

LA CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE LOS IMAGINARIOS SOCIALES: EL CASO DE LA MEDICINA POPULAR CHILENA*

Gerardo Álvarez, Andrea Álvarez, Marisol Facuse
Universidad de Concepción

Resumen

En este artículo se da cuenta del estado de avance de una investigación interdisciplinaria (lingüística, psicología, sociología) sobre las representaciones de cuerpo (salud/enfermedad) en la medicina popular chilena (Proyecto FONDECYT 1000376). No se trata de una investigación sobre la medicina como tal. El objetivo es rastrear el imaginario sobre el cuerpo que subyace a las prácticas curativas y que se revela a través del discurso de las sanadoras populares (mapuches y no mapuches), y luego examinar las relaciones que se establecen entre estos dos tipos de saberes: el saber médico científico “occidental” y los saberes tradicionales populares. El método de análisis deriva de la teoría de la enunciación, de la polifonía enunciativa y del análisis actancial de los relatos.

Abstract

(This article deals with the representation of the human body (in terms of health and sickness) which underlies the curative practices of popular Chilean “curanderas” and “meicas”. (Research project: FONDECYT 1000376), Through an interdisciplinary approach –linguistic, psychological and sociological– the authors examine the imagery of the human body that is revealed through discursive practices, and the relationship between the scientific “western” medical representations and those of popular medicine women (mapuche and “hispanic”). The analysis of interviews draws mainly upon the theories of enunciation (Benveniste), intertextuality (Bakhtin) and the actantial analysis of tales (Greimas).

* Este artículo es una versión corregida y modificada de la ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Chilena de Lingüística, SOCHIL, Osorno, octubre de 2001.

1. INTRODUCCIÓN

Un tema frecuente en las discusiones científicas es el de la relación entre lengua y realidad. Menos frecuente, pero también importante, es la interrogación sobre la realidad de la realidad: cuán real es la realidad, como pregunta Watzlawick. En el caso del presente trabajo¹, nosotros nos ubicamos en otro nivel de reflexión, como es aquel del mundo de las representaciones sociales, o de los imaginarios colectivos.

La capacidad de imaginar, de representarse a sí mismo y a su entorno –más allá, antes de, o diferentemente de la percepción de la realidad– parece inherente al ser humano. Es la capacidad que permite, entre otras cosas, la previsión, la planificación –consciente o inconsciente– del accionar humano. (Por ejemplo, en el campo de la guerra, Clausewitz decía que toda batalla se da dos veces: primero en la cabeza del estratega y luego en el campo de batalla).

Diversos investigadores destacan en este sentido el papel de las significaciones imaginarias en la construcción de los saberes humanos. En Francia, en 1969, Gilbert Durand se rebela contra la separación tajante que ha imperado durante siglos en la cultura occidental entre el saber racional y el saber imaginario, y sostiene que “el mal fundamental que afecta a nuestra cultura es esta civilización positivista, racionalista, aseptizada, que ha pretendido minimizar y abolir el papel de las imágenes y del mito” (1969: 15). Para él, el imaginario es “el conjunto de imágenes y de relaciones de imágenes que constituye el capital de pensamiento del *homo sapiens*”; es “el zócalo común que modela el pensamiento de cada grupo de hombres que vive en sociedad”. A lo que nosotros agregaríamos que ese imaginario común modela también *la acción* del hombre en sociedad.

En psicología social se ha impuesto, de manera similar, la noción de “representaciones sociales”. Como dice Denise Jodelet, el ser humano necesita identificar y resolver los problemas que le plantea el mundo que lo rodea. “Por eso fabricamos representaciones que nos guían en la manera de nombrar y definir en conjunto diferentes aspectos de nuestra realidad cotidiana, que nos guían en la manera de interpretarlos y de enfrentarlos” (Jodelet, 1989: 31).

Trabajando específicamente sobre las instituciones sociales (económicas, históricas, religiosas), Castoriadis (1975) propuso la noción de “imaginario social” para designar “la creación incesante de figuras, formas, imágenes” que permiten dar respuesta a interrogantes

¹ Proyecto FONDECYT 1000376, “Representaciones discursivas del cuerpo –salud/enfermedad– en la medicina popular chilena”. Investigadores: G. Álvarez, A. Álvarez, M. Facuse.

