

El enfermo y su entorno

Dilia Flores Díaz

*Departamento de Ciencias Humanas, Facultad Experimental de Ciencias,
La Universidad del Zulia, Maracaibo - Venezuela.*

Resumen

Este artículo que presentamos constituye tan solo una parte de la investigación referida a "Los Significados Sociales de la Enfermedad". El mismo enfoca un aspecto de los tantos que pudieran abordarse en futuras investigaciones. El objetivo es estudiar analíticamente algunos elementos encontrados en los enunciados emitidos por los enfermos con respecto a su vivencia debido a que, enfermedad/salud tienen una dimensión social y otra individual. Lo que lleva al actor enfermo a expresar a través del lenguaje, todos aquellos significados atribuidos a su padecimiento, el cual ha sido denominado lenguaje del sufrimiento. En este sentido, queremos señalar que, a partir del discurso del enfermo, se infieren los juicios en relación a lo que es deseable o no dentro de su dimensión simbólica. Además, hay un registro lexical referido a un registro afectivo y descriptivo de la vivencia y su representación individual y sociocultural.

Palabras claves: Antropología, enfermedad.

The patient and his environment

Abstract

This article presents only a part of a research work entitled "The Social Significance of Illness". The focus here is on only one of the many aspects that could be studied in the future. The objective is to analyze some of the elements encountered in statements made by those who are ill with respect to their life experience, since illness has both a personal

Recibido: 23-02-94 • **Aceptado:** 23-03-94

and a social dimension. The actor who is ill expresses through language all the meanings attributed to his illness; this has been called the language of suffering. In this respect, it is pointed out that, from the discourse of the one who is ill, criteria can be inferred with respect to what is desirable and what is not within his symbolic dimension. In addition, a lexical register exists in relation to the affective and descriptive register of his experiences and their individual and social-cultural representation.

Key words: Anthropology, Illness.

Introducción.

Los significados sociales de la enfermedad sólo se elaboran dentro de un sistema sociocultural determinado. Dichos significados expresan: a) La definición del individuo -sus componentes, sus accidentes, su destino-; b) la definición de la sociedad -las causas de la enfermedad, los valores, la estructuración social, la familia, las alianzas, etc-; c) los síntomas y circunstancias de la enfermedad y d) la organización institucional y el funcionamiento ritual dispuesto para la cura y/o prevención.

La expresión los significados sociales de la enfermedad nos llevó a realizar un trabajo de campo en diferentes espacios de las ciudades de Maracaibo y Cabimas (Estado Zulia). Aun cuando la muestra no es representativa para la población del Estado Zulia, ya que fueron sólo cien entrevistas, el método utilizado para el análisis de las mismas (Análisis del Discurso) nos permitió abordar lo que dicha expresión encierra para interpretar el significado de la palabra enfermedad, no sólo desde el punto de vista biomédico, sino también desde la perspectiva de otros grupos en los cuales la enfermedad se hace presente y en los que, al igual que en el biomédico, se busca la explicación etiológica, el diagnóstico, el pronóstico. Así mismo se indica el tratamiento a seguir para corregir el "elemento" desestabilizador que provocó la ruptura entre el individuo y su contexto sociocultural para así reintegrarlo al mismo.

En estos espacios seleccionados donde interactúan curador/paciente, y que hemos denominado él "rito de la consulta", un factor importante que sirve de mediador entre los actores, es el lenguaje. Este corresponde a la capacidad humana para producir, a través de signos y símbolos, sistemas de codificación complejos con el fin de crear modelos sobre la misma y, además, establecer la comunicación entre los interlocutores que

comparten socialmente una vivencia al usar una misma lengua, compartiendo diversos lenguajes y códigos comunicativos como: gestuales, proxémicos, objetuales, cinésicos, olfativos, táctiles, entre otros. Lenguajes que poseen pluralidad de funciones que varían con la situación, las normas del grupo, así como el contexto donde están inmersos los actores. Para Goffman (1981), constituyen junto con la "fachada personal", la máscara de la presentación cotidiana del yo con el fin de guiar y controlar las impresiones que se pueden formar los demás del "yo".

