de la enfermedad son las condiciones de la vida: está en el meollo de la vida, como la muerte misma.

Por consiguiente, hay biogénesis, psicogénesis y sociogénesis del malestar. Se da un nivel genético y un plano fenoménico, interrelacionados. Puede afectar a la información (genética,

cultural) y al sistema-máquina vivo, al aparato neuropsíquico, a la megamáquina social, con repercusiones de uno en otro. Puede imponerse por necesidad, como el envejecimiento o el desgaste entrópico; o por azar, como una infección, un trauma, un accidente. En el ámbito psíquico, neurocerebral, se entrecruza lo informacional y lo maquina de la organización viviente. En la célula y en el cerebro, en dos modalidades dispares, una clausurada, la otra abierta, se da información para la organización, organización para la información, y una organización de la información vital. La problemática de la salud, y de la terapia, tiene mucho que ver con los mensajes.

En perspectiva evolucionista, la selección natural (y cultural) posee un valor terapéutico; pero, a la inversa, la información terapéutica entraña un valor de selección y de adaptación para la supervivencia de la especie, para el progreso de la civilización y el bienestar del individuo.

Son bienvenidas todas las indagaciones que confluyan en un esclarecimiento de los complejos mecanismos implicados en nuestro tema: investigaciones sobre el genoma, la célula, el cerebro, la cultura, el sujeto... De la genética a la biología molecular y celular, a la neurobiología y la neuroendocrinología... Siempre que unamos el conocimiento con la experiencia reflexivamente vivida. De esta última, sin duda, parte la medicina popular y de ella extrae su saber, que, aun vertido en moldes mágicos y religiosos, acierta de hecho a movilizar los resortes de la curación.

A largo plazo, sin embargo, otros deberán ser los herederos del arte de la curandería. La simpatía con que aquí hemos considerado a los curanderos tradicionales semeja un volver la vista atrás con cierta nostalgia por ese último vestigio de la cultura iletrada en la época de las redes mundiales de información, que está condenado a dejar de ser lo que fue, para ser sustituido por una ciencia médica obradora de prodigios: a cuya sombra, nunca dejará de cobijarse toda laya de charlatanes.

REFERENCIAS

ACKERKNECHT, Erwin H.

1971 *Medicina y antropología social. Estudios varios*. Madrid, Akal, 1985.

AMEZCUA MARTÍNEZ, Manuel

1993 *La ruta de los milagros*. Alcalá la Real (Jaén), Entreolivos.

BLACK, William George

1889 *Medicina popular. Un capítulo en la historia de la cultura (facsimil)*. Barcelona, Alta Fulla, 1982.

CARRIL RAMOS, Ángel

1991 *Etnomedicina popular*. Valladolid, Castilla Ediciones.

CHOPRA, Deepak

1991 *Curación cuántica*. Barcelona, Plaza & Janés.

DESCARTES, René

1662 *Tratado del hombre*. Madrid, Editora Nacional, 1980.

