



APROXIMACION A UNA ETNOMEDICINA EN LA CORDILLERA DE MERIDA

Jacqueline Clarac de Briceño*

Es preciso empezar por establecer los límites de este artículo(1): tiene antes que todo los límites mismos de la etnomedicina y la etnopsiquiatría, disciplinas de reciente formación y a las cuales estamos tratando de aportar algo aquí en Mérida; presenta además los límites de una experiencia prácticamente inexistente en Venezuela en este campo y, en lo que me concierne personalmente como investigador, los límites de un trabajo, de una búsqueda que, además de tener todos los límites anteriores, se ha reducido hasta ahora solamente a la región andina, especialmente la Cordillera de Mérida y el pie de monte (sur del Lago de Maracaibo).

Todos los grupos étnicos desarrollan sus propios sistemas médicos, con toda una concepción de la enfermedad, de la prevención, de la terapéutica, así como del cuerpo humano, y toda medicina comprende dos niveles: el nivel popular (folk medicine o medicina tradicional), y el nivel sabio; ambos niveles se encuentran en todo sistema médico incluyendo el occidental: en efecto, la medicina llamada "científica" también tiene su interpretación popular, y en las "otras" medicinas, trátase de la de los khmers, de la de los thonga, de la haitiana o de la medicina de los andinos merideños, siempre es distinto el nivel de conocimiento de "el que cura" del nivel en el cual se maneja el paciente.

Cada sistema médico forma un todo con lógica propia, según cada grupo que

lo ha concebido, y condiciona ahí el conjunto de los comportamientos médicos. Así es como se ve también, en la perspectiva antropológica, el sistema médico occidental.

Las enfermedades físicas se relacionan estrechamente con el sistema de creencias de una sociedad, y si es así ¿qué diremos de las enfermedades mentales? De ahí han salido los planteamientos en etnopsicología y en etnopsiquiatría (esta última es a veces un etnopsicoanálisis).

Tenemos en la literatura antropológica una masa de documentación que trata particularmente los fenómenos de trance, posesión, divinación, etc. Ya se han estudiado mucho tales manifestaciones, para citar sólo algunos ejemplos entre los más conocidos, en los cultos zar de Etiopía, entre los bori de Nigeria, en el chamanismo de Siberia y Norteamérica, en el vodú haitiano o dominicano, en el candomblé y la macumba de Brasil... Estos comportamientos han sido objeto privilegiado de comprensión de la enfermedad dentro de y a causa del contexto sociocultural. Uno de los aportes más serios en este sentido se debe sin duda a Roger Bastide.

"La medicina primitiva, escribe Bidney(2), es en gran parte una medicina espiritual y se fundamenta en la primacía de las enfermedades del alma. Las enfermedades corporales son consideradas como síntomas de las enfermedades del alma. De ahí que, cuando se hace el tra-

* Museo Arqueológico. Universidad de Los Andes - Mérida.

tamiento, el chamán o el curandero (medicine man) se ocupa primero del alma y luego del cuerpo".

Para Young, en el orden ontológico tradicional de la sociedad "primitiva", el cosmos se centra en el hombre, el cual tiene que defenderse de o aliarse con fuerzas antropomórficas; mientras que "el orden ontológico occidental va hacia una concepción del hombre autónomo, en un universo indiferente" (3).

La formación de los terapeutas es, según el sistema médico, el fruto de una inspiración o revelación espontánea, o de un largo aprendizaje. Y la adquisición de sus conocimientos es la base del reconocimiento que les da su grupo. El aprendizaje dentro del grupo familiar parece ser el más frecuente, el más universal; es decir, la transmisión del conocimiento médico dentro de las mismas familias, como sucede por ejemplo entre los campesinos andinos.

Como lo ha mostrado Jean Pouillon (4) al tomar el ejemplo de algunas sociedades africanas, es en el triángulo médico: "enfermedad-enfermo-médico" y sus distintas combinaciones, que se encuentran las explicaciones de la posición y del rol del médico. El sistema de creencias serviría entonces de matriz a las relaciones entre esos tres elementos, y explicaría las diferencias de su interacción. Es por consiguiente muy importante dominar el sistema de creencias de un grupo para comprender su sistema médico. Este triángulo de Pouillon recibe un cambio en Lévi Strauss que lo concibe como "paciente-médico-concenso colectivo", siendo determinante en esta combinación las creencias del grupo acerca de la enfermedad y sobre todo acerca del médico (5). La reputación de un terapeuta nunca es definitiva, cualquiera sea el grupo, y él tiene que demostrar sin cesar sus conocimientos y habilidades para curar, so pena de ser rechazado por el grupo; por esto hay siempre una redistribución de los pacientes entre los terapeutas, según el prestigio de cada uno, y según el prestigio de cada sistema médico en los grupos que permiten varias alternativas al respecto. En este último caso

podemos ubicar a Venezuela, a pesar de que ahí se reconozca oficialmente uno solo de esos sistemas: el sistema occidental.

En la medicina occidental sólo el discurso del médico tiene sentido, mientras que en otras medicinas hay un doble discurso: el del enfermo y el del terapeuta, y a menudo incluso el discurso del médico sólo viene a confirmar el del paciente y el de su grupo. En el caso particular de nuestro país, Venezuela ve desarrollarse muchos discursos médicos, de los cuales uno solo puede hacerlo libremente, sin problema legal, sin persecución, cosa sorprendente en una democracia que se pretende como tal; a menos de considerar que ése es el único discurso posible y que los otros no tienen validez, cosa que en efecto se afirma a ciertos niveles, que son los donde se toman decisiones en el país. El problema empieza cuando uno se pregunta: ¿Para quiénes tiene validez el discurso oficial sobre la medicina? ¿Para los que deciden al respecto, es decir, los que tienen a su cargo el desarrollo sanitario del país según los criterios occidentales? ¿O decide el pueblo venezolano? Pareciera que hubiera contradicción al respecto, entre las normas y la realidad. Estamos acostumbrados a encontrar tales contradicciones, nosotros antropólogos, y como nuestras investigaciones se realizan en un campo donde generalmente estamos solos para trabajar, hacemos observaciones que puedan ser a veces molestas, porque revelan un tipo de problemas que en general se prefiere esconder para no enfrentarlos.