El objetivo de este artículo es estudiar analíticamente algunos aspectos encontrados en los enunciados emitidos por los enfermos, en los diferentes grupos entrevistados, con respecto a sus vivencias. Los mismos están relacionados a cómo percibe su cuerpo y qué ven ellos en el curador. De igual manera no sólo se atendió a las experiencias verbales, sino también a las señas, símbolos o marcas hechas con una cierta intencionalidad al expresarse. Al tomar el cuerpo del enfermo y su mundo de vivencias, en su contexto sociocultural, podemos destacar con respecto al cuerpo que éste también "habla" ya que informa, no solamente sobre las identidades (desde la más íntima, a la social y a la étnica), personalidad, sino que él expresa, a su vez, todo cuanto le acontece. Todos estos aspectos antes señalados se constituyen en un lenguaje con un significado. Este significado se vincula al contexto situacional real junto a otros signos a los cuales se asocia y, como consecuencia, producen nuevos significados relacionados con el rol del enfermo.

Previamente, antes de pasar al análisis de los enunciados emitidos por los enfermos, creemos necesario dar a conocer los aspectos fundamentales de las opciones teóricas que sirvieron para el análisis.

Algunas precisiones teóricas

El objeto epistemológico por excelencia de la Antropología es el binomio alteridad/identidad, lo cual se ha interpretado desde diferentes perspectivas; en nuestro caso queremos resaltar como este aspecto está íntimamente ligado con la problemática que hoy abordamos, de allí que no podamos pasar por alto la manera cómo es concebido por nosotras esta situación. De la gran variedad de registros o aspectos que conforman la realidad social hay una parte que está registrada en serie de oposiciones y similitudes. De estas concordancias observadas sólo una pequeña parte se encuentra simbólicamente investida, en cuanto "significantes inferidos

por la semiología demarcativa de los grupos" (D'ANS; 1986:94). Esto produce, lo que pudiéramos llamar, un simbólico de la pertenencia social que es arbitrariamente aprehendido de lo real y en el cual se basa todo lo que es familiar y lo que es extraño. La representación de esta oposición: lo familiar, o en sí del grupo, y lo extraño, o fuera de sí, determina comportamientos de solidaridad o adhesión que al volver a lo real son el fundamento por un lado de la existencia diferencial de los grupos y la percepción de la pertenencia a ellos; y por el otro, permite reordenar los hechos. En la continuidad del tiempo, estos hechos se presentan, en su momento, a su ideologización (nivel político del sistema sociocultural) y de allí derivan las motivaciones, las valoraciones y preferencias que marcan el comportamiento de los individuos.

En segundo lugar, afirmamos, siguiendo a Marcel D'ANS (ob.cit), que ningún individuo puede definirse en función de una identidad cultural única. La identidad no es una esencia atemporal de la cual se derivan los sentimientos, acciones y pensamientos de los individuos. Todo lo contrario, cada "actor social dispone de un surtido de identidades, concatenadas en función de su pertenencia a múltiples agrupamientos sociales. Jamás cesan de recomponer sus contornos en relación con los perfiles identificatorios ya que estos nunca detienen su modificación" (IBIDEM). En consecuencia, la historia es posible verla en cada uno de los niveles (sea material, cultural o político) donde ese proceso se produce, "tanto por el juego de las dinámicas colectivas que gobiernan lo social, como por la intersubjetividad que implican los actores" (IBIDEM). El concebir la pluralidad de identidades de un actor o de un grupo social de una forma concatenada no implica suponer el conjunto, de tal manera que, cada elemento se encaje en otro más grande o superior; tampoco debe concebirse de manera concéntrica para darle unidad. Todo lo contrario, en el medio particular de cada grupo social (y en consecuencia entre las identidades que se expresan a nivel del sujeto y en la conciencia de reafirmar dichos grupos), hay zonas de recuperación, de recubrimiento, de reconstrucción y de redefinición, mas ninguna de ellas envuelve absolutamente la otra, de manera tal que pueda hablarse de un "eje cultural profundo" que tenga la dominación eventual de las identidades y, que podría restaurar el principio de una unidad cultural que emerge, fundamentalmente, de la diversidad de las formas que ha tomado.

