

EL PENSAMIENTO MÁGICO EN LA MODERNIDAD: BIOMEDICINA Y CHAMANISMO

Antoni Jesús Aguiló Bonet
Universitat de les Illes Balears

RESUMEN: Desde un punto de vista descriptivo, en este artículo se analiza una de las formas de pensamiento mágico presentes en las «sociedades avanzadas». Así, estableciendo un paralelismo entre el modelo terapéutico de la biomedicina y la práctica chamánica, puede revelarse la importancia que adquiere la fe en los diferentes símbolos que intervienen en el núcleo de la relación médico-paciente; fe que de manera notable refuerza las expectativas de curación del enfermo.

ABSTRACT: From a descriptive point of view, this article analyzes one of the actual forms of magic thought in «advanced societies». In this way, establishing a parallelism between the therapeutic model of biomedicine and the practice of the shaman, the importance acquired by the faith in the different symbols that intervene in the nucleus of doctor-patient relationship can be revealed. In fact, this faith reinforces the patient's expectations of a cure in a notable way.

A modo de introducción: pensamiento mágico, pensamiento científico.

Uno de los tópicos más difundidos por el grueso de la literatura académica mantiene que el pensamiento mágico y el pensamiento científico constituyen esencialmente dos modos más bien distintos que similares de pensar y, por tanto, dos estilos peculiares de diseñar estrategias para enfrentarse a la realidad de cada día. En su monumental obra *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*, fruto de un gran trabajo de campo con poblaciones centroafricanas, Evans-Pritchard ejemplifica con claridad los puntos de vista de ambas expresiones del pensamiento.

Según parece, un hombre de la aldea que yacía a la sombra de un granero había fallecido porque éste se le desplomó encima. Tanto las respuestas que ofrecen el nativo azande como el antropólogo tratan de explicar el funesto suceso que quiebra el funcionamiento ordinario de la comunidad. El azande, desde la modalidad de pensamiento mágico, determina que se trata de un accidente resultante de un acto de brujería: algún brujo, por medio de sus poderes, ha resuelto que acontezca tal desgracia. Por su parte, el argumento esgrimido por el estudioso británico representa el modelo de explicación y comprensión científica de los hechos: así, el derrumbe del granero se explica porque las termitas lo habían estado carcomiendo. Su desprendimiento, en

consecuencia, era predecible y si ha segado la preciosa vida de uno de los hombres del poblado se debe a que, teniendo en cuenta el hábito de los azande de tenderse a la sombra y descansar, era probable que, en sus defectuosas circunstancias, acabara por aplastar a alguien. Cuando irremediablemente surge la pregunta del por qué, tratando de esclarecer los motivos por los cuales ha sido perjudicada precisamente ésta y no otra persona, no hay más justificación que la intervención de la casualidad, el azar o la suerte. Sin embargo, el concepto de casualidad inspira demasiada incertidumbre en la mentalidad azande, que necesita encontrar el sentido primordial oculto detrás de algo que, a los ojos de la racionalidad científica, no es otra cosa que una lamentable conjunción de circunstancias desencadenada «porque sí».

Sin duda, la muerte es un hecho socialmente muy importante entre los azande para aceptar que sea el producto de una pura coincidencia que no obedece a una necesidad ineludible, asunción a la que forzosamente nos conduce la argumentación representante de la racionalidad científica. Una respuesta tal, en efecto, aboca al azande a un estado de perplejidad y duda. Si detrás de la invocada coincidencia no actúa una necesidad que dé un sentido a los hechos cotidianos que pueden perturbar el orden social, en la práctica resulta imposible enfrentarse exitosamente a ellos sin poder hacer nada para evitar que se repitan en el futuro. Quedarían abandonados, de este modo, a la pura contingencia del evento.

No menos insatisfactorio resulta para el modo de pensamiento mágico reconocer la serie de causas que han provocado la enfermedad repentina de un familiar y, asimismo, hacer de ellas un sin sentido. De nuevo todo interrogante planteado más allá de la explicación puramente causal del discurso científico médico, basado en términos de observación empírica del organismo humano, se circunscribe dentro de una carencia explicativa llamada azar. Por el contrario, si la enfermedad es interpretada desde un prisma distinto al del pensamiento científico, a la manera, por ejemplo, de una entidad viva que ingresa en el cuerpo y está relacionada con un orden espiritual, ella misma pasa a formar parte de un hondo substrato de creencias que suple la misteriosa intervención de la casualidad.

Tradicionalmente se ha sostenido que el principal aspecto que distancia ambas formas de afrontar la realidad reside en que el pensamiento mágico está sólidamente arraigado en el ámbito de las creencias, es decir, de la subjetividad, mientras que el pensamiento científico ejecuta su actividad en el terreno de la objetividad, que trata de comprender racionalmente apoyándose sobre todo en distintas pruebas de verificación o falsación empírica. Si el primero requiere una actitud de confianza, estrechamente vinculada a la esfera de la afectividad y la expresión de las emociones, el pensamiento científico, en cambio, en su tarea de describir la realidad de manera rigurosa necesita de una buena dosis de escepticismo, entendido en la significación etimológica del término *skepsis*: el examen atento, cauteloso e imparcial del entorno. Desde esta óptica, no resulta extraño que al hablar de las diferencias elementales entre ciencia y magia Malinowski afirme que:

«La ciencia, incluso la que representa el primitivo saber del salvaje, se basa en la experiencia normal y universal de la vida cotidiana, en la experiencia que el hombre adquiere al luchar con la naturaleza en aras de su supervivencia y seguridad, y está fundamentada en la observación y fijada por la razón. La magia se basa en la experiencia específica de estados emotivos en los que el hombre no observa a la naturaleza, sino a sí mismo y en los que no es la razón sino el juego de emociones sobre el organismo humano el que desvela la verdad. Las teorías del conocimiento son

dictadas por la lógica, las de la magia por la asociación de ideas bajo la influencia del deseo. Es un hecho empírico que el corpus del conocimiento racional y el corpus de los saberes mágicos están incorporados en tradiciones diferentes, en un escenario social diferente y en un tipo diferente de actividad, y que todas estas diferencias son claramente reconocidas por los salvajes.»¹