Aunque no exista un trabajo multidisciplinario todavía al respecto (aunque pienso que existen aquí muy buenas voluntades para empezar en este sentido) hay investigaciones que, con otro enfoque, llegan a resultados que pueden ser analizados en relación con los nuestros. Por ejemplo, el equipo del Laboratorio de Psicología de la Universidad de Los Andes, dirigido por Oswaldo Romero García, al estudiar las motivaciones sociales del venezolano según el modelo de McClelland, ha encontrado que

la dinámica motivacional del venezolano en su relación con el trabajo intelectual es generalmente determinada por la "necesidad de poder", cosa negativa desde el punto de vista psicológico, ya que debiera ser determinada por la "necesidad de logro" para tener resultados satisfactorios. Esta motivación, que ha sorprendido a muchos psicólogos, porque Venezuela es una de las raras regiones del mundo donde se ha encontrado tan alta motivación al poder, se completa con otra variable, el llamado "locus de control externo", que define también al venezolano en general y que significa la imposibilidad para una persona de percibir la relación entre su conducta y las consecuencias de su conducta, porque cree que esta relación es determinada por "otros poderosos": la suerte, el azar o el destino. Y concluye Oswaldo Romero: "Entonces nosotros carecemos de la más importante motivación individual, personal" (6).

Se escamotea a menudo un hecho sin embargo conocido, el paso brusco de Venezuela de un país rural, de economía básicamente agrícola, a un país urbanizado, mantenido por ingresos petroleros derrochados. Se trata de dos sociedades diferentes, y por consiguiente con motivaciones diferentes: en la

primera, una sociedad de raíces indígenas y/o africanas, con integración de elementos europeos (españoles) (7). En la segunda, un país con una cultura "modelo", que es la cultura occidental. Cada una, con sus esquemas valorativos, su dinámica propia, sus respuestas culturales, sus mecanismos culturales de defensa. Tiene que haber condiciones muy especiales en la formación de los individuos para que cambien tan rápidamente sus esquemas valorativos, su concepción del mundo, e incluso cuando los cambian en apariencia, a causa de la educación recibida en las escuelas primaria y secundaria así como en la universidad, su grupo cultural (al cual pertenecen de hecho) no ha tenido tiempo de adaptar sus esquemas mentales a la nueva situación y a la nueva concepción del mundo que significa esta nueva sociedad, y no ha tenido tiempo de elaborar los mecanismos culturales de defensa ni de descubrir los medios por los cuales los individuos de la cultura occidental satisfacen sus "necesidades de logro". Las reacciones frente al cambio socio-económico presente están por consiguiente de acuerdo con patrones de conducta de la sociedad rural venezolana, con sus raíces culturales no occidentales, y sus problemas

Páramo de las González: la "casa vieja" y la "casa nueva" de una familia campesina





Páramo de la Culata
Casa campesina

coloniales recientes. Esto es observable no sólo a través de la motivación de poder, que en Venezuela es la más común, según los psicólogos, sino a través del medio utilizado para alcanzar este poder, que es la *afiliación*, en el vocabulario psicológico (en sociología se hablaría de relaciones familísticas), es decir: el compadrazgo, el partidismo, porque son los únicos medios aprendidos en la familia tradicional, y son reforzados luego por el medio ambiente político, ya que el partidismo tiene mayor fuerza que la ley; en efecto todos los problemas, conflictos, obstáculos encontrados, se resuelven mediante la afiliación. Al no lograr la meta se cambia de afiliación y se recurre a lo que llamamos en antropología la "*noción de persecución*", la cual se puede observar a todos los niveles nacionales: el nivel campesino, el político, (en la propaganda electoral, por ejemplo), el académico, el empresarial... Lo que llamamos "*noción de persecución*" corresponde a la característica de "*externalidad*" o "*locus de control externo*" en Romero García y McLelland, muy fuertemente enraizada en Venezuela y detectable a través de la investigación, en todos los sectores de la población.

Mi experiencia al respecto tiene como base: a) mi trabajo de investigación en las comunidades rurales andinas, de 1971 al presente; b) mi trabajo de investigación en centros de salud no reconocidos legalmente (es decir, definidos como "ejerciendo ilegalmente la medicina"), lo mismo a nivel rural como a nivel urbano o semi-urbano desde 1979; c) mis observaciones del medio universitario, donde trabajo como docente desde 1968 (Universidad Central de Venezuela) y 1971 (Universidad de Los Andes, Mérida), realizadas sobre estudiantes, empleados y profesores; d)



mis observaciones de la política venezolana, a través de los medios de comunicación de masa.

La llamada en antropología médica "*noción de persecución*" es una variable muy común a muchas sociedades, pero no constituye en todas, aunque en una gran mayoría, una variable cultural: en algunas es un signo patológico, como en la cultura occidental por ejemplo.

En la comunidad rural merideña he encontrado que la noción de persecución se manifiesta culturalmente (es decir, es compartida por todo el grupo y respaldada por todas las creencias), a través de:

1) Entidades sobrenaturales tales como las que viven en lagunas, ríos, pozos, páramos, cuevas, ciertos árboles (como el maitín o matapalo), en el aire y en el cielo; siendo las mismas: Arco y Arca, los cuales se manifiestan bajo apariencias humanas o animales para perseguir a sus víctimas (culebra gigante, trucha de todos los colores, venado, cerdo, caballo) o bajo la forma de arcos, iris y del relámpago; los "Arquitos" o "encantos", asociados también con el agua, y que se manifiestan bajo la forma de "niños catires y bonitos"; hay también los "Aires", invisibles pero no menos dañinos, y las brujas.