fundamentales del hombre en sociedad: quiénes somos como colectividad, qué somos para los otros, qué queremos, qué necesitamos. Solo respondiendo a estas preguntas, un grupo humano puede construir identidad. (Castoriadis, 1975: 205. Ver también Baeza, 2000). Desde este punto de vista, el papel de las significaciones imaginarias es el de proporcionar al ser humano una clave de inteligibilidad de sí mismo, de la sociedad y del mundo, clave que no proporciona necesariamente la racionalidad. El imaginario, visto así, no es simple imagen refleja de la realidad, no es deformación de la realidad provocada por la alienación, sino que resulta de una actividad constante de organización mental de la realidad. Este imaginario una vez construido tiene consecuencias propias, que pueden ser incluso contradictorias con algún aspecto de la realidad objetiva, como lo ejemplifica el mito de la creación del mundo en siete días y la consecuente sacralización de la semana como organización del calendario humano. Independientemente de que uno adhiera o no adhiera a ese mito, su implantación en el imaginario colectivo trae consecuencias no solo para el comportamiento de las personas –obligaciones y prohibiciones para el día domingo–, sino también consecuencias legales, laborales, económicas que pueden incluso ser antifuncionales para el capitalismo moderno.

2. EL ROL DEL DISCURSO

2.1 Lo que interesa subrayar aquí es que en toda esta construcción y socialización de las representaciones, el rol del discurso es fundamental. No nos corresponde a nosotros, como lingüistas, resolver el arduo problema de la relación individuo-grupo social en la construcción de imaginarios sociales. Tampoco nos corresponde a nosotros determinar cómo y en qué medida esta construcción se hace sobre la base de elementos de imaginarios ya existentes. Lo que nos importa es recalcar que la construcción social de representaciones de la realidad solo es posible sobre la base de la intercomunicación humana, es decir, sobre la base de los intercambios discursivos.

Ya lo subrayaban con énfasis los teóricos de la sociología del conocimiento, como Berger y Luckmann: “Aquello a que asistimos en la vida humana es a la creación social de la realidad, la cual se efectúa fundamentalmente a través del lenguaje. La realidad de la vida cotidiana se me presenta como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros. En realidad, no puedo existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarme continuamente con otros” (Berger y Luckmann, 1986: 40). Destaquemos entonces que es

en este comunicarse permanentemente con otros donde se van construyendo las representaciones socialmente compartidas sobre el mundo, que funcionan como si fuesen la realidad objetiva, un imaginario que tiene para los hombres tanta o más fuerza que la realidad objetiva. Estos imaginarios colectivos (la patria, la libertad, el mercado...) tienen una fuerza tal que pueden llevar a los hombres a morir por sus ideas. O más siniestramente a matar a otros por sus ideas.

Sobre este papel del discurso en la construcción de imaginarios sociales existen ejemplos muy conocidos de los que solo mencionaremos algunos.

El primero será el del discurso de la publicidad comercial. Ya se ha mostrado abundantemente (Charaudeau, 1983; Álvarez, 1996) cómo el discurso de la publicidad comercial construye la imagen de un cliente ideal, cómo instituye en él objetos de deseo, y cómo el producto por vender es presentado como un auxiliar para la consecución de ese objeto de deseo. El producto por vender no aparece entonces como un objeto del mundo real, sino como la imagen idealizada y mitificada de un producto que satisfará la necesidad así construida.

Otro ejemplo similar es el de la propaganda política, universo por excelencia de la creación de imágenes *ad usum populi*. Todos sabemos cómo, en el mundo actual, las agencias publicitarias construyen –por medio del lenguaje, los gestos, la vestimenta y otros– un producto que es lanzado al mercado político. Y todos sabemos que este producto-imagen puede estar en abierta contradicción con la realidad objetiva. El candidato así construido debe decir ciertas palabras y no otras, porque su discurso está pautado por los constructores de imágenes colectivas.²

Otro caso bien conocido es el del discurso de los medios de comunicación de masas (radio, prensa, televisión), que tienen por tarea la construcción de una imagen de los hechos del mundo, que los receptores deben tomar por la realidad objetiva (Van Dijk, 1988). En Álvarez (1996) se examina el caso de un noticiero radial que empezaba diciendo: *Usted tiene derecho a saber la verdad. Y la verdad está en los hechos*. Y luego venía una serie de enunciados verbales –las noticias– que implícitamente se hacían aparecer como si fuesen los hechos mismos. Olvidando que los hechos no hablan, que siem-

² También, en este campo, se puede estudiar cómo un personaje político construye discursivamente una imagen de sí mismo, o del proceso histórico que le tocó vivir. Ver, por ejemplo, Munizaga, G. y C. Ochsenius. 1983. "El discurso público de Pinochet (1973-1976)", en Larsen, N. *The discourse of Power. Culture, Hegemony and the Authoritarian State in Latin America*. Minneapolis, Inst. for the Study of Ideologies and Literatures. Ver también Vega Alvarado, Olly. 2000. "Construcción discursiva de la imagen personal y política del ex presidente de Chile Patricio Aylwin Azócar, en *Onomazein*, N° 5: 45-65.

pre alguien habla por los hechos. El mito de la “objetividad periodística” oculta la inevitable construcción discursiva de la realidad que es inherente al funcionamiento de los medios de comunicación. Noam Chomsky ha mostrado repetidamente cómo la prensa norteamericana construye una imagen de los hechos sociales (la guerra de Vietnam, la guerra del Golfo, la globalización...) que tiene muy poco que ver con la realidad de los hechos históricos (Chomsky y MacChesney, 2000).