A nivel de las identidades, que son solidarias de la representación que los actores se hacen de los grupos sociales, se desprende toda una

gradación de posibilidades comprendidas entre dos ideales. De un lado, los grupos de hecho se perciben como miembros de un mismo grupo, gracias a las funciones que tiene la ideología, de forma más o menos "natural", nativo y en principio, irreversible. Las identidades que reposan sobre este principio pueden calificarse de comunitarias. En el otro extremo, las relaciones de pertenencia son vividas sobre el modo consensual: se perciben como procedentes de un contrato formal e informal cuyos términos permanecen siempre en principio, negociable. Su descripción es deliberada y los lazos sociales que de ello se derivan no son naturales ni reversibles, por lo tanto, las identidades que revelan este tipo son societarias. Las ideologías basadas en este tipo de representación son de invención reciente, mientras que durante un gran lapso de la historia humana, las identidades comunitarias son las que han fundado y motivado los grupos sociales. Esto no quiere decir que las identidades societarias sean más modernas o civilizadas que las comunitarias. En efecto, no olvidemos que los grupos sociales tienen existencia independientemente de las representaciones que mantienen los sujetos. Es corriente que, en un mismo grupo concreto, se den representaciones comunitarias como societarias según como estén planteadas las relaciones de pertenencia de aquellos que lo componen sobre tal o cual registro. De otra parte, nadie ignora cuánto puede variar la representación de una misma entidad social según ella sea considerada del interior o al contrario, del exterior.

Otro aspecto a señalar es que para el análisis que hacemos de las representaciones que diferentes grupos sociales de la región zuliana se hacen de la enfermedad, hemos elegido, además de los fundamentos teóricos generales expuestos anteriormente, algunos aspectos de la lingüística que nos permitirán abordar el discurso del enfermo. Para el análisis de éste, haremos uso de las herramientas teóricas de la pragmatolingüística para aplicarlas al contexto de estudio en el cual las nociones de cuerpo, vida, muerte, salud son aspectos constitutivos de los significados sociales de la enfermedad, desde el punto de vista de quien la padece. El discurso emitido por el actor enfermo es un lenguaje al que Hjelmslev (1974) le da el calificativo de connotativo porque transmite un contenido y no las reglas gramaticales y sintácticas concernientes a la estructura de la lengua del hablante, que en este caso, es el enfermo. En este sentido, no haremos referencia a los universales lingüísticos (Chomsky); sólo haremos uso del discurso para destacar cuáles son los

significados atribuidos a la enfermedad por aquellas personas que así lo han manifestado.

Para A.J. Greimas, el discurso se manifiesta en dos tipos de relaciones correspondientes a las relaciones fundamentalmente reconocidas en la estructura elemental del mismo.

"Debemos constatar que el plano del discurso, en su conjunto, se caracteriza por esta heterogeneidad fundamental: por una parte, los sumas, los lexemas y los enunciados que allí se encuentran pueden mantener entre sí relaciones de conjunción y de disjunción; por otra parte, los mismos elementos pueden estar vinculados por las relaciones hipotéticas (jerárquicas). Resulta de ello que las primeras se manifestarían, en el interior del discurso, unidades situadas en la dimensión paradigmáticas, mientras que las segundas se establecerían, en el mismo discurso, la dimensión sintagmática" (GREIMAS;1971:62).

En esta investigación la palabra "disjunción, significa separación de dos instancias: cuerpo sano/ cuerpo enfermo, nociones que han sido fundamentales en los discursos expresados por los enfermos en las entrevistas realizadas. Y es a partir de dichos enunciados como podremos aplicar la teoría para obtener los otros significados implícitos no comunicados pero que permanecen ahí, en el interior del universo significante de los mismos. Con respecto a la comunicación, volviendo a Greimas, vemos que ésta

"... es un acto y por eso es obra de toda elección. En el interior del universo significante a partir del cual opera, la comunicación elige cada vez ciertas significaciones y excluye otras... La comunicación es por tanto el ejercicio de una cierta libertad, más que una libertad limitada" (GREIMAS,1971:54).

En tanto que sistema de comunicación, el discurso del enfermo participa de esta posibilidad de elección de ciertos aspectos que caracterizan los significados emitidos por él, los cuales están enmarcados en su propio padecimiento. Lo que conformará el enunciado mismo y, a la vez, es lo que conferirá su funcionalidad en el contexto sociocultural donde se vive el proceso de la enfermedad. Para expresar estos significados, el enfermo hace uso de los actos de habla de su lengua como también asume

ciertos comportamientos en su rol de enfermo. Halliday (1982:26) a este respecto señala que:

"El potencial lingüístico del individuo se interpreta como el medio por el que se desarrolla y mantienen diversas relaciones sociales en que él participa".