Tales entidades son responsables por:

- a) el aborto de las mujeres,
- b) el embarazo de ciertas mujeres,
- c) el nacimiento de gemelos, sobre todo si son "catires" (8)
- d) la muerte de los niños pequeños,
- e) la locura de mujeres embarazadas,
- f) otras enfermedades de esas mujeres llamadas "enfermedades del agua",
- g) desaparición de niños,
- h) encantamiento de jóvenes y adultos,
- i) Varias enfermedades peligrosas, tales como el Arco, el Pasma, el Mal Aire, y varios tipos de locura,
- j) catástrofes naturales como: inundaciones, sequías, incendios, tem-

- pestades, etc.,
- k) pérdidas de cosechas.

2) Pueden ser responsables también seres humanos muertos (llamados "espan-tos"), los cuales han adquirido gran poder por el solo hecho de haber muerto. Han dejado de pertenecer a la comunidad humana pero la molestan y son culpables de:

- a) la enfermedad llamada "del espanto",
- b) las alucinaciones de los vivos, concebidas como aparición de "espan-tos", de modo que la persona es "espantada".

3) Pueden ser los responsables de las desgracias los seres humanos mismos, "por envidia"; esos envidiosos pertenecen a la propia comunidad, son parientes o vecinos, y son culpables latentes y/o efectivos de:

- a) cualquier enfermedad de niños y adultos,
- b) de cualquier daño material sufrido (incendio de cosecha, o de la casa, mala cosecha, tubería rota, un canal de riego tapado, el fracaso de los niños en el estudio, etc.).

4) Hay también seres humanos "buenos" que son culpables, aunque sin mala intención; a ellos se debe a menudo el "mal de ojo" que enferma a los niños.

5) Finalmente, hay también santos culpables de las desgracias humanas, por que rehusan sus favores en ciertos casos. Lo he observado especialmente en relación a San Benito, San Rafael y la Candelaria...

Los más poderosos de todos en cuanto a perseguidores de los hombres son los primeros (las entidades del agua, del páramo y del aire). Por supuesto, como ocurre en toda cultura, la cultura andina ofrece igualmente a sus individuos mecanismos de defensa, preventivos o curativos, contra tantos poderosos perseguidores.

Sin embargo, a nivel rural andino existe también la concepción de la res-

ponsabilidad del hombre por lo que le sucede: hay enfermedades que son debidas a los "desmandos" (es decir, abusos, personas que caen en ciertos excesos), y se ven también las desgracias causadas por las entidades sobrenaturales como debidas a faltas cometidas con anterioridad por las víctimas. En efecto, éstas no se han comportado debidamente, de acuerdo al patrón cultural de comportamiento y son castigadas. De modo que, a pesar de que el llamado "locus de control externo" por los psicólogos esté ahí muy fuerte, está matizado por "un locus de control interno", más débil, pero existente en mayor o menor grado, según los individuos, así que son más o menos capaces ellos de encontrar por sí mismos soluciones a sus males.

Sin embargo, al entrar el campesino en contacto más directo con el resto del país, por ejemplo a través de los planes de desarrollo regional, desaparece este embrión de internalidad y se refuerza definitivamente en él la externalidad. Sólo que, ahora, aparecen otros "poderosos" responsables por sus éxitos o sus fracasos: el Estado, los partidos políticos, especialmente. Un ejemplo reciente de esto: una comunidad de campesinos que se integra a un programa de desarrollo agrícola se queja amargamente del incumplimiento del Gobierno, porque "le prometieron un sistema de riego y no se lo han construido"; otra, igualmente "integrada" se queja de que el sistema de riego que se les hizo no sirve, y están de brazos cruzados, esperando que a partir de las próximas elecciones otro partido les resuelva este problema. Cuando uno sabe que las mismas comunidades, antaño, construían sus sistemas de riego, que el campesino merideño es conocido por su habilidad en esto, habilidad heredada incluso de los indígenas prehispánicos (se admiraron los españoles al llegar a la Cordillera y al descubrir los sistemas de riego de los indios andinos) uno no puede sino lamentar la degradación que ha habido entre dichos campesinos al respecto.

Hay por consiguiente un aumento de la "externalidad" con los planes de

mocráticos" y con el urbanismo, reforzada por un aumento del paternalismo del Estado democrático en Venezuela, cuya política (que es también la de la izquierda, a menudo) es volver al hombre venezolano totalmente dependiente del Estado para su bienestar: es decir, hacer de él un mendigo, un hombre incapaz de tomar decisiones y de resolver personalmente o en grupo sus problemas. Esto ya se ha hecho con numerosas comunidades indígenas del país, se está empezando a hacer con los campesinos andinos y ya se ha contaminado la mayoría a de los ciudadanos urbanos.