3. LA INTERACCIÓN VERBAL COTIDIANA

Esta construcción de representaciones imaginarias por el discurso de la prensa, de la publicidad, de la historia, puede parecer evidente. Pero lo que es menos evidente es que todo el intercambio discursivo humano funciona sobre esta base. Es por eso que nosotros hemos adoptado, para nuestra investigación, la visión del acto de lenguaje como una puesta en escena del mundo por parte del sujeto productor de discurso. En esta perspectiva, seguimos a diversos lingüistas de lo que se ha dado en llamar “la escuela francesa de análisis del discurso” (Pêcheux, Charaudeau, Vignaux...), a sociólogos como Goffman, Bourdieu, y a filósofos como Michel Foucault.

Todo proceso discursivo, según Pêcheux (1969), supone de parte del emisor una anticipación de las representaciones del receptor, imagen anticipada en la cual basa sus estrategias discursivas. El sujeto interpretante, a su vez, se forja imágenes sobre sí mismo y sobre el emisor, y estas imágenes orientan su proceso interpretativo. Charaudeau (1983, 1992) propone además distinguir sistemáticamente los seres empíricos y los seres discursivos. Un individuo del mundo empírico, al intervenir en un intercambio produciendo discurso, construye de sí mismo una imagen de sujeto enunciador (una imagen de “yo”), y al mismo tiempo construye una imagen del interlocutor como sujeto destinatario (una imagen de “tú”). Pero el interlocutor, en su proceso interpretativo (sujeto interpretante), puede aceptar o rechazar estas imágenes que le están siendo propuestas. Y es en este juego cruzado de imágenes, de representaciones de sí mismo y del otro, que se da el éxito o el fracaso del acto de lenguaje. Los sujetos que nos muestra el acto de lenguaje son seres discursivos, que no deben ser tomados sin mayor examen como homólogos de los seres empíricos.

Este juego de imágenes incluye también al mundo de referencia. En su acto de lenguaje, el sujeto enunciador construye, y pone en escena, una imagen del micromundo de referencia. Es decir, constru-

ye discursivamente *una representación* del mundo real.³ Conviene entonces no confundir el mundo enunciado y el mundo empírico. Lo que el acto de lenguaje nos muestra es el mundo enunciado y no el mundo empírico. Lo que se nos presenta por medio del lenguaje no son “los hechos reales”, sino la representación que de estos hechos construye el sujeto enunciador, y que de algún modo impone al interlocutor. No se trata aquí de negar la relación entre el discurso y la realidad —es evidente que hablamos del mundo real. De lo que se trata es de rechazar la relación de transparencia que la gente tiende a establecer entre el discurso y los hechos empíricos. El discurso establece siempre una relación de oblicuidad, de relativa opacidad respecto al objeto empírico.

4. REPRESENTACIONES DE CUERPO

Con esta concepción de los intercambios discursivos, hemos abordado el proyecto de investigación sobre “la representación discursiva del cuerpo humano (salud/ enfermedad) en la medicina popular chilena”. Se comprenderá entonces fácilmente que no es un proyecto sobre la medicina como tal, ni sobre las enfermedades o los remedios, ni sobre las prácticas curativas. Su objetivo es rastrear la representación de cuerpo, el imaginario sobre el cuerpo, que subyace a las prácticas mismas, y que se revela a través del discurso de los/las sanadores/as populares. Un segundo objetivo es estudiar cómo el conjunto de estas representaciones constituye una forma de saber, “un saber otro” (Foucault) que es compartido por vastos sectores de la comunidad, aunque no goza del estatuto de “verdad reconocida” que tiene el saber de la medicina científica oficial (la MCO). Un tercer objetivo es examinar las relaciones que se establecen entre el saber médico oficial y estos saberes de la medicina tradicional popular (la MTP): relaciones de exclusión y de negación, o de diálogo e interpenetración.