Desde el enfoque funcionalista de Malinowski la magia se entiende como un «corpus de actos puramente prácticos que son celebrados como un medio para un fin».² Siendo así, la práctica mágica se traduce en la consecución de un resultado en ciertas actividades que el ser humano lleva a cabo en su relación cotidiana con su entorno y la naturaleza: la caza, la pesca, la agricultura, los asuntos amorosos, la enfermedad, la muerte u otras cuestiones. Conviene tener en cuenta, además, que los ritos mágicos sirven, aunque no siempre, para liberar un cúmulo de emociones primarias difícilmente controlables, como el miedo, la alegría o el dolor. No resulta extraño, pues, que en estas particulares circunstancias el conjunto de objetos que participa en tales ritos adquiera, como se verá en el siguiente epígrafe, una intensa carga simbólica que refuerza la fe en su eficacia.³

En su «Esbozo de una teoría general de la magia»,⁴ Marcel Mauss se ha preocupado de distinguir el rito mágico de otros rituales con los que puede ser confundido, como la ceremonia religiosa. Aunque ambos forman parte de la tradición, para el antropólogo las condiciones en que se llevan a cabo los ritos mágicos se caracterizan por no formar parte de un culto o sistema organizado, sino que más bien constituyen un rito privado, secreto y misterioso, en contraposición a la oficialidad y la prescripción de la práctica religiosa.

Por otra parte, como han puesto de manifiesto algunos estudios clásicos de la antropología, entre los que destaca *La rama dorada*, el colosal estudio de Sir James George Frazer, dos son básicamente las leyes de asociación de ideas que operan en el pensamiento mágico.⁵ En primer lugar, la ley de semejanza, también llamada magia homeopática, que establece relaciones de analogía entre elementos: el humo enviado al cielo por un practicante de magia, por ejemplo, puede provocar la aparición de nubes. En segundo lugar, la ley de contacto o contagio, que da lugar a la magia contagiosa, según la cual un objeto o persona que ha estado en contacto con entidades dotadas de un poder especial se «contamina» del mismo, pudiendo padecer su influencia incluso en puntos espacialmente distintos. En este sentido, presuntamente sanará la persona en la que han sido impuestas las manos del curandero o enfermará aquella otra víctima de un ritual vudú elaborado a partir de algunas de sus pertenencias: pelos, uñas o saliva, por citar algunas. No puede obviarse, por otra parte, que a pesar de la duda escéptica cultivada por filósofos de la talla de Hume, la racionalidad característica del pensamiento científico ha supuesto a lo largo de la historia que los hechos observables están fundados en un tercer principio asociativo, el de causalidad, según el cual todo fenómeno es efecto de alguna causa. El descubrimiento de la regularidad con que acaecen en la naturaleza las relaciones causa-efecto permite al científico al acopio de

¹ Malinowski (1974): 103-104.

² Malinowski (1974): 82.

³ «Toda creencia en la eficacia de lo mágico tiene su correspondencia en esas ilusiones de la experiencia subjetiva, momentánea en el intelecto del civilizado racionalista aunque no ausentes del todo, pero poderosas y convincentes para el hombre simple de toda cultura, y, por encima de todo, para la mente primitiva del salvaje.» Malinowski (1974): 97.

⁴ Mauss (1991): 50-55.

⁵ Frazer (1991): para un desarrollo pormenorizado véanse págs. 33-71.

datos basados en la experiencia sobre los que podrá contrastar y formular teorías explicativas, leyes, previsiones, cálculos estadísticos y realizar otra serie de operaciones, mientras que la magia ejecuta su proceder por medio de las señaladas celebraciones rituales.

Teniendo en cuenta estos apuntes preliminares, el objetivo de esta reflexión no es otro que el de poner de manifiesto la actualidad de algunas formas de pensamiento mágico en las sociedades supuestamente modernas, mostrando que los límites entre el pensamiento mágico y el científico son a menudo imprecisos. Para ello, aunque podrían tomarse en consideración muchas otras, analizaré en sus líneas maestras la conducta mágica adoptada en una importante esfera de nuestro entorno social: el ámbito de la salud, señalando, de manera más concreta, los fundamentos mágicos que sostienen la relación médico-paciente. De este modo, mediante el establecimiento de un paralelismo entre la terapéutica de la medicina científica occidental y la práctica chamánica, puede revelarse la importancia de los mecanismos simbólicos que intervienen en la curación, reforzando la creencia en la misma.

Entre Hipócrates y Asclepio: medicina científica y eficacia ritual.

«¿Cómo es posible a quienes han recobrado la salud achacarlo a alguna otra causa sino a la ciencia médica, si utilizándola y sirviéndose de ella se han curado? Pues no quisieron contemplar el mero rostro de la fortuna, y por ello se entregaron a sí mismos a la ciencia, de forma que están liberados de una dependencia de la suerte, pero no, sin embargo, de una dependencia de la ciencia. Y con esa medida se entregaron y confiaron en ella, y de tal modo admitieron su realidad y reconocieron su eficacia al ver realizado su efecto.»

Hipócrates, *Sobre la ciencia médica*

Propongo proseguir el discurso con un sencillo experimento mental. Imagínese una ciudad del joven siglo XXI que ha ido constituyéndose en el tiempo en alguna zona geográfica de las denominadas sociedades modernas. En efecto, el producto que resulta del conjunto urbano, a los ojos de cualquier habitante acostumbrado al *modus vivendi* de una metrópoli heredera de la modernidad,⁶ resulta por completo inconfundible. Nadie negará que la percepción de un elevado dispendio en tecnología cada vez más avanzada, concretada en máquinas, herramientas y aparatos de última generación, tales como los omnipresentes teléfonos móviles, constituye uno de sus rasgos más visibles. La división entre espacios de ocio y de trabajo es otra de las claras marcas de la modernidad. Estos últimos tan profundamente asumidos por la estructura psíquica de los ciudadanos que el trabajo llega incluso a «normalizarse», siendo uno de los más importantes elementos constitutivos de la vida moderna. La elaboración, en tercer lugar, de un extenso trazado urbanístico, resultado de unos planos en apariencia coherentes y sensatos: calles, plazas, avenidas, parques, carreteras y edificios susceptibles de provocar cierta emoción estética a los transeúntes. Destaca, por último, la presencia de determinadas instituciones que