Se refuerza también en la ciudad a través de los centros espiritistas terapéuticos, de María Lionza y otros: los pacientes de dichos centros, que pertenecen a distintos niveles socioeconómicos (campesinos en contacto con la ciudad o ya migrados a ella, pequeños y grandes comerciantes, estudiantes de Secundaria y de Universidad, enfermeras, profesores, médicos, jueces, policías, hacendados, artistas, etc.) ven reforzada en ellos la externalidad y la noción de persecución. En efecto, en esos centros todos los males o desgracias que achacan a los pacientes, sean físicos, psíquicos, económicos, etc., son siempre atribuidos a perseguidores (el "otro poderoso" de los psicólogos), pudiendo ser éstos:

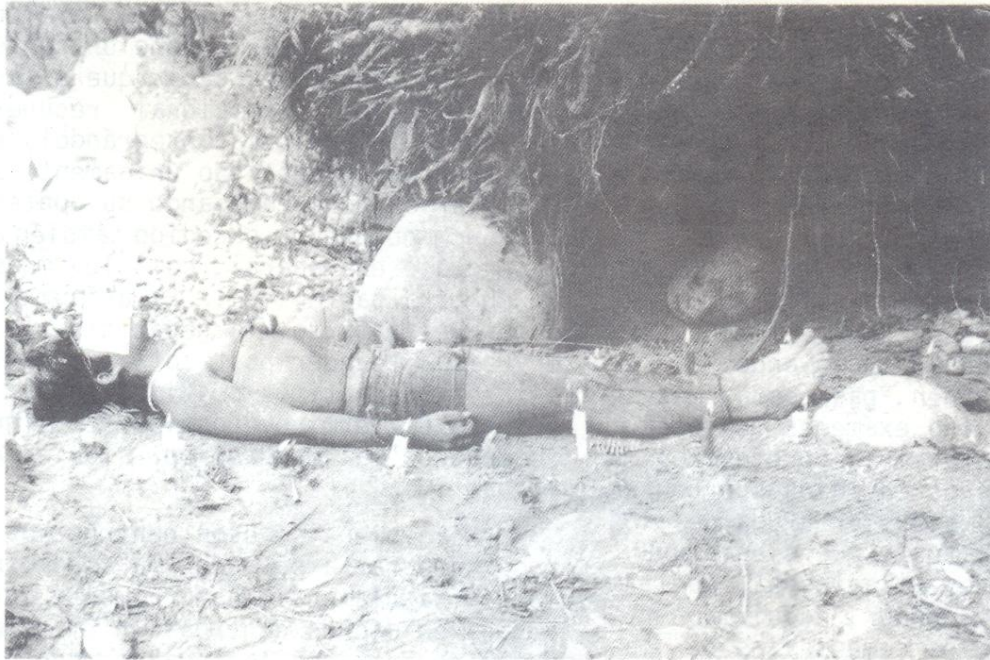
- 1) En primer término, otros seres humanos, "por envidia". Esos envidiosos pertenecen generalmente al círculo de conocidos de su víctima (sus parientes, sus amigos, sus vecinos, sus discípulos, sus colegas, sus profesores, etc...).

- 2) En segundo término, espíritus malos, que se poseionan de la mente de sus víctimas, estado de cosas que es debido a menudo a la primera causa (algún envidioso ha mandado esos espíritus a la víctima).

Como observamos, estamos frente a una estructura similar a la de la zona rural, y cuando se proviene de esta zona (lo que siempre sucede en Venezuela, en la primera o segunda, o tercera generación) la adaptación a este tipo de concepción de la enfermedad es más fá-

...corresponde a tal medicina...
...De modo que...
...los centros...
...los espíritus...
...tales como...
...Tina, el...
...los don Juanes...
...espíritus doctores...
...médicos...
...la tarantología...
...operaciones...

...occidental...
...la medicina...
...las enfermedades...
...ningún papel...
...de modo que...
...la perspectiva...
...los mecanismos...
...cultura popular...
...cambios...
...la población...
...generar otros...



Ritos de curación. Mérida.



cil que a la concepción occidental de la enfermedad, en la cual el médico trata únicamente las enfermedades del cuerpo, en la cual no juega ningún papel la noción de persecución; de modo que en la perspectiva occidental, no son aceptables los mecanismos de defensa de la cultura popular venezolana, únicos mecanismos conocidos o asimilados por gran parte de la población porque no ha tenido tiempo todavía de generar otros. Tales mecanismos de defensa y de protección son los medios que se utilizan para el logro de metas nuevas que surgieron con el paso brusco a la nueva sociedad y con el deseo de integrarse a ella, a esa "Nación nueva", como -- llaman mis viejos informantes indios de Pueblo Viejo(9) a la gente de la ciudad. Es así como estudiantes de liceos, de colegios privados, estudiantes de las distintas facultades de la Universidad de Los Andes, incluyendo a los de Medicina, acuden, para estar más seguros de pasar sus exámenes (es decir, contra la persecución de profesores malucos y compañeros envidiosos, o contra la mala suerte) a buscar ayuda de los "hermanos espíritus", que tienen poder, o de los "muertos milagrosos", que también tienen este poder, adquirido recientemente en los cementerios de las ciudades de la Cordillera: en Mérida, Ejido, El Vigía, Tovar, etc...

Buscan también el favor de esas entidades los profesionales, artistas, hacendados, obreros, amas de casa, campesinos migrados o en contacto con la ciudad... Es significativo que haya surgido un término nuevo en la concepción actual de la enfermedad que se tiene en estos centros: toda enfermedad se concibe ahí ahora como un "mal postizo".

Para comprender esto, hay que decir que los centros de María Lionza y afines han evolucionado en estas últimas décadas, especialmente en la última, de acuerdo a la evolución del país, y se han modernizado en función de un venezolano nuevo, urbanizado, conocedor de la medicina científica (la medicina de los "doctores"), pero cuya conducta es dictada por un modelo conceptual que

que no corresponde a tal medicina científica. De modo que ahora, las sacerdotisas de los centros reciben en trance no sólo a los espíritus ya tradicionales, tales como los de María Lionza, Guaicaipuro, Tiuna, el Negro Felipe, la India Rosa, los don Juanes, etc., sino también a "espíritus doctores" (es decir: médicos graduados), los cuales manejan la terminología científica y hacen operaciones aprendidas en facultades de Medicina. Pero a esta terminología "científica" se le pone un contenido tradicional": es decir que el esquema conceptual tradicional recupera la medicina científica, integrándola en su estructura, adoptando únicamente su vocabulario, pero cambiando su contenido (fenómeno que ha sucedido también en el lenguaje en general, como lo muestro en otra parte)(10). Es así como el cáncer, el infarto, la hepatitis, etc., se vuelven "cáncer postizo", "infarto postizo", "hepatitis postiza", etc.... teniendo el término "postizo" el significado de "mal mandado por alguien envidioso".