Para ello hemos entrevistado a 12 sanadores populares de la VIII Región del país (curanderas, meicas, yerbateras, componedores, naturistas, machis, santiguadoras) con una metodología cualitativa de conversación semidirigida, sobre la base de una guía temática y de

³ Como se puede apreciar, nuestro equipo adopta una posición abiertamente constructivista. Existen sin embargo autores que ven una oposición entre la teoría de las representaciones sociales y la teoría constructivista. No es nuestro caso. (Para una discusión reciente sobre este debate, ver Sandoval, J., “Entrevista a Denise Jodelet: el debate entre la teoría de las representaciones sociales y el socioconstruccionismo”, en *Praxis. Revista de Psicología y Ciencias Humanas*. Santiago, Universidad Diego Portales. 1999, Año 1, N° 1, pp. 148-159).

una observación participante.⁴ También hemos entrevistado a representantes de la medicina oficial (autoridades del Ministerio de Salud) y a intervinientes de la llamada medicina intercultural, en territorio mapuche. Las entrevistas a sanadores han intentado cubrir los sectores urbano-marginales, los sectores rurales y los sectores de implantación mapuche. La situación de la VIII Región –la región del Biobío, frontera de varios siglos entre la ocupación española del territorio y la resistencia indígena– es compleja en este sentido ya que en ella, por razones históricas, coexisten tres tipos de medicina: la medicina científica oficial (MCO), la medicina popular de raigambre hispánica y la medicina tradicional mapuche.

5. EL MÉTODO DE ANÁLISIS

Para el estudio de las entrevistas, utilizamos un método de análisis del discurso que consta de dos aspectos: el análisis enunciativo y el análisis predicativo.

5.1. El **análisis enunciativo** permite examinar los comportamientos enunciativos de los entrevistados, tal como se revelan en los textos producidos. Esto comprende dos aspectos:

5.1.1 el mayor o menor grado de certeza que el enunciador establece respecto al valor de verdad de lo que asevera en su enunciado. Se trata de determinar en qué medida el anunciador manifiesta su adhesión o su distancia respecto a los contenidos aseverados en su texto, y examinar también cómo se sitúa frente los discursos ajenos. Para ello examinamos fundamentalmente las marcas del proceso de enunciación (modos enunciativos, modalidades...) y los actos de habla puestos en escena (*asertar, preguntar, sugerir...*).

Veremos un solo ejemplo: la posición de los sanadores respecto a precisar si su saber es un don o el resultado de un aprendizaje, de una formación. Compárense las respuestas de la Sra. Udesmila y de la Sra Turquita.

Sra. Udesmila: *Dios me dio este don (...) no cualquiera lo puede aprender...*

Sra. Turquita: *Yo lo llamaría así un don... Puede ser un don porque una trabaja con Cristo... por eso yo hallo que puede ser un don...*

⁴ Para una discusión detallada, ver Álvarez, Andrea. *Itinerario metodológico de una investigación discursiva: aproximación al estudio del sujeto*. Artículo enviado a la Revista del Colegio de Psicólogos de Chile (nov. 2001).

La afirmación de la Sra. Udesmila es perentoria. La aserción delocutiva no modalizada traduce una posición de certeza. En cambio, la Sra. Turquita afirma la noción de don, pero al mismo tiempo se desmarca de ella. La aserción elocutiva (en primera persona), fuertemente modalizada –uso del condicional, del verbo modal “poder” que subrayan la modalidad alética, del verbo dictivo “llamar” (“*yo lo llamaría así*”), del verbo modal “hallar” (“*yo hallo que...*”), que expresa la modalidad doxática (“creer”)–, todas estas marcas enunciativas permiten al enunciador establecer una cierta distancia frente a los hechos denotados en su texto.

5.1.2 la construcción de un retrato enunciativo de la sanadora: cómo la persona se autopresenta, cómo se autolegitima, cómo legitima su saber. No se trata de describir a la sanadora como sujeto empírico, sino examinar “la representación que dan oblicuamente de ella sus enunciados” (S. Moirand, en Maingueneau, 1991: 194). Se trata de examinar los sujetos tal como los construye su discurso. Muy someramente señalemos que en la medicina tradicional popular (MTP) aparece un sujeto colectivo “sanador popular” –que está inserto en su comunidad, que goza de respeto dentro de ella,

–Sra. Udesmila: *Viví 35 años en El Rosal, entonces allá la gente me conocía y ahora vienen para acá...*

–que no tiene mayor motivación económica, porque su trabajo es su forma de vida,

–Don Sergio: *Yo no cobro mi trabajo...cobro las cremas no más. Mil pesos. Me quedan doscientos por persona...*

–que sin ninguna publicidad recibe una gran clientela.⁵

–Sra. Udesmila: *Yo he arreglado a mucha gente... viene de varias partes. Incluso una vez arreglé a la señora de un Embajador...*

En el caso de la medicina mapuche, la situación es mucho más compleja en términos de constitución del retrato enunciativo de la sanadora (la machi), por una cantidad de factores que tienen que ver con la especificidad de la cultura mapuche: la machi no actúa sola, su intervención se inscribe dentro de un ritual pautado por la comunidad, su constitución como machi no resulta de una decisión personal,

⁵ Estos criterios permiten a los sanadores populares desmarcarse de los “charlatanes”, los que: a) no pertenecen a la comunidad (“vienen de afuera”); b) solo buscan ganar dinero, y c) para atraer clientela “tiran propaganda”.

sino que es anunciada por los espíritus, su iniciación como machi es efectuada en una ceremonia en la que participa toda la comunidad.