⁶ Abandonando la pretensión de resumir la genealogía del concepto de Modernidad considero suficiente destacar la definición que Anthony Giddens presta en su estudio *Consecuencias de la modernidad*. El sociólogo británico no precisa el significado del término de manera histórica –al que se hace referencia al escribir Modernidad en letra mayúscula–, sino que lo contempla desde el punto de vista de las relaciones sociales. Así: «La “modernidad” se refiere a los modos de vida u organización social que surgieron en Europa desde alrededor del siglo XVII en adelante y cuya influencia, posteriormente, los han convertido en más o menos mundiales.» Giddens (1999): 15.

cargamos de sentido –algunas de las cuales se circunscriben al sentido de la expresión foucaltiana «instituciones sociales totales»–: desde centros educativos, penitenciarias y oficinas de reclutamiento militar hasta lugares en los que el devoto puede cultivar su religiosidad y otros cuya principal intención consiste en la vigilancia o, en su defecto, la restitución de la salud de los que padecen, como parece ocurrir en los diversos complejos médicos y hospitalarios de la red sanitaria estatal. Estos, pues, constituyen cuatro de los rasgos característicos, aunque no por ello exclusivos, de las sociedades desarrolladas.

Téngase ahora en mente uno de los señalados centros hospitalarios. Ingente y de arquitectura sobria, repleto de ventanas y pasillos laberínticos en los que cuelgan unos carteles que nos prohíben tanto generar ruido como consumir un cigarro; abundante en instrumentos quirúrgicos: desde un simple escalpelo hasta los utensilios operatorios más costosos fabricados con tecnología punta. Se advierte, en fin, un microcosmos tan peculiar aun capaz de provocar una sensación subjetiva asociada al sentido del olfato cuando alguien, fuera del contexto oportuno, afirma percibir un olor «a hospital».

Con la intención de atenuar sus padecimientos y dependiendo de su naturaleza y tratamiento, los pacientes acuden a una u otra de las unidades especializadas de salud en las que la entidad hospitalaria está dividida. De esta afirmación es posible deducir que, al menos a primera vista, la dolencia va a ser tratada básicamente desde una óptica parcial, en contraposición a la perspectiva totalizadora que adoptan otros modelos terapéuticos.⁷

Una de esas unidades especializadas, la de neurología, por ejemplo, se encarga de combatir los achaques que, como la epilepsia, amenazan el buen estado del sistema nervioso. Supongamos un médico facultado para tratar tal enfermedad ocupante de una plaza en la mentada unidad de salud. Bata blanca coloreada por unas letras mayúsculas distintivas y un rostro marcado por la experiencia que le instituye en gran conocedor de la casuística epiléptica. Inscrito durante muchos años en una Facultad de Medicina, ha invertido gran parte de su precioso tiempo en estudiar no sólo la patogénesis, sino también los cuadros clínicos y sintomáticos más frecuentes que caracterizan el morbo comicial y otras alteraciones de la salud. Lo consideramos todo un experto. Su ciencia, la Medicina, lo avala, pero es sobre todo la posesión de una credencial académica excluyente, que en su país –pongamos que hablo de España– cuenta con el poderoso respaldo de instituciones políticas, sanitarias, jurídicas y universitarias, la que le confiere la autoridad necesaria para tratar los síntomas que declara el enfermo.

En España, como en el resto de sociedades modernas, hay establecido un sistema oficial de salud que se ocupa de prevenir sus riesgos y tratar sus desmejoras. En nuestro caso su financiación es pública, si bien otros modelos, como el estadounidense, se alimentan de acuerdos con empresas privadas con el fin de conseguir un seguro médico temporal para sus trabajadores. Estos sistemas de salud nacionales, públicos o privados, poseedores de un favorecedor apoyo gubernamental ejercido por medio de diversos aparatos institucionales, constituyen todo un dilatado conjunto de prácticas médicas al que de ahora en adelante me referiré con el nombre «medicina académica», «institucional», «dominante» o simplemente biomedicina, distinguiéndolo, a su vez, de

⁷ Aquellos que Mary Douglas califica de «medicina holística», la que «toma en consideración de manera global el conjunto de la personalidad y el ambiente espiritual del paciente», y que está asociada generalmente con formas terapéuticas no institucionalizadas tales como las relativas a la medicina alternativa o complementaria. Douglas (1998): 40.

una serie de prácticas sanitarias heterogéneas y no poco extendidas que generalmente se engloban bajo la expresión «medicina tradicional», «complementaria» o «alternativa».⁸

Cuando se trata de resaltar las principales características del paradigma dominante de atención a la salud y la enfermedad, el modelo biomédico, esto es, el producto cultural más reciente a que ha dado lugar la medicina científica occidental, pueden advertirse los siguientes puntos. 1.- Opera a partir de una concepción positivista y por ende, experimental, de la enfermedad y la salud. Esto significa que a la hora de dar cuenta de los distintos estados patológicos lo hace fundamentalmente sobre la base del análisis de una realidad material, el cuerpo, adoptando un lenguaje mecanicista, o en términos más adecuados, el organismo, en el que se producen gran cantidad de procesos fisicoquímicos –conexiones neuronales, actividades de las glándulas, el proceso respiratorio, entre otros–. No llama la atención, pues, que para los practicantes de biomedicina la clínica u hospital, que tantos recelos provoca entre los pacientes, se presente como el sanctasanctórum de la experimentación. 2.- Desde esta perspectiva, se entiende que sea clasificadora y fragmentadora. Su lógica de la actuación terapéutica le lleva a trocear el organismo en varias partes –«dígame dónde le duele»– a cada una de las cuales corresponde un cuadro tipificado de síntomas. 3.- En este modelo alteración fisicoquímica se convierte en expresión sinónima de trastorno de la salud. Se pone así de manifiesto el marcado carácter biologista de la biomedicina, que acaba por reducir en exceso el concepto de enfermedad, visto básicamente a la luz de contextos somáticos en detrimento de otros factores que pese a no ser de naturaleza orgánica, como los educacionales, los políticos o los de tipo socio-económico, pueden motivar verdaderos estragos en la salud. 4.- Concibe, además, la enfermedad de un modo ahistórico, es decir, la presenta como un hecho dado fuera de un curso narrativo o conglomerado de acontecimientos que no sean los estrictamente naturales –léase biológicos–. 5.- Es asocial, entendiéndose con esto que el ejercicio de la práctica médica es visto, ante todo, como la aplicación de una técnica o conocimiento experto. Ello pone en evidencia la estrechez de la relación médico-paciente, menesterosa de una dimensión humanitaria dedicada a explorar con atención las condiciones de vida tanto del médico como del paciente con el fin de aportar explicaciones más amplias que permitan comprender mejor los procesos que subyacen al enfermar y al curar humano. 6.- Este aspecto, que no hace sino manifestar la lamentable ausencia de una relación dialógica consistente entre terapeuta y paciente, implica la aceptación de una unidireccionalidad, esto es, la falta de influencia del paciente sobre el médico, ya que por regla general éste considera a aquél como un sujeto portador de conocimientos no fiables. 7.- Se comprende, por tanto, que dicho modelo curativo adopte un enfoque eminentemente individualista donde el paciente es pensado a la manera de un organismo aislado de una totalidad con gran capacidad de influencia, la constituida por la red social. 8.- En último lugar es fácil advertir uno de los principios teóricos de índole típicamente evolucionista: el enunciado en un supuesto movimiento unilineal –siempre hacia adelante– y escalonado –cada vez más perfecto– que recibe el nombre de «progreso».