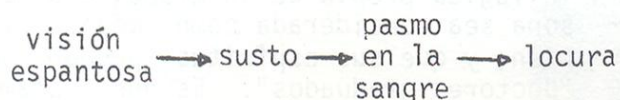
Ahora bien, si esos centros han logrado integrar a su modo la medicina científica (la cual, naturalmente, cura también en dichos centros con medicamentos de farmacia, los cuales, por supuesto, han de ser completados para mayor efecto con otros tipos de técnicas), lo mismo no ha sucedido con la psiquiatría: en efecto, la terminología psiquiátrica no ha penetrado, sigue siendo ignorada. Pienso que esto se debe a la transformación que ha recibido el concepto de "locura" en tales centros, en esa concepción de la enfermedad, lo que la diferencia del medio rural, donde sí tiene cabida: la "locura" no existe en los centros de María Lionza, sólo existen personas posesionadas por espíritus malos, y/o que han recibido "un mal" (por envidia).

En la comunidad rural andina la lo cura se debe al contacto que se estableció una vez con alguna entidad sobrenatural dañina (Arcos, Malos Aires, brujos y espantos): este contacto desequilibra la sangre porque el susto provoca "un pasmo en la sangre". Siendo la

sangre concebida como corriente vital, es decir corriente del alma, y siendo el alma vida e inteligencia (las cuales están muy relacionadas en la mente del campesino: el niño tiene menos vida, porque tiene menos alma y menos inteligencia)... al ser perturbada el alma se vuelve loco el individuo que ha tenido la desgracia de este contacto, el cual se ha establecido por intermedio del órgano de la vista: el ojo (los daños penetran, en efecto, generalmente, a través de los *ojos*; menos los "malos aires" que, por ser invisibles, penetran a través de la *piel*). De modo que la locura tiene que ver con un evento histórico en la vida del individuo andino y no tiene remedio: es algo irreversible.

Para los espiritistas de la ciudad (así como para los creyentes pentecostales y de ciertas sectas evangélicas), lo que se llama "locura" es de hecho una posesión por una o varias entidades malignas. No se trata de un contacto exterior con un ser (como en la zona rural) sino *interior*.

En la zona rural tenemos:



Mientras que la "posesión" tal como se concibe en el culto de María Lionza, es un contacto permanente e interior: la mente del individuo está poseída, es decir, ocupada por la de un espíritu (malo). Este no se manifiesta siempre, las crisis pueden darse con mayor o menor frecuencia, según la fuerza o el interés del espíritu, según la resistencia de su víctima, pero está ahí y sale "cuando le da la gana", o cuando es expulsado por alguna persona presente (generalmente la medium o sacerdotisa), o por algún detalle del medio ambiente (objeto material o mensaje hablado) que provoca la crisis o la puede parar.

Otra diferencia entre la concepción rural y ésta, es que, en la comunidad campesina, cualquiera puede volverse loco, no depende de él, sino del

azar de su encuentro. Mientras que en los centros espiritistas (siempre urbanos o sub-urbanos) son poseídas por espíritus malignos sólo aquellas personas que tienen en sí la cualidad de medium: la locura es concebida entonces como la falta de desarrollo sistemático de la mediumidad en personas todavía ignorantes de su "don" o que lo rehúsan. Esta ignorancia hace que, en lugar de entrar en trance sólo cuando lo deseen, con espíritus buenos, (es decir: favorables a los hombres), entran en crisis en cualquier momento, de modo caótico, sin control, y esto dura un tiempo indeterminado.

Encontramos aquí a la locura no como enfermedad sino como un don no desarrollado y mal utilizado. No se tratará entonces de *curar* a la persona afectada, sino de *ayudarla a desarrollar ese don según las reglas* establecidas para lo mismo: deberá aprender, a través de un aprendizaje especial, a recibir las crisis sólo a ciertos momentos, escogidos por ella misma, para lo cual aprenderá a manejar una cantidad de símbolos que servirán de clave para provocar el trance, y sin los cuales éste no se podrá obtener. Este aprendizaje servirá además para que la persona aprenda a dejar entrar sólo a aquellos espíritus que ella desee que entren, aquellos que sean más afines con ella. Aprenderá entonces a transformar la crisis de posesión (en la cual el medium no desarrollado queda pasivo y es víctima) en "trance", en el cual el medium, ya desarrollado, controla la situación del principio al fin y la controla dando una finalidad al trance: éste no es en efecto un fin en sí, es un medio para lograr la colaboración de espíritus que puedan ayudar a los hombres, curándolos y ayudándolos en todas sus desgracias, aconsejándolos en todos sus problemas.

De modo que aquel individuo que, para un psiquiatra occidental, sería un candidato a la esquizofrenia, es en un Centro de María Lionza un médico en potencia (médico del cuerpo, del alma y de lo social), lo que está en el sentido de la sociomedicina, tal como se

concibe en la mayoría de las sociedades no occidentales.

Ahora bien, para George Devereux, uno de los primeros y más importantes teóricos de la etnopsiquiatría, "la esquizofrenia es provocada por tentativas ineficaces para adaptarse a un medio ambiente en vía de transformación" (11). Según Kretschmer, la personalidad esquizoide es meticulosa y fuertemente llevada a teorizar. Para Devereux, esta tendencia a teorizar del esquizofrénico sería más bien una tendencia a extrapolar y agrega Devereux que esa extrapolación es inutilizable, por que "se hace en otro territorio" (12). Sin embargo, ese "otro territorio", inútil e incomprensible (sin sentido) en el seno de la Sociedad Occidental, cuando vive ahí el enfermo, recibe sentido y es utilizable en el seno de otras sociedades; por ejemplo, entre los grupos que constituyen en Venezuela y países limítrofes la clientela y fieles de María Lionza.