–Sra. Ana: /anuncio/: *Es que pa' ser machi uno, tiene que indicarlo Chaucito de arriba, ahí es machi...* /instalación/: *De ahí pa' elante le coloca otra machi mayor. (...)* /enfermedades premonitorias/: *...yo vivía enferma al ser machi, que me moría y no me moría..* /la ceremonia de instalación/: *cuando Ud. se va a hacer machi se junta harta gente, tiene que cocinar para todos...a los cuatro días termina...está encerrá uno...después le colocan remedio en la lengua, no puede servirse na' uno, queda enferma, sufre uno ser machi, bastante.*

5.2. El **análisis predicativo** permite examinar el mundo representado, es decir, el mundo de la salud y de la enfermedad construido por el enunciador (y que corresponde a los comportamientos discursivos de *contar, describir, argumentar*. Ghiglione y Charaudeau, 1999: 20). Este análisis predicativo se inscribe en el marco del análisis actancial (Greimas, 1970), que en lo esencial examina los actantes y las acciones y caracterizaciones de los actantes. Para ello, recurrimos al examen de los mecanismos narrativos, descriptivos y argumentativos utilizados: el sujeto enunciador pone en escena actores en espacios y tiempos, los caracteriza, les atribuye acciones, presenta argumentos que llevan a determinadas conclusiones, instala objetos de búsqueda y presenta adyuvantes y oponentes para la consecución de este objeto de búsqueda. Dicho de otro modo, se trata de examinar los relatos de búsqueda que construye la sanadora.

Esto nos permite examinar las representaciones de **enfermo** (*¿Quién es?, ¿Por qué recurre a una sanadora popular?*); y de **salud** –la recuperación del equilibrio perdido– como el objeto de búsqueda. En esta empresa de recuperación de la salud, todos los elementos patógenos aparecen como los **opponentes** (*¿Cuáles son las enfermedades más comunes?, ¿Qué enfermedades atiende usted?, ¿De qué se enferma la gente?, ¿Por qué se enferma la gente?*) Los **adyuvantes** son, en cambio, todos los elementos que son presentados como conducentes a la sanación (los remedios, los tratamientos, las oraciones, la acción de la sanadora, etc.)⁶

⁶ Nótese que nosotros estamos trabajando con relatos de sanadores y no con relatos de enfermos. Eso puede trastornar el esquema actancial, porque en este caso el sujeto de la búsqueda no es el enfermo mismo, sino el sanador –que deja de ser un adyuvante para pasar a ser el héroe de la búsqueda. Como ocurre por lo demás en el imaginario social con la figura del médico: tanto el cine como la literatura tienden generalmente a mostrar al médico como el héroe de la lucha contra la enfermedad y la muerte. El paciente pasa entonces a ser solo una especie de territorio donde se libra esta lucha. (Laplantine, 1986).

6. ALGUNOS RESULTADOS

Atendiendo a las limitaciones de espacio, solo podemos presentar aquí someramente algunas de nuestras pistas de análisis, que se refieren fundamentalmente al rol de los factores sobrenaturales, el rol de los sueños, la relación personal sanador-paciente, el rol de la palabra y de las representaciones compartidas, la oposición entre lo natural y lo tecnológico, el rol de la comunidad y del entorno social tanto en la aparición de la enfermedad como en el proceso de sanación, las connotaciones morales y éticas del quehacer sanador, etc.

En forma más general, el estudio nos conduce a examinar la noción misma de enfermedad que, como ya lo señalaba Michel Foucault, no es solo un fenómeno químico-biológico, sino que responde en gran medida a una construcción cultural. Así, por ejemplo, los mapuches distinguen claramente las *enfermedades de huinca* (enfermedades naturales) y las *enfermedades de mapuche* (o enfermedades espirituales): para las primeras van a la posta o al consultorio de los huincas (los “blancos”); las segundas solo pueden ser tratadas por la machi.