⁸ Dependiendo de las variaciones geográficas cabe diferenciar entre «medicina tradicional» (MT) y «medicina complementaria» y «alternativa» (MCA). Así, con el término MT se alude especialmente a prácticas médicas muy extendidas en países desfavorecidos de África, Latinoamérica, el Sudeste asiático y el Pacífico Occidental, identificándose sobre todo con la medicina indígena, mientras que con la expresión MCA básicamente se hace referencia a territorios en los cuales la medicina tradicional no ha sido todavía incorporada al sistema sanitario dominante, como es el caso de muchos países de Europa, Norteamérica y Australia, aunque ello no quiere decir que su número de usuarios no sea creciente y demande mayor atención. OMS (2002): 1.

La excepción más conocida a que ha dado lugar la andadura de la medicina occidental se encuentra en los planteamientos psicoanalíticos, alejados en diferentes puntos de las ideas contenidas en el modelo biomédico. Después de las «heridas» que supusieron para el hombre los hallazgos de Copérnico y Darwin, el psicoanálisis de Freud destapó los contenidos más «turbios» de la psique humana: la exploración de los aspectos inconscientes de la mente, la tematización de la vida sexual, sin olvidar la importancia de la infancia, los sueños y la cultura, vista a la manera de un poderoso agente inhibitor. Pero su metodología, que estrictamente no se circunscribía a los criterios de la psicología operante en la biomedicina, le costó el desahucio de muchas facultades de psicología, que siguen alegando su carácter irracional y una excesiva elasticidad interpretativa. Más próximas en el tiempo están las investigaciones de Vygotski y Erich Fromm, ambos preocupados por ofrecer un enfoque más amplio centrado en la influencia que el orden social y cultural tiene en los comportamientos, las patologías y actuaciones humanas.

Frente al modelo biomédico de intervención terapéutica, de acuerdo con la estrategia que ha presentado la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre medicina tradicional y alternativa para el período 2002-2005, ésta puede ser definida a la manera de:

«Prácticas, enfoques, conocimientos, y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.»⁹

Con el propósito de destacar las ideas centrales que caracterizan a uno y otro estilo de curar resulta interesante observar que en la medicina tradicional o complementaria el terapeuta puede considerar útil medicar al paciente. En caso de hacerlo se trata generalmente de preparados naturales elaborados con base de hierbas o materiales similares. Asimismo existe la posibilidad de llevar a cabo terapias que no requieren la ingestión de brebajes: son las llamadas «técnicas manuales» y «terapias espirituales» que señala la definición. Las últimas son especialmente valoradas por los usuarios de medicina tradicional porque suponen una modalidad omnicomprendensiva en el tratamiento de la enfermedad, sumergiendo al paciente en una red muy amplia de significados que sobrepasa el contexto de lo meramente somático. Esto ha hecho que varios autores, entre los que destaca Mary Douglas, al referirse a la preferencia por aquello que se ha denominado medicina tradicional y complementaria, hablen de una inclinación por la «delicadeza».¹⁰

Para la antropóloga británica, un factor condicionante a la hora de explicar la preferencia médica por lo somático –medicina oficial– o lo espiritual –medicina tradicional y alternativa– es, precisamente, el tipo de teoría curativa adoptada por el terapeuta.¹¹ Una de ellas es la que ofrece la neurología de nuestro tiempo, personificada, entre otros especialistas, por el competente neurólogo que pedí suponer. Éste abordará

⁹ OMS (2002): 7.

¹⁰ «Lo que yo llamo opción por la “delicadeza” es una forma de caracterizar una nueva tendencia, contraria a lo material, contraria a lo vulgar, lo rudo, lo tosco, lo duro, lo brutal, lo mecánico y lo impuro, y complementaria de una preferencia por la espiritualidad.» Douglas (1998): 42.

¹¹ Douglas (1998): 39.

la crisis epiléptica esencialmente a través de fármacos¹² que produzcan en el paciente un efecto alopático, es decir, contrario a la dolencia combatida. No obstante, en grupos sociales que tienen una percepción distinta de la enfermedad y cuyas prácticas médicas están basadas fundamentalmente en la medicina tradicional, las pautas habituales del tratamiento epiléptico pasan por un ritual que no consiste en la prescripción de un anticonvulsivo mediante dosis de drogas como la difenilhidantoína o el fenobarbital.

En un breve e interesante trabajo de campo titulado «Pensamiento mágico y epilepsia en la medicina tradicional indígena»,¹³ los doctores Carod y Vázquez-Cabrera han estudiado la concepción de la patología epiléptica y su tratamiento en diferentes etnias centroafricanas, así como del centro y el sur de América. Comúnmente estas etnias interpretan la génesis de la epilepsia desde lo sobrenatural y no tan sólo como una preocupante alteración de los elementos fisicoquímicos del organismo, en este caso, del cerebro. En los guaraníes, a título de ejemplo, localizados en el Chaco paraguayo y boliviano, así como en la provincia de Misiones –Argentina–, las crisis convulsivas se deben sobre todo a una desarmonía entre el alma sagrada y el alma animal que habita en cada individuo. En general este desequilibrio es provocado por la influencia maligna ejercida por algún enemigo externo a la comunidad o por parte de algún pariente enemistado. Sin duda, el modelo curativo adoptado para tratar la enfermedad está en función de la concepción que tienen de ella. En lugar de parafrasear el texto, considero más conveniente reproducir literalmente el fragmento original que en una reflexión ulterior trataré de interpretar comentado algunos aspectos. De este modo, téngase en cuenta que:

«El “payé” o chamán es quien establece la naturaleza del enfermar y para ello tiene que provocarse situaciones de trance con alucinógenos.¹⁴ En el trance le será revelado al payé el origen de la enfermedad. Después narrará una historia mítica delante del enfermo y de la comunidad explicando por qué el paciente está enfermo y cómo hay que curarlo.