Para Devereux, la esquizofrenia "constituye la psicosis (o neurosis) étnica típica de las sociedades complejas, y la que se encuentra ahí en forma común" (13), y define como "neurosis étnica" todo desorden psíquico que presenta los siguientes rasgos:

1) El conflicto que sostiene la neurosis afecta igualmente a la mayoría de los individuos normales: el conflicto del neurótico o del psicótico es simplemente más violento que el de los demás; el paciente es como todos pero en forma más intensiva.

2) Los síntomas característicos de la neurosis o psicosis étnica no son improvisados. No son inventados por el enfermo: le son ofrecidos por su propio medio cultural y representan (en el sentido de Linton) "modelos de conducta". Es como si la sociedad dijera al neurótico o al psicótico en potencia: "No seas loco pero, si has de serlo, manifiesta tu locura de tal o cual modo... y no de otro. Si tú te alejas de este comportamiento que se te indica no te considerarán como loco, sino como criminal, brujo o herético" (14).

En el caso de los mojanos andinos, de los mediums y sacerdotisas de María Lionza, los cuales pertenecerían en el modelo de Devereux a los "desórdenes sagrados" o chamánicos, son desórdenes sagrados cuando se consideran a partir de su propio contexto sociocultural. Pero, vistos a partir de cierto contexto cultural occidental, desde el punto de vista del Colegio de Médicos, por ejemplo, o de la Ley venezolana, que procura regirse a partir del patrón occidental (el cual también tiene sus propios modelos para ser loco) esos mediums se alejan del comportamiento debido y, como lo preve Devereux, ellos son perseguidos, sus centros cerrados o allanados con frecuencia, porque se los clasifica como "brujos", y hasta criminales en ciertos casos (por ejemplo, cuando utilizan medicamentos de la farmacopea oficial, o drogas). En efecto, siempre según el modelo occidental, los farmacopeos han de ser recetados sólo por médicos graduados, esto pertenece al comportamiento debido de un médico oficial (= legal). Si otra persona los receta es ilegal, poco importa que, en la lógica propia de su grupo, esa persona sea considerada como "médico" también, y que sus espíritus puedan ser "doctores graduados". Es que estamos en Venezuela a caballo sobre varias culturas, las cuales entran a menudo en contradicción, pero esta contradicción no puede aparecer como problema en la perspectiva oficial, en la cual sólo se perciben unas prácticas irracionales que se deben eliminar para el bienestar y comodidad del venezolano, aun que ese venezolano no esté de acuerdo con esta perspectiva.

La contradicción es tan grande que conozco casos de sacerdotisas a las cuales no se inquieta o a las cuales se avisa con tiempo cuando se decide un allanamiento, porque cuentan entre sus pacientes algún juez, o a los mismos policías; y los medicamentos de la farmacopea occidental que se procura descubrir en tales allanamientos les han sido regalados a menudo por estudiantes de la Facultad de Medicina.

Los pacientes de los distintos centros espiritistas (y son mucho más nu-

merosos en Venezuela que lo que se cree oficialmente) sienten mucho respeto, incluso podríamos decir un respeto incondicional para los mediums y sacerdotisas. Saben también que la adquisición de los poderes chamánicos que ostentan éstos empieza con dolorosas experiencias físicas y psíquicas. Las sacerdotisas, antes de obtener ese status, han tenido que pasar por una niñez generalmente enfermiza y por períodos, a veces de largos años, de crisis no controladas y muy perturbadoras. La función social y eminentemente terapéutica del chamán no impide a Devereux considerar a éste como un ser neurótico e incluso "como un psicótico en estado de remisión temporal" (15). Kilton Stewart habla de enfermedades "didácticas" o "iniciáticas", que es generalmente el caso del chamán cuando era niño. Ciertos psicoanalistas dicen que la actividad terapéutica del chamán sería esencialmente una defensa contra su propia muerte y su propia enfermedad. Esta persona es víctima de fobias, de alergias de todo tipo y de enfermedades, lucharía sin cesar contra su propia tendencia a morir cuando la encuentra en los demás (16).

Ahora bien, al pasar de la zona rural a la zona urbana, por lo menos en la Cordillera, las mujeres asumen la responsabilidad simbólica, en los centros de María Lionza especialmente, responsabilidad que es reservada a los hombres en la comunidad rural. Adquieren así ellas un mayor status social por el prestigio de su papel. Pero esta situación ventajosa es característica sólo de la sacerdotisa y de la medium. En efecto otras mujeres, si bien ganan cierta autonomía al mudarse a la ciudad, pierden un montón de ventajas que eran las suyas en la comunidad rural. La endogamia característica de la comunidad rural deja lugar en la ciudad a la exogamia azarosa y a una matrifocalidad obligada, lo que constituye un factor de inestabilidad social, económica y psicológica, para la mujer como para sus hijos. En efecto la madre-soltera es la condición normal de toda muchacha en la zona rural meridiana, antes de adquirir el status de mujer social

mente y biológicamente adulta, para lo cual el embarazo o los embarazos anteriores a esta adquisición constituyen una especie de iniciación, de prueba de madurez sexual y social. La familia respalda a sus hijas madres-solteras, y los hijos de éstas últimas son criados generalmente por sus abuelos maternos, de quienes heredan apellido y bienes cuando los hay (recordando que, en la Cordillera, el campesino es a menudo propietario de una tierra) (17). En la ciudad, esta etapa iniciadora es sustituida por una condición definitiva de madre-soltera, con compañeros ocasionales y sin respaldo familiar, situación naturalmente engendradora de angustia para la mujer y sus hijos (18).