6.1 Un primer aspecto que ilustraremos aquí es el del rol de los factores sobrenaturales, y la relación entre el saber mágico-religioso y el saber científico. Los discursos recogidos revelan que, para los sanadores populares (sobre todo las santiguadoras, las meicas, las quebradoras de empacho, y también las machis), el cuerpo humano es un espacio en el cual luchan fuerzas espirituales adversas –los malos espíritus, las hechicerías– y fuerzas espirituales favorables: la acción de las oraciones, la propia fuerza interior del enfermo (que “crece” gracias al tratamiento de la sanadora) y la acción de Dios, interventor supremo que actúa sobre el cuerpo humano y su entorno. En esta lucha entre las fuerzas del mal y las fuerzas del bien, la sanadora se ve como un instrumento de Dios, que es el sanador supremo:

–Sra. Eduvigis: *Al unguimento, yo leo el salmo 91 de la Biblia, yo clamo a Dios; y Dios ahí va entregando. Y coloco las manos en el nombre de Jesús sobre la mollera de la criatura y ahí Dios obra, Dios saca. Y le voy a decir algo: Dios a mí me ha usado para sacar espíritus sabandijas de los estómagos, unas culebritas así... Dios me usa a mí, pero es Dios el que hace las cosas.*

Esta visión del sanador como instrumento de la divinidad no es, por supuesto, exclusiva de la MTP chilena. También se encuentra en

otras culturas, como por ejemplo entre los musulmanes donde se considera que “*los cuidados del médico son un don de Alá, porque Alá da al médico como intermediario, pero el verdadero sanador es Alá.*” (Mabe, B. 1994: 164). En esta concepción mágico-religiosa, el **destinador** (otra figura del esquema actancial) es Dios, Alá, Ngünechen u otro ser supremo, que elige y designa al sanador y le da su capacidad curativa. Este imaginario colectivo puede llevar a caracterizar algunas enfermedades como “castigo de Dios”, como lo señala Jodelet respecto a las representaciones populares en Francia sobre el SIDA. (Jodelet, 1989: 32).

La medicina científica en cambio se ha ido construyendo sobre la base de la eliminación de toda intervención sobrenatural y con una concepción del cuerpo humano como campo de acción de factores físico-químico-biológicos. Esta concepción racionalista no impide sin embargo que existan investigaciones científicas sobre el rol de la fe en la curación. Estas investigaciones tienden a mostrar cómo una fuerte motivación espiritual en el enfermo puede dar origen en él a procesos biológicos que ayudan a la curación (reducción de la producción de hormonas relativas al estrés, reducción del metabolismo, fortalecimiento del sistema inmunológico, etc.).

La interacción de saberes es un fenómeno muy interesante. Parece ser que se trata aquí de dos saberes totalizantes y envolventes: para la concepción mágico-religiosa, el saber científico del médico es un don de Dios (“*Dios les ha dado la virtud para que trabajen como médicos*”). Para la concepción racionalista, la acción sanadora de la fe se explica por razones científicas, vale decir, químico-biológicas. La medicina popular recupera el saber científico y lo incorpora a su imaginario mágico. La medicina científica, por su parte, recupera la creencia religiosa y la incorpora a su racionalidad biológica.

La interacción entre el discurso mágico-religioso y el discurso racionalista se da también en las estrategias discursivas de autolegitimación. Un ejemplo interesante es el uso del término “médica” en lugar de “meica”, que es el término usual para designar un tipo de sanadora popular. Nosotros hemos encontrado varias meicas que se autoidentifican como “médicas” (incluso en sus anuncios escritos) y que identifican a otras sanadoras como “médicas”. Ahora bien, como nos señala Andrés Gallardo (comunicación personal) se trata aquí seguramente de una remotivación posterior, porque el vocablo “meica” y su variante “meiga” aparecen ya registrados por Menéndez Pidal (1977. *Manual de Gramática Histórica Española*. Madrid, Espasa-Calpe, 15ª ed., p. 52), como derivado normal del latín “*magicus*”, en algunas variedades regionales del español peninsular. “Meica” está entonces ligado históricamente con el saber mágico, y no con el

saber científico. Según nos confirma el hispanista Ignacio Soldevila, de la Universidad Laval (comunicación personal), el vocablo “meiga”, con el significado de “bruja”, es de uso corriente en el gallego, donde es usual decir: “*No creo en meigas, pero haberlas, haylas.*”

6.2 Un segundo punto que queremos ilustrar brevemente es el de la oposición entre la concepción naturalista y la concepción tecnologicista. Las sanadoras populares ponen mucho acento en el uso de elementos naturales en la sanación. Ante sus ojos, la MCO y su extremo tecnologicismo (como las máquinas cada vez más sofisticadas para explorar el cuerpo) aparece como generadora de un ambiente particularmente artificial y deshumanizado. Esta “deshumanización” de la medicina no deja por lo demás de inquietar a los propios pensadores de la MCO. El Dr. Alejandro Goic alerta por ejemplo sobre el peligro de que la medicina “enceguecida por el cientifismo y la tecnología pueda convertir el ejercicio profesional en una relación despersonalizada que considera al paciente como un objeto” (Goic, 2000: 22). Los sanadores populares, en cambio (sobre todo los componedores de huesos, las yerbateras, las naturistas...), ponen mucho el acento en los agentes curativos naturales (las yerbas, el agua, la tierra, el barro, la arcilla, los metales, el frío, el calor, etc.).