¹² Por «fármaco» entiendo un producto ambiguo que debido a sus eficaces componentes físicos y/o químicos está dotado de virtudes terapéuticas. Hablo de ambigüedad porque una de las etimologías de la palabra, *phármakon* significa veneno, lo que pone de manifiesto que un preparado farmacológico puede servir de tratamiento curativo, pero también, en caso de dosis insensatas, es susceptible de provocar la muerte, o, en circunstancias menos extremas, perjudiciales efectos tóxicos. Resulta interesante observar que en las sociedades desarrolladas los fármacos prescritos por la medicina oficial constituyen en su mayoría medicamentos artificiales fabricados en laboratorios dominados por poderosas industrias farmacéuticas. Aunque entre sus constituyentes se encuentren productos químicos extraídos de plantas, animales o minerales, como la salicina, extraída de la corteza del sauce, ni el ácido acetilsalicílico –elaborado en los laboratorios Bayer y comercializado con el nombre de aspirina–, ni los modernos antihistamínicos, adquiribles en cualquier oficina de farmacia, se hallan de manera sencilla en la naturaleza, sino que es necesario realizar una síntesis química que sólo los especialistas conocen. Así, las empresas farmacéuticas, directa e indirectamente, «usan» de la fuerza de trabajo de innumerables profesionales que constituyen una importante comunidad de expertos. Estoy haciendo referencia al cuantioso ramillete de ingenieros y licenciados universitarios que trabaja en el área de investigación y desarrollo (I+D) científico y tecnológico: químicos, bioquímicos, licenciados en farmacia, licenciados en medicina, diplomados en enfermería, entre otros entendidos.

¹³ Carod, Vázquez-Cabrera (1998).

¹⁴ Actualmente «alucinógeno» se ha convertido un término demasiado manido, carente del sentido sagrado que adquiere al revelarse como un medio para establecer comunicación con lo divino. A pesar de los múltiples intentos de desprestigio en los que se ha visto envuelto, el chamán no es un toxicómano seducido por ciertas sustancias que le provocan una excitación sensorial placentera. Ésta, más bien, se inserta en el contexto de la realización de un ritual entusiasmante en el sentido etimológico de *enthousiasmós*, es decir, el estar inspirado por los dioses. Por ello, recogiendo la propuesta de distintos autores para referirse a las sustancias que consume el chamán, tal vez sea más preciso utilizar el término enteógeno, cuya procedencia, *énthenos*, destaca con mayor claridad la importancia de la experiencia divina.

El tratamiento de la epilepsia en la cultura guaraní se basa en la ingesta de un preparado constituido por raíces y hojas procedentes de tres plantas nativas: la raíz de “caaré” (*Chenopodium ambrosioides*; nombre vulgar: té de los jesuitas), las hojas de “curaturá” (*Fagara hiemalis*; nombre vulgar: naranjillo) y las hojas de “ysaú caá” (*Poiretia tetraphylla*; nombre vulgar: té de la Pampa).

La combinación de herbolaria consiste en hervir en un litro de agua durante cinco minutos 5 g. de hojas de raíz de “caaré”, 5 g. de hojas de “curaturá” y 5 g. de hojas de “ysaú caá”; de dicho preparado debe tomarse una taza tibia en ayunas y el resto como agua durante el día de modo indefinido. Este tratamiento se complementa con un régimen alimenticio con sopa de verduras, huevos, dulce de calabaza y frutas en general; los condimentos y las bebidas alcohólicas se consideran alimentos prohibidos [...]

La infusión de los yuyos o plantas medicinales se describe en un ambiente cargado de gran afectividad y de enorme sugestión, decisivo para la cura espiritual y orgánica del paciente.»¹⁵

Llaman la atención, en primer lugar, las profundas «situaciones de trance» a las que se entrega el chamán con el objetivo de identificar la enfermedad. De hecho, en una de sus monografías,¹⁶ el renombrado estudioso de las religiones Mircea Eliade ha relacionado el chamanismo con las técnicas arcaicas del éxtasis. Por lo general, el chamán, con independencia de sus específicas marcas culturales, es uno de los pocos terapeutas experimentados en la práctica extática. En su transcurso, por medio de movimientos del alma –ascensiones y descensos–, entra en contacto con seres espirituales que lo pueden guiar o desorientar durante el proceso de curación del enfermo. Es evidente que en este caso el terapeuta no es un especialista acreditado por una universidad, sino un mediador inspirado, un visionario en íntima aproximación con lo sobrenatural y misterioso de la existencia. Y he aquí precisamente el encuentro con la «espiritualidad»,¹⁷ consistente en la revelación –al menos, a nuestros ojos occidentales– de un universo sutil y paralelo a la realidad física y, por así decirlo, prosaica, en la que actúa la medicina occidental. Para el chamán que interviene como terapeuta la realidad elemental no finaliza en los objetos sensibles ni en su experiencia, sino que se extiende hacia un trasmundo, el de los espíritus o poderes suprahumanos, que él mismo es capaz de controlar y dirigir mientras dura su viaje.

En opinión de la psicóloga social Blanca Pelcastre-Villafuerte, este singular ambiente esotérico en el que ingresa el enfermo constituye un intenso acto comunicativo

¹⁵ Carod, Vázquez-Cabrera (1998): 1067.

¹⁶ Eliade (1993).