En Venezuela nos guiamos generalmente, a nivel oficial, por un solo modelo (el occidental) reconocido como el único legítimo. Esto no debe cegarnos, sin embargo, y hacernos esconder a nuestros propios ojos la existencia de otros modelos culturales vigentes en el país. El ignorarlos o el perseguirlos *no soluciona nada*. No podemos tratar este hecho como si fuera ajeno a nosotros, como si sucediera en Africa o en el continente asiático, es decir, bien lejos de nosotros. Está aquí, entre nosotros, está incluso en la universidad, en el hospital, está en todos los niveles. ¿No sería entonces más acertada la actitud de enfrentar el problema, empezando por investigarlo?. El trabajo pluridisciplinario ha de llevarnos a resultados positivos. El psiquiatra no puede ponerse a investigar la cultura de sus pacientes, ni puede el antropólogo hacer el papel de psiquiatra. Todo el mundo no puede ser ambas cosas, como lo era Devereux (aunque éste era más psiquiatra (psicoanalista) que antropólogo): utilizaba los conocimientos antropológicos en su trabajo clínico, e interpretaba lo cultural a la luz también de los conocimientos psiquiátricos.

Ya es tiempo que empecemos a ver a Venezuela como es, antes de verla como quisiéramos algunos que ella fuera. Son muchas las preguntas que nos podríamos hacer. Por ejemplo, ¿qué es fi

nalmente 'curación'?. En la Nueva Revista de Psicoanálisis, N° 17, el primer sentido del término "curar" sería "garantizar, prevenir, tranquilizar". Pero, más allá de la curación y sus efectos, ¿qué reproduce la enfermedad? ¿Se reproduce sólo a sí misma, fisiológicamente, biológicamente? ¿No necesitan las sociedades sus enfermedades? ¿No han "invertido siempre con dis cursos sobredeterminados aquello que ellas llaman enfermedad"? como dice Yvan Simonis (19).

¿No podemos considerar que el diagnóstico confirma, en la sociedad que sea, el poder de aquéllos que detienen los medios de curar, y que confirma los discursos que legitiman la organización social tal como es?. Pienso haberlo demostrado ya para la zona rural de la Cordillera (20). Ahí, el discurso sobre la enfermedad y sobre su curación legitima y reproduce el orden social de la comunidad rural andina, reproduce el poder simbólico de los varones, el poder simbólico y real del moján o chamán andino sobre los otros miembros de la comunidad, y garantiza la reproducción de los mitos, creencias y rituales, es decir, la reproducción de lo que, en la cultura andina autóctona, han podido conservar los mojanos, gracias justamente a ese medio efectivo de control social que tienen ellos sobre la enfermedad, es decir sobre los demás individuos de su grupo.

El recurso en nuestra sociedad al discurso científico que pretende curar, ¿es totalmente honesto? ¿No es algo ingenuo, quizás?. Demasiados trabajos en la actualidad van en contra de este simplismo, y en contra de este positivismo extremo. Una pregunta deberíamos hacernos, los médicos, psiquiatras, antropólogos, psicólogos. Si Venezuela es un país con una medicina científica, ¿por qué hay tantos venezolanos que buscan otras prácticas médicas? ¿por qué las buscan estudiantes, profesores, artistas, comerciantes, policías, campesinos? La explicación de que esto sucede "porque ellos son ignorantes", simplemente, sigue siendo meramente apriorística, y sin valor heurístico. La

explicación según la cual van a esto porque no se les ofrece un servicio médico adecuado, responsable, eficiente, puede tener algo de verdad (y lo tiene), pero no es suficiente. Pues los médicos y los psiquiatras saben que, cuando el hospital está funcionando bien, parte de sus pacientes reciben de todos modos tratamientos paralelos, como para mejor asegurar su curación. Este *no es un dato que se deba menospreciar* o simplemente comentar. Es preciso al contrario investigar su significado. Y otro problema que es relativo al caso del paciente psiquiátrico, especialmente: ¿hasta qué punto ciertos síntomas que para el psiquiatra son característicos de la esquizofrenia, por ejemplo, no son en realidad características *culturales*, porque compartidas por todo un grupo y transmitidas de generación en generación?

Nos queda mucho por hacer, pero quiero terminar con algo optimista: estamos empezando algo nuevo en Mérida. Las Jornadas de Psiquiatría fueron un síntoma de ello, y también lo fue la creación del Seminario de Etnopsiquiatría en el postgrado de Psiquiatría de la Universidad de Los Andes.

NOTAS

- (1) Este artículo es parte de una conferencia que se hizo en las II Jornadas Regionales de Psiquiatría, Mérida, sept., 1983.
- (2) Ver Bidney, D.: "So-called Primitive Medicine and Religion" in Iago Galdston, Man's Image in Medicine and Anthropology, N.Y. Intern. Univ. Press, citado por Genest, Serge en "Introduction à l'Ethnomédecine", Essai de synthèse, en Anthropologie et Sociétés, Univ. Laval, Canadá, 1978, vol. 2, N° 3.
- (3) Ver Young, A.: "Some implications of Medicine Beliefs and Practices for Social Anthropology", en American Anthropologist, 78:1, 5-24.