–Sra. Victoria: *La naturaleza es una gran farmacia. Solo hay que saber usarla.*”

Esta concepción (naturalista) puede llevar a algunos sanadores, al menos en su discurso, a rechazar los remedios producidos por la tecnología farmacéutica:

–Sra. Victoria: *Con el tiempo, el hombre se va a volver a la naturaleza, porque se cansa de los químicos.*

Incluso en esta concepción naturalista se encuentran representaciones mecánicas del cuerpo humano, que la MTP comparte con algunas concepciones de la MCO, y que en el imaginario occidental vienen por lo menos desde Descartes y La Mettrie con su concepción del hombre-máquina.

–Don Fidel: *El cuerpo es como un auto... Hay que engrasarlo regularmente*”.

–Sra. Victoria: *El estómago es como una cocina a leña. Es la parte más importante del ser humano. Si está buena la cocina a leña, está bueno todo.*

La utilización de elementos naturales no está ausente, sin embargo, en la MCO, la que históricamente se ha nutrido del saber popular en estas materias, sobre todo en la herbolaria (Medina, 1981). La concepción naturalista solo se contrapone con la excesiva preponderancia que la industria químico-farmacéutica ha adquirido en la medicina comercial. La concepción naturalista no se contrapone tampoco con la concepción mágico-religiosa, en la medida en que muchos sanadores ven toda la naturaleza como un don de Dios.

–Sra. Eduvigis: *Todas las yerbas tienen virtud de Dios.*”

–Sra. Victoria: *La medicina natural está en todo lo que hizo Dios...Ya sea en la tierra, los árboles, los pajaritos, todo, todo está en la medicina natural...*

Esta conjunción de la concepción naturalista y de la concepción mágico-religiosa es particularmente notoria en la medicina mapuche, en la cual todo elemento de la naturaleza está protegido por un espíritu, al que hay que pedir permiso antes de tomarlo. Lo que en español se expresa a veces toscamente por “el dueño de”: pedir permiso al dueño del agua, al dueño de las plantas.

Otro hecho curioso es la complementación de saberes que se revela, por ejemplo, en la gama léxica respecto a los remedios. Junto a los elementos típicos de la MTP (yerbas como el paico, el culle colorado, el maqui, la ruda...), pueden aparecer “remedios de botica” como aspirinas, Diclofenato, etc. Algo similar ocurre con los factores patógenos: junto a enfermedades típicas de la MTP (el pasmo, el mal de ojo, el sobrepardo...), aparecen términos del léxico científico, tomados de la MCO: un mioma, una endometritis, una artrosis..., a veces con deformaciones morfológicas: los estafilos cocos, el colo (por “el colon”).

7. COMPLEMENTARIEDAD DE PRÁCTICAS Y SABERES

7.1 La actitud predominante en la MCO ha sido la de ignorar o denigrar las concepciones de la MTP (Medina *et al.*, 1986). Existen sin embargo cada vez más experiencias de diálogo y colaboración entre estas dos prácticas y estos dos saberes. Varias curanderas señalan que pueden distinguir claramente cuando se trata de una afección que ellas pueden sanar y cuando hay que mandar al enfermo a la posta o al hospital. También señalan casos en los que se da la situación contraria: el médico de la posta recomienda al enfermo que vaya

donde una yerbatera o un componedor. Esto es particularmente notorio en territorio mapuche:

–Pascual: *En Cañete, el director del hospital tiene muy buena disposición con el tema mapuche. Él tiene ese concepto de que si hay una enfermedad que sea de huinca tiene que ser tratada por un doctor, pero si es un mapuche que tiene una enfermedad espiritual tiene que ser derivado a una machi.*

7.2 Esta toma de conciencia respecto a la especificidad de la cultura mapuche, y más ampliamente la necesidad de desarrollar políticas de salud que integren a las poblaciones de diferente origen étnico, ha llevado a los gobiernos post-dictadura (en la década de los 90) a poner en práctica una política de salud intercultural. No tenemos espacio aquí para desarrollar ese tema. Baste con decir que una política de interculturalidad verdadera debe sobrepasar los aspectos puramente administrativos (como la participación de facilitadores interculturales), y no puede, por ejemplo, pretender simplemente integrar a la población mapuche a la medicina oficial “occidental”, sino que debe asociar a los mapuches a la gestión de su propio sistema de salud, que responda a su propia concepción del mundo, como sostiene uno de nuestros entrevistados, el Dr. Ibacache, director del hospital mapuche de Maquehue-Pelale.