ELIADE, Mircea

- 1951 *El chamanismo*. México, FCE, 1976.
- GÓMEZ GARCÍA, Pedro
 1994 «La interpretación del curanderismo: Dos coloquios contrastantes», *El Folklore Andaluz*. Nº 12.
 1996 «Teorías étnicas y etnológicas sobre la terapéutica popular», en José A. González Alcántud y Salvador Rodríguez Becerra (coord.), *Creer y curar: La medicina tradicional*. Granada, Diputación Provincial, 1996 (209-250).
- GREENWOOD, Davyd J.
 1984 «Medicina intervencionista versus medicina naturalista. Historia antropológica de una pugna ideológica», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*. Nº 3: 57-81.
- HARRIS, Marvin
 1977 *Caníbales y reyes. Los orígenes de las culturas*. Barcelona, Argos Vergara, 1978.
- HAY, Louise L.
 1984 *Usted puede sanar su vida*. Barcelona, Urano, 1992.
 1991 *El poder está dentro de ti*. Barcelona, Urano, 1993.
- HERNÁNDEZ NARROS, Vicente
 1951 «El mal de ojo. El arrayado de las calenturas y las cuerdas torcidas», *Hojas Folklóricas. Centro de Estudios Salmantinos*. Salamanca, 1.
- HEUSCH, Luc de
 1974 «Introduction à une ritologie générale», en Edgar Morin y Massimo Piatelli-Palmarini, *L'unité de l'homme*. París, Seuil.
- ILLICH, Ivan
 1975 *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.
- ISIDORO DE SEVILLA
 1982 *Etimologías. Tomo I, libro VIII*. Madrid, Editorial Católica.
- KENNY, Michael (y Jesús M. de Miguel)
 1980 *La antropología médica en España*. Barcelona, Anagrama.
- KLEINMAN, Arthur
 1980 *Patiens and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press.
- KORDON, Claude
 1994 *El lenguaje de las células*. Madrid, Alianza.
- LÉVI-STRAUSS, Claude
 1958 *Antropología estructural*. Barcelona, Paidós Ibérica, 1987.
 1962 *El pensamiento salvaje*. México, FCE, 1964.
 1971 *Mitológicas IV: El hombre desnudo*. México, Siglo XXI, 1983.
 1973 *Antropología estructural [dos]*. México, Siglo XXI, 1979.

- 1983 *La mirada distante*. Barcelona, Argos Vergara, 1984.
 1985 *La alfarera celosa*. Barcelona, Paidós, 1986.
 1994 *Mirar, escuchar, leer*. Madrid, Siruela.
- MAIMÓNIDES, Moisés
 1991 *Obras médicas. I, Régimen de salud*. Córdoba, El Almendro.
- MALINOWSKI, Bronislaw
 1925 *Magia, ciencia, religión*. Barcelona, Ariel, 1976.
- MARIÑO FERRO, Xosé Ramón
 1985 *La medicina popular interpretada, I*. Vigo, Edicións Xerais de Galicia.
 1986 *La medicina popular interpretada, II*. Vigo, Edicións Xerais de Galicia.
- MCLANE, Merrill F.
 1989 «Curanderos en Andalucía oriental», en M. Kenny y J. M. de Miguel (coord.), *La antropología médica en España*. Barcelona, Anagrama: 167-181.
- MÉTRAUX, Alfred
 1967 *Religión y magias indígenas de América del Sur*. Madrid, Aguilar, 1973.
- MORIN, Edgar
 1980 *El método. II, La vida de la vida*. Madrid, Cátedra, 1983.
 1986 *El método. III, El conocimiento del conocimiento*. Madrid, Cátedra, 1988.
- PERDIGUERO GIL, Enrique
 1986 «El mal de ojo. De la literatura antisupersticiosa a la antropología médica», *Asclepio*, 38: 47-66.
- RODRÍGUEZ BONFILL, Pepe
 1992 *Curanderos. Viaje hacia el milagro*. Madrid, Temas de Hoy.
- RUBIO ARAZURI, Nazario
 1995 «Las células nerviosas hablan con las inmunes», *El País*, 24 mayo: 38.
- SAGAN, Carl (y Ann Druyan)
 1992 *Sombras de antepasados olvidados*. Barcelona, Planeta, 1993.
- SAINZ MARTÍNEZ, Lucio
 1989 *Curad a los enfermos*. Palencia, Gráficas Iglesias.
- TEN HAVE, Henk A. M. J.
 1987 «Medicine and the cartesian image of man», *Theoretical Medicine*, 8, 2: 235-246.
- TOOMBS, S. Kay
 1992 *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht/ Boston/London, Kluwer Academic Publishers.

En Pedro Gómez García (coord.), *El curanderismo entre nosotros*. Granada, Editorial
Universidad de Granada, 1997: 13-73.
ISBN 84-338-2387-6