De tal manera que el lenguaje le sirve al enfermo para: a) expresar todos aquellos contenidos en los cuales manifiesta su experiencia como para estructurar su propia visión del mundo; b) expresar, además de las relaciones existentes entre los actores de una interacción, habilidad para comunicarse en función de sus intenciones; c) codificar e interpretar mensajes en relación con el proceso de interpretación comunicativa. Desde el punto de vista del componente interpersonal (b), reviste un carácter eminentemente pragmático porque como señala Ducrot (1982:7),

"Si... se considera a la comunicación como una función lingüística fundamental, ello significa admitir que el que habla, por vocación natural, es habla para otro, y que la lengua se realiza a sí misma sólo en la medida en que facilita a los individuos una forma de contacto".

Y esta forma de contacto es la que se estudiará en este micro contexto. En este sentido, el habla como un modo de acción incluye no sólo lo lingüístico sino lo extra lingüístico dentro de su organización. Así, el lenguaje, visto de esta manera, es un artefacto perfecto que permite atribuir significados a las semejanzas y a las diferencias, y además a través de él el enfermo puede manifestar lo que siente, desea o padece porque la lengua, al igual que los demás códigos, expresa el orden (denominación, diferenciación, clasificación y relaciones) y los valores de las cosas dentro de cada sistema sociocultural al permitir comprender y aprehender todo lo relacionado con los significados sociales de la enfermedad por aquellos que la padecen. Razón por la que en esta parte, el lenguaje es abordado como expresión; es decir, alude a la verbalización de actitudes del actor, en donde la relación *significante / significado* opera con su verdadera adecuación al contexto. No sólo al contexto verbal sino al contexto global ya que éste es el punto de partida para el estudio del significado. Este contexto global, presenta una serie de opciones que

sirven para caracterizar una situación específica relacionada con: la actividad generadora del texto, la situación sociocultural, el papel que juegan los participantes, los contenidos expresados y su interpretación.

Aquí trataremos de trazar un cuadro unitario de la enfermedad que, a lo sumo, sitúe la diferenciación de cuerpo enfermo/cuerpo sano en el plano de la manifestación del síntoma que viene siendo una señal que atrae la atención e informa que algo falla. En este lenguaje sobre la enfermedad, como en cualquier otro, la expresión, la comunicación y la simbolización están presentes en el cuerpo. La inscripción en el cuerpo del fenómeno de la enfermedad permite comprender las diferentes modalidades concretas de la expresión "estar enfermo", así como las vivencias experimentadas por el mismo.

Una investigación de esta naturaleza debe, necesariamente, plantearse interrogantes teóricas sobre las concepciones del cuerpo y la relación terapéutica. Sabido es por todos que en la Sociedad Occidental desde Hipócrates hasta nuestros días, ha existido la aspiración de una ciencia médica que sea capaz de considerar al individuo como totalidad: en sus relaciones con el mundo físico y sociocultural; es decir, una ciencia médica capaz de lograr la percepción del individuo como persona. Sin embargo, esta aspiración está lejos de lograrse y, en la realidad, nos encontramos cotidianamente frente a médicos que si bien han asimilado eficientemente los resultados de la ciencia y tecnología médica, están muy lejos de la comprensión del individuo humano como un sujeto de una historia individual y sociocultural. En el caso de la sociedad venezolana -y esto es extensivo a otros países suramericanos-, esta situación se agudiza ya que en la formación profesional de los médicos se obvia el hecho de que la sociedad venezolana es pluriétnica y, en consecuencia, no existe un único modelo de representación de la enfermedad y de prácticas curativas. Todo lo contrario, existen sistemas médicos paralelos al biomédico, que en el afán de buscar recuperar el cuerpo (los cuerpos) enfermo y con ello eliminar la perturbación y recuperar el equilibrio, son utilizados paralelamente y, en muchos casos, se combinan y superponen sin lograr una verdadera síntesis. Y es aquí precisamente donde los resultados de la investigación antropológica pueden ser útiles ya que, tanto la concepción de la enfermedad como de la salud y del hombre (o cuerpo individual que vive en uno de esos dos estados), son contenidos culturales particulares, específicos de cada sistema sociocultural.