¹⁷ No cabe duda de la controversia que suscita este concepto. Si a lo largo de nuestra tradición cultural se ha visto marcado por un sesgo esencialmente cristiano, en la actualidad es objeto de mercantilización masiva, notoria en el abundante catálogo de manuales de autoayuda que proliferan en las librerías, todo un recetario para viajar hacia la «espiritualidad» y alcanzar la «vida armónica». Por esta razón estimo necesario poner en claro el uso que aquí se le otorga. Mientras que en la práctica chamánica la espiritualidad funciona como un elemento de carga simbólica que refuerza la creencia en la efectividad del ritual, en el marco de la cultura occidental el término puede emplearse como un instrumento de análisis abordable desde un punto de vista externo o interno. Como categoría externa de clasificación, la espiritualidad traza una línea divisoria entre un objeto físico, el cuerpo, y otro –llámasele alma o mente–, que normalmente, desde ciertas posturas filosóficas y teológicas, se ha concebido inmaterial y de naturaleza sublime. Una clasificación tal, en la medida que permite ajustar la práctica médica a contextos estrictamente arraigados en lo somático, se presenta muy provechosa para la biomedicina, que ha conquistado el cuerpo como objeto de estudio, privando de relevancia a los aspectos extrabiológicos. En segundo lugar, como categoría interna de experimentación, la espiritualidad hace posible que el ser humano se autoperciba a partir de un dualismo antropológico, que en Occidente se ha configurado antitético y constituye uno de los problemas crónicos de la reflexión filosófica.

entre el chamán y el paciente cuyo soporte es la construcción de una realidad simbólica compartida en la que cada objeto, cada palabra –como el discurso mítico que el «payé» pronuncia delante del enfermo y sus allegados– y todo gesto es percibido como un símbolo.¹⁸ Por supuesto, este proceso de simbolización es crucial para la emergencia de ese «ambiente cargado de gran afectividad y enorme sugestión»¹⁹ en el que se enmarca la curación, de manera muy especial en el caso de las enfermedades más graves: en ellas la carga emotiva del paciente es muy elevada porque detrás de la curación está en juego el restablecimiento de un orden social transgredido.

Gracias a que esta compleja realidad que introduce el chamán es aceptada y legitimada por la cultura –entendida como el conjunto de relaciones intersubjetivas que instituye un colectivo y su abanico de significados–, normalmente a partir de testimonios directos o indirectos que garantizan la efectividad de sus actos, se aprueba su papel como terapeuta. Dicho de otro modo: debido a que el grupo que en su convivir ha originado una forma de vida está en la creencia de que el chamán podrá curarlos se hace posible la construcción social de la cura.²⁰ En este sentido la comunidad confiere al chamán un poder eficaz, el de curar. Ocurre así que sus rezos y discursos, el trance extático, sus extraños ademanes y el remedio herbolario –símbolos a los que en el ceremonial curativo se les otorga un significado que por sí mismos no tienen–, favorecen la sugestión del paciente, o, con palabras de Lévi-Strauss, puede afirmarse que se produce una «manipulación psicológica del órgano enfermo»,²¹ derivada de la «eficacia simbólica» que la comunidad asume, admite como cierta y en la que, en consecuencia, *confía*.

Ahora bien, lo interesante de la cuestión reside en que una confianza tal no es una propiedad exclusiva del pensamiento mágico, que como se dijo actúa en la órbita de la subjetividad –emociones y creencias²²–, sino que también forma parte, aunque de

¹⁸ Pelcastre-Villafuerte (1999): 225. Por otra parte, de acuerdo con Leslie White, por «simbolizar» entiendo: «El hecho de otorgar un cierto sentido a hechos, cosas, o a la forma en que dicho otorgamiento es captado y apreciado. El agua bendita sirve muy bien como ejemplo en este sentido: su santidad le es otorgada por un ser humano y es comprendida y apreciada por otros seres humanos. El lenguaje articulado es la más característica forma de simbolización. Simbolizar es traficar con significados no sensoriales, es decir, significados que, como la santidad del agua bendita, no pueden ser percibidos por los solos sentidos. La simbolización es una especie de conducta. Sólo el hombre es capaz de simbolizar.» White (1959): 133. Un símbolo, por tanto, como se desprende del fragmento, lo es en tanto que representa el significado de *algo* para *alguien*, ello manifiesta que al menos debe resultar susceptible de ser percibido por todos aquellos que han participado en el proceso de simbolización, adquiriendo, de esta forma, un carácter colectivo.

¹⁹ «Su entrada a este mundo provocará en el paciente una reacción emocional que lo hará susceptible a factores que en otro contexto tienen un efecto casi nulo y lo hará sensible a cualquier manifestación nueva o hasta entonces ignorada. Junto con el chamán, el paciente reinterpretará sus símbolos y significados y, en esta medida, será capaz de curarse.» Pelcastre-Villafuerte (1999): 226.

²⁰ Creencia compartida por el chamán o terapeuta, el enfermo, –especialmente en los casos en que se da la curación– y finalmente por el grupo al que ambos pertenecen. El propio Lévi-Strauss ha dejado constancia de la cosmovisión en la que se inserta esta creencia: «Que la mitología del shamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enfermera cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo.» Lévi-Strauss (1973): 178.

²¹ Lévi-Strauss (1973): 173. En «La eficacia simbólica» el antropólogo francés toma como objeto de estudio específico los mecanismos que subyacen a la cura chamánica. El valor del texto radica en el hecho de observar la «manipulación psicológica» que el terapeuta logra gracias a la eficacia de los símbolos que entran en juego en el ritual curativo y en los que el conjunto de la sociedad cree firmemente.

²² Entiendo el sentido de creencia a la manera de Ortega y Gasset cuando afirma que estas ideas elementales: «Constituyen el continente de nuestra vida y, por ello, no tienen el carácter de contenidos particulares dentro de ésta. Cabe decir que no son ideas que tenemos, sino ideas que somos. Más aún:

manera un tanto subrepticia, de la relación médico-paciente propia del modelo biomédico. Siendo así, se trata de ver que el funcionamiento de los mecanismos curativos que pone en marcha el enfermo que visita al chamán no es diferente de los utilizados por cualquier habitante de una sociedad moderna que acude a la consulta de un galeno instruido en medicina oficial.