8. CONCLUSIONES

Para terminar, solo subrayaremos algunos conceptos esenciales, como la necesidad de comprender el imaginario, la visión de mundo, que construye cada cultura. En este caso particular, estudiar los imaginarios cotidianos (salud, enfermedad, cuerpo, vida, muerte...) que organizan el pensamiento y la acción de los individuos miembros de las diferentes culturas que constituyen nuestro país. Subrayar además el rol del discurso en la construcción de representaciones sociales, y por lo tanto la necesidad de que los lingüistas se incorporen a esta tarea científica de estudio y descripción de los imaginarios cotidianos. Al examinar la literatura sobre las investigaciones en este campo, se puede observar la gran presencia de antropólogos, psicólogos, sociólogos, psicoanalistas, filósofos, y la relativa ausencia de los lingüistas, a pesar de que todas estas investigaciones operan –explícita o implícitamente– sobre la base de los discursos.

A nosotros nos parece que este es un campo en el que la contribución de la lingüística y de los lingüistas puede ser muy positiva. Claro que quizás se necesita para ello otra lingüística y otra concepción de los saberes humanos. Pero eso, como diría Rudyard Kipling, es materia de otro artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAM, J.-M. 1981. Votez Mir Rose, achetez Giscard: analyses pragmatiques, en *Pratiques*. N° 30, Metz.
- ÁLVAREZ, G. 1996. *Textos y discursos. Introducción a la lingüística del texto*. Concepción, U. de Concepción (2ª. ed. 2001).
- BAEZA, M. A. 2000. *Los caminos invisibles de la realidad social*. Concepción, U. de Concepción.
- BERGER, P. y T. LUCKMANN. 1986. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- BOURDIEU, P. 1985. *¿Qué significa hablar?* Madrid, Akal.
- CASTORIADIS, C. 1975. *L'institution imaginaire de la société*. París, Ed. du Seuil.
- CHARAUDEAU, P. 1983. *Langage et discours. Elements de sémiolinguistique*. París. Hachette.
- 1992. *Grammaire du sens et de l'expression*. París, Hachette.
- CHOMSKY, N. y R. W. MAC CHESNEY. 2000. *Propagande, medias et démocratie*. Montréal. Ed. Ecosociété.
- DURAND, G. 1969. "L'exploration de l'imaginaire", en *CIRCE, Cahiers du Centre de Recherches sur l'imaginaire*, N° 1: 15-46.
- FOUCAULT, M. 1996. *La vida de los hombres infames*. La Plata (Arg.), Altamira.
- 1970. *La arqueología del saber*. México / Madrid, Siglo XXI.
- 1973. *El orden del discurso*. Barcelona, Tusquets Ed.
- 1976. *Histoire de la folie à l'âge classique*. París, Gallimard.
- GHIGLIONE, R. y P. CHARAUDEAU. 1999. *Paroles en images, images de parole*. París, Didier Erudition, Coll. Langages, discours et sociétés.
- GOFFMAN, E. 1970. *Ritual de la interacción*. Buenos Aires, Tiempo contemporáneo.
- GOIC, A. 2000. *El fin de la medicina*. Santiago. Mediterráneo.
- GREIMAS, A. J. 1970. *Semántica estructural*. Madrid, Gredos.
- JODELET, D. 1989. *Les représentations sociales*. París, P.U.F.
- LAPLANTINE, F. 1986. *Anthropologie de la maladie*. París, Payot.
- LAPLANTINE, F. et P.-L. RABEYRON. 1987. *Les médecines parallèles*. París, P.U.F.
- MABE, B. 1994. Représentations et pratiques de santé des Turcs d'Anatolie, en *Migrants Formation*. N° 96: 158-173. París.
- MAINGUENEAU, D. 1991. *L'analyse du discours. Introduction aux lectures de l'archive*. París, Hachette.
- MEDINA, E. 1981. *Medicina tradicional chilena*. México, Univ. Iberoamericana.

- MEDINA, E., M. T. PRADO y V. VITRIOL. 1986. *Estudio sobre conocimientos, contactos y actitudes de los agentes de la medicina oficial hacia la medicina tradicional o popular*. Santiago, policopiado.
- PÊCHEUX, M. 1969. *Analyse automatique du discours*. París, Dunod.
- VAN DIJK, T.A. 1988. *News as discourse*. Hillsdale, N. J., Erlbaum.
- VIGNAUX, G. 1976. *L'argumentation. Essai d'une logique discursive*. Ginebra, Droz.