- (4) Ver Poullion, Jean: "Malade et Médecin: le même et/ou l'autre? (Remarques ethnologiques)", en Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1:77-98
- (5) Ver Lévi-Strauss, C.: *Anthropologie Structurale*, Plon, París, 1958, p. 197.
- (6) Romero García, Oswaldo: "Motivación para el Trabajo: necesidad de logro en Venezuela", Confer. en la 1° Experiencia de desarrollo Gerencial del Sector Agrícola y de Aprovechamiento de Recursos Naturales, M.A.C., Caracas, julio 1983.
- (7) Ver Clarac de Briceño, Jacqueline: **Dioses en Exilio, Representaciones y prácticas Simbólicas en la Cordillera de Mérida**, Fundarte, Caracas, 1981.
- (8) "Rubios" en Venezuela.
- (9) Zona de Lagunillas, Cordillera de Mérida.
- (10) Ver Clarac de Briceño, Jacqueline: "Comentarios antropológicos acerca de 'El lenguaje como variable instrumental y mediadora del rendimiento académico'", en Boletín Antropológico, Museo Arqueológico, U.L.A., Mérida, sept-oct., 1983, N° 3, pp. 67-72
- (11) Devereux, Georges: *Essais d'Ethno psychiatrie générale*, Ed. Gallimard, 1970, p. 232.
- (12) Ibid., p. 233.
- (13) Ibid., p. 251.
- (14) Ibid., p. 251.
- (15) Ibid., p. 15.
- (16) Valabrega, J.P.: *La relation thérapeutique*, Ed. Flamaion, París, 1962, citado por Perrin, Michel: "Volverse 'Piache' entre los Guajiros", en Boletín Antropológico, Museo Arqueológico, U.L.A., Mérida, nov-dic., 1982, N° 2, p. 11.
- (17) Ver Clarac de Briceño, Jacqueline: *Dioses en Exilio*, parte I.
- (18) Ya había tratado este punto en "Re-estructuración en la Cordillera de Mérida en relación al capitalismo y al urbanismo emergente", en Boletín Antropológico, U.L.A., Mérida, nov-dic., 1982, N° 1, pp. 43-49.
- (19) Simonis, Yvan: "Présentation", en *Ethnomédecine, Ethnobotanique, Anthropologie et Sociétés*, Univ. Laval, Canada, 1978, vol.2, N°3, p.1
- (20) Ver Clarac de B., Jacqueline: *Dioses en Exilio*, Parte IV.

BIBLIOGRAFIA

BASTIDE, Roger; *Les religions africaines au Brésil*, P.U.F., 1958.

BIDNEY, D.: "So-called Primitive Medicine and Religion", in Iago Galdston, *Man's Image in Medicine and Anthropology*, N.Y. International Press.

CLARAC DE BRICEÑO, Jacqueline: *Dioses en Exilio, representaciones y prácticas simbólicas en la Cordillera de Mérida*, Fundarte, Caracas, 1981.

— "Comentarios antropológicos acerca de 'el lenguaje como variable instrumental y mediadora del rendimiento académico'", en Boletín Antropológico, Museo Arqueológico, Univ. de Los Andes, Mérida, sept-oct, 1983, N° 3, pp. 43-49.

DEVEREUX, George: *Essais d'Ethnopsychiatrie Générale*, Ed. Gallimard. París, 1970.

GENEST, Serge: "Introduction à l'Ethnomédecine, essai de synthèse", en *Anthropologie et Sociétés*, Univ. Laval, Canada, 1978, vol.2, N° 3, pp. 5-28

LEVI-STRAUSS, Claude: *Anthropologie Structurale*, Plon, París, 1958.

PERRIN, Michel: "Volverse 'Piache' entre los Guajiros", en Boletín Antropológico, Museo Arqueológico, Univ. de Los Andes, Mérida, 1982, sept-oct, N° 2, pp. 7-12.

POLLAK, Eltz, Angelina: *Folk - Medicine in Venezuela*, Acta Ethnologica et Linguistica, Viena, Austria, 1982.

POUILLON, Jean: "Malade et Médecin: le même et/ou l'autre? (Remarques ethnologiques)", en Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1, 1977.

ROMERO GARCIA, Oswaldo: "Motivación para el trabajo: necesidad de logro en Venezuela", Confer. en la 1° experiencia de desarrollo general del Sector Agrícola y de Aprovechamiento de Recursos Naturales, M.A.C., Caracas, julio, 1983

VALABREGA, J.P.: *La relation thérapeutique*, Ed. Flammarion, 1962.

ABSTRACT

In Venezuela we have several parallel medicine discourses, but only the occidental one is legal; so a contradiction exists between law and reality. The "notion of persecution" is here a cultural, not pathological characteristics, and it explains the "externality" (psychological category) so common in Venezuelan people as seen by some psychologists.

This notion is re-inforced with the democratic, petroleum rentist State's paternalism, and through the developing regionalistic planification. It is re-inforced also in city people who frequent in great number the magic religious centers of "Espiritistas", "María Lionza" and other similar cults: there, a re-interpretation of occidental medicine is taking place; they are adopting in effect the modern scientific vocabulary about illness, but giving it a magic contents, adapted to the folk conception of illness and to the traditional social medicine. So we can observe an adaptation of the "medicine men" at a new modern urbanized Venezuelan man, who now knows about scientific medicine but acts according to a not occidental conceptual pattern.

María Lionza y el Negro Felipe.
Altar de Aguas Blancas, Edo. Portuguesa

RESUMEN

En Venezuela tenemos varios discursos médicos paralelos, pero uno solo es legal, el occidental; así que existe una contradicción entre la ley y la realidad. La "noción de persecución" es aquí una característica cultural y no patológica; explica la "externalidad" (categoría psicológica) tan común entre los venezolanos según algunos psicólogos.

Esta noción se ve reforzada con el paternalismo de un estado petrolero, democrático y rentista. Es reforzada también en la gente de la ciudad que frecuenta en gran número los centros mágico-religiosos espiritistas de María Lionza y otros cultos similares: ahí se reinterpreta la medicina occidental adoptando el moderno vocabulario científico acerca de la enfermedad, pero dándole un contenido mágico, adaptado a la concepción popular de la enfermedad y a la medicina social tradicional. Podemos observar de este modo una adaptación de los médicos tradicionales a un nuevo venezolano, moderno y urbanizado, que sabe de medicina científica pero actúa de acuerdo a un modelo conceptual no occidental.