A diferencia de las denominadas «sociedades primitivas», sirviéndose de unas circunstancias histórico-económicas más o menos propicias en el transcurso de sus biografías –especialmente a partir del Renacimiento, cuando en Occidente se instala una incipiente racionalidad de tipo instrumental gobernada por el interés calculístico–,²³ las sociedades desarrolladas han levantado un enormemente consolidado sistema simbólico que conocemos con el nombre de Ciencia. Restringiendo su sentido, su campo de investigación señala básicamente hacia los fenómenos de los que se puede tener experiencia y, por ende, verificación o falsación, como sucede en las llamadas ciencias «duras»; tal es el caso de la Física, la Química y la Biología. Para llevar a cabo su trabajo, las personas involucradas en el quehacer científico tratarán de desarrollar una serie de sofisticadas técnicas experimentales, acogerse a una metodología y, si la investigación lo permite, crearán nuevas categorías de análisis de la realidad. Como ha destacado Edmund R. Leach,²⁴ el método experimental, la predecibilidad a partir de la experiencia, la utilización de unidades de descripción con una significación unívocamente definida y la neutralidad de sus objetos de estudio son algunas de las características más emblemáticas de las ciencias naturales. En contraposición al pensamiento mágico, la actividad científica está empeñada en buscar la objetividad del conocimiento, o sea que trata de excluir de su labor los aspectos emotivos procedentes de los sujetos participantes, obstáculo para alcanzar la imparcialidad. Se esfuerza, además, en lograr un conocimiento de validez universal opuesto al conocimiento en sentido particular, como es la creencia de los hindúes de que bañarse en el río cuando se produce un eclipse lunar atrae la fortuna, apacigua el espíritu y cura las enfermedades. Se entiende así que la ciencia constituya un sistema de creación de verdades posibles – «la tierra gira alrededor del sol»– con la peculiaridad que, como ya demostrara Kuhn, pueden resultar por completo quebradizas y renovables.

De acuerdo con estas afirmaciones, resulta evidente que los surtidos remedios que la medicina oficial prescribe para el alivio de nuestras flaquezas, como el perenne antibiótico del botiquín o la crema epitelizante útil para la reducción de una úlcera corneal, son fruto de una cuidadosa investigación que la ciencia ha llevado a cabo en laboratorios sin trascender los contenidos del concepto «experimento científico». De este modo, el terapeuta practicante de medicina científica no está facultado para hacer

precisamente porque son creencias radicalísimas, se confunden para nosotros con la realidad misma –son nuestro mundo y nuestro ser–, pierden, por tanto, el carácter de ideas, de pensamientos nuestros que podían muy bien no habérsenos ocurrido.» Y unas líneas más adelante matiza más la importante diferencia de grado entre ideas-ocurrencias y creencias: «[...] De las ideas-ocurrencias –y conste que incluyo en ellas las verdades más rigurosas de la ciencia– podemos decir que las producimos, las sostenemos, las discutimos, las propagamos, combatimos en su pro y hasta somos capaces de morir por ellas. Lo que no podemos es vivir *de* ellas. Son obra nuestra y, por lo mismo, suponen ya nuestra vida, la cual se asienta en ideas-creencias que no producimos nosotros, que, en general, ni siquiera nos formulamos y que, claro está, no discutimos ni propagamos ni sostenemos. Con las creencias propiamente no *hacemos* nada, sino que simplemente *estamos* en ellas.» Ortega y Gasset (1968): 19.

²³ Aunque esta idea la insinúa Max Weber en *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* al estudiar la relación entre los valores éticos y religiosos del protestantismo y la aparición del capitalismo moderno, es, sobre todo, la visión que tiene el sociólogo estadounidense Talcott Parsons, traductor al inglés del libro de Weber, quien en su trabajo se mostró más modesto.

²⁴ Leach (1969): «El método comparativo en antropología», págs. 167-69.

intervenir lo sobrenatural en el vivir cotidiano del enfermo. La racionalidad y la lógica de su modo de su pensamiento, en el que el dolor está apartado de lo misterioso, le impiden transformarse en un mediador entre la realidad de acá y la de allá. Por esta razón, el poder que le otorga el paciente se basa de manera muy especial en el bagaje de conocimientos técnicos y científicos de que el médico dispone para mitigar el dolor.

Llegados a este punto, llama la atención que el usuario corriente de medicina oficial, que por lo general ignora los conocimientos precisos para la comprensión de los factores causantes, desarrollo y tratamiento de los fenómenos morbosos, parece ser tanto o más *creyente* que el paciente de medicina tradicional. Con ello quiero decir que de alguna manera el enfermo tratado con medicina oficial también padece –y nunca mejor dicho– cierta sugestión o «manipulación psicológica» en su entrevista con el doctor, provocada, una vez más, por la función simbólica que desempeña el ritual médico. En efecto, en la escenografía típica en la que se desarrolla la relación médico-paciente, de la que forma parte la consulta, la simple presencia física del terapeuta, su respetable bata blanca, el mobiliario sanitario, sus gestos y comentarios de especialista, el poder eficaz de los símbolos –basado, insisto, en la creencia que en ellos se tiene– vuelve a hacer acto de presencia. Tanto es así que el grado de *fe* que transferimos a un experto en medicina científica, *fe* que sin duda lo refuerza y lo autoriza, es tan elevado que el paciente, en caso de serle ordenado, es capaz de iniciar una dieta, practicar deporte, soportar una agresiva operación quirúrgica, aceptar una reclusión hospitalaria, ingerir fármacos, asumir indeseables efectos secundarios, someterse a quimioterapia, causar baja en su ocupación profesional o adoptar conductas similares.

El *convencimiento* de que un objeto es portador de virtudes curativas me compromete a decir algunas palabras sobre la noción de placebo y el efecto placebo. Adoptando la óptica de la medicina oficial, el placebo puede definirse como una sustancia farmacéutica que sin contar *de facto* con virtudes terapéuticas activas alcanza resultados similares a los de la medicina verdadera. El efecto placebo, en consecuencia, es la mejoría que experimenta el paciente que ha tomado el fármaco inocuo estando en la *creencia* de que podría curarle. Los propios médicos, de hecho, conocedores de este fenómeno, a la hora de estudiar la efectividad de ciertos fármacos en enfermos han ensayado administrando el medicamento verdadero a una parte de un grupo poblacional escogido, mientras que a la parte restante se le estaba proporcionando placebo.

Cabe preguntarse también cómo es posible el efecto placebo: de qué manera un medicamento que tan sólo lo es en apariencia puede provocar un efecto curativo verificable. Teniendo en cuenta la centralidad que adquieren los símbolos en el ritual curativo, la eficacia del placebo se explicaría por la creencia y la *confianza* radical que el paciente tiene puesta en él, pues, al fin y al cabo, no es sino un símbolo que representa la curación, colmándole de esperanza. Desde esta perspectiva, el agua de la famosa gruta próxima a Lourdes en la que a mediados del siglo XIX la campesina francesa Bernadette Soubirous, a la tierna edad de catorce años, afirmó ver a la Virgen María, quien habría atribuido poderes terapéuticos a dichas aguas, no sería más que un placebo, muchas veces idolatrado por los enfermos. Y no menos curioso resulta el hecho de que hasta 1827, en España, el juramento hipocrático –fórmula ritual en la que el médico griego se comprometía ante Apolo, Asclepio, sus hijas Hígiea y Panacea, así como ante las demás divinidades–, incluía obligatoriamente la defensa de la doctrina de la Santísima Trinidad, que es uno de los artículos de fe más abstrusos de la teología cristiana.

Pero si el agua de Lourdes simboliza para el enfermo una expectativa optimista de curación, convirtiéndose en el depósito de su fe, los yuyos del «payé», las medicinas

que empleamos cada cierto tiempo, el parpadeante neón en forma de cruz verde que indica una farmacia, la imagen de Cristo que pende en el altar de un templo cristiano –y sobre todo las velas, exvotos y promesas a los santos–, las ininteligibles palabras que conjuran sortilegios arcanos, las reliquias polvorientas, los perfumes sutiles y aceites de esencias, las manos del sanador y, por qué no, hasta la persona que ejerce de terapeuta – llámese médico, chamán, psicólogo, curandero, telepredicador, psicoanalista, sacerdote o taumaturgo–, no la simbolizan menos. He aquí que el concepto de placebo amplía su sentido restringido al comprender todo lo que sirve –sustancias, técnicas, objetos, personas y demás– como símbolo de la curación, haciendo que el enfermo esté, en cierto modo, predispuesto a recuperar su bienestar. Parece, pues, que la fe en los placebos es un fundamento de los procesos de curación que, independientemente del contexto cultural en que se lleven a cabo, interviene activando los llamados mecanismos autocurativos o capacidad intrínseca del ser humano de curarse a través de la fe.²⁵ Sólo me resta, para concluir, recordar la actualidad de la expresión de Virgilio cuando, refiriéndose al ímpetu recobrado por los remeros del libro V de la *Eneida* después de autoconvencerse de su capacidad para ganar la carrera, afirma que «pueden porque creen que pueden».²⁶ Con esta expresión el poeta dejó constancia de la fuerza de ciertos estados mentales –la creencia, en este caso– para provocar efectos concretos sobre nuestra vida, como el ya señalado poder para mejorar –o empeorar– el curso de enfermedades. Aunque esta idea es igualmente *vox populi*: «la fe mueve montañas».

Referencias bibliográficas.

- CAROD ARTAL, Francisco Javier, VÁZQUEZ-CABRERA, Carolina (1998), «Pensamiento mágico y epilepsia en la medicina tradicional indígena» [en línea], en *Revista de neurología*, volumen 26, núm. 154, Sección Historia y Humanidades, junio, págs. 1064-1068. [Consulta: 09/08/03]
 <<http://www.revneurol.com/>>.
- DOUGLAS, Mary (1998), «La elección entre lo somático y lo espiritual: algunas preferencias médicas», en Douglas, Mary, *Estilos de pensar*, Gedisa, Barcelona, págs. 38-64.
- ELIADE, Mircea (1993), *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*, Fondo de Cultura Económica, México.
- EVANS-PRITCHARD, Edward E. (1976), *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*, Anagrama, Barcelona.
- FRAZER, James George (1991), *La rama dorada: magia y religión*, Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- GARCÍA MAC DOUGALL, Ana (2000), «El efecto placebo: ¿un enigma para la ciencia del siglo XXI?» [en línea], *II Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*, del 1 de febrero al 7 de marzo de 2001. [Consulta: 14/09/03]
 <<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2715>>.

²⁵ «Así como una determinada situación contextual podría movilizar los componentes emocionales, cognitivos y conductuales de modo que este estado se manifestara somáticamente en la situación de enfermar, dichos componentes podrían ser activados en determinadas situaciones, poniendo en funcionamiento el efecto placebo, de modo de generar una mejoría en el estado de salud general de la persona.» García Mac Dougall (2000). Más allá de esta afirmación sólo cabe decir que los mecanismos íntimos de funcionamiento del efecto placebo, pese a considerarse una evidencia, siguen siendo un «enigma» para la ciencia del siglo XXI.

²⁶ *Eneida*, V, 231.

- GIDDENS, Anthony (1999), *Consecuencias de la modernidad*, Alianza Editorial, Madrid
- LEACH, Edmund R. (1969), «El método comparativo en antropología», en José R. Llobera (comp.), *La antropología como ciencia*, Anagrama, Barcelona, 1975, págs. 167-179.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1973), *Antropología estructural*, Eudeba, Buenos Aires.
- MALINOWSKI, Bronislaw (1974), «Magia, ciencia y religión» en Malinowski, *Magia, ciencia y religión*, Ariel, Barcelona, págs. 11-111.
- MAUSS, Marcel (1991), «Esbozo de una teoría general de la magia», en Mauss, *Sociología y antropología*, Tecnos, Madrid, págs. 45-152.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002), *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005* [en línea], OMS, Ginebra. [Consulta: 06/09/03] <www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_span.pdf>.
- ORTEGA Y GASSET, José (1968), *Ideas y creencias*, Espasa-Calpe, colección Austral, 151, Madrid.
- PELCASTRE-VILLAFUERTE, Blanca (1999), «La cura chamánica: una interpretación psicosocial» [en línea], en *Salud Pública de México*, vol. 41, núm. 3, mayo-junio de 1999, págs. 221-229, Instituto Nacional de la Salud Pública, México. [Consulta: 28/07/03] <<http://xipe.insp.mx/salud/41/413-9.pdf>>.
- WHITE, Leslie (1959), «El concepto de cultura», en Kahn, J. S. (comp.), *El concepto de cultura: textos fundamentales*, Anagrama, Barcelona, 1975, págs. 129-155.
- , (1982), *La ciencia de la cultura*, Paidós, Barcelona.