Como ya afirmamos anteriormente, enfermedad/salud tienen una dimensión social y otra individual que se articulan en el cuerpo del individuo. La representación cultural de ésta es uno de los elementos básicos del sistema médico, cualquiera que sea su origen. Otros aspectos del mismo son las ideas de salud, de enfermedad, la clasificación y el reconocimiento de los síntomas, las etiologías, los métodos de diagnóstico; de igual manera, los dispositivos y prácticas previstas para la curación, así como los agentes encargados de realizarla. Todos los sistemas constituyen verdaderos modelos operacionales que por supuesto, tienen aspectos cognoscitivos o de sentido y valorativos.

El cuerpo es la marca, su frontera o barrera que le separa de los demás. La definición del cuerpo, o como sucede en algunos sistemas socioculturales al darle nombre al cuerpo o a las diferentes partes del cuerpo, constituye una de las funciones fundamentales de la cultura que sistematiza y organiza la percepción del mundo. Ningún sistema sociocultural escapa a esta realidad. Sin embargo, no en todos se da la misma situación de la Sociedad Occidental donde la formulación de la palabra cuerpo se entiende como un fragmento, en cierta medida autónomo, del hombre de quien ha tomado su aspecto físico. Para muchos sistemas socioculturales, caracterizado por ser comunitario, el cuerpo no se distingue de la persona, y la materia prima que lo forma es la misma que entra en la composición de la naturaleza que lo rodea. En consecuencia, no se separa al individuo del cuerpo. Allí la existencia de cada uno está íntimamente ligada y en alianza con el grupo, con el cosmos, con el medio ecológico.

A pesar de estas diferencias citadas en todos los sistemas socioculturales, existe un rasgo común: la necesidad de asignarle nombre al cuerpo (que constituye la representación general de éste) y a las partes del cuerpo para establecer las relaciones entre ellas y formular todas las teorías y prácticas que atañen al binomio salud/enfermedad que constituyen los sistemas médicos.

Ahora bien, como una de las actividades primarias y básicas es la de nombrar tanto el cuerpo como sus partes, el lenguaje viene a ser, una vez más, el canal utilizado para comunicar las representaciones del cuerpo, de sus partes y de las relaciones entre éstas. Así como también las perturbaciones que le aquejan y los medios, instrumentos y prácticas para la curación. Nombrar, ordenar y establecer las relaciones entre las

partes del cuerpo y entre éste y el medio socio ecológico, constituyen los aspectos básicos y fundamentales de la organización del sistema médico.

Lo dicho anteriormente nos conduce a formular la afirmación de que la curación está íntimamente relacionada con el sistema de representación que del cuerpo se tenga. Así, en aquellas sociedades donde no se concibe al cuerpo separado del medio socio ecológico, la curación no sólo se referirá al órgano enfermo, sino al cuerpo como totalidad y, más aún, a todo el entorno sociocultural como natural.

De igual manera, el tratamiento y todo el proceso ritual de la curación están íntimamente ligados al sistema de representaciones que se tenga del cuerpo y del binomio salud/enfermedad; tanto es así que la curación se hace casi imposible si no se conoce el tipo de representación corporal que el sujeto enfermo tiene y que va a determinar el reconocimiento de su necesidad, y en donde va a buscar alivio a su perturbación

El enfermo y su entorno

Lo anteriormente dicho, nos lleva a la afirmación de que el cuerpo, no sólo del enfermo, es vehículo de experiencia y de conocimiento en el mundo. Sus respuestas puedan ser dadas tanto en forma verbal como no verbal. Ortega y Gasset en su obra *El hombre y la gente* (1970) hace una apreciación acerca de esta clase de comportamiento cuando dice:

¿Cómo aparecen en mi mundo vital esos seres que llamo <los otros hombres>?. Baste ahora decir que el cuerpo del otro quieto o en movimiento, es un abundantísimo semáforo que nos envía constantemente la más variada señal o indicios o barruntos de lo que pasa en el dentro que es el otro hombre... La fisonomía de su cuerpo, su mímica y su pantomímica, gestos y palabras no patentizan pero si manifiestan que hay allí una intimidad similar a la mía. El cuerpo es un fertilísimo <campo expresivo> o de <expresividad>,"

que ocupa un espacio dentro de un contexto sociocultural en el cual se genera la comunicación interpersonal; que permite a quienes participan en ella, compartir, modificar y crear expectativas referidas a las relaciones intrínsecas sostenidas, en este caso que nos ocupa, por el

enfermo. Proceso donde se produce un ir y un venir entre el "yo", la relación con el otro y el contexto situacional real.

En este sentido, es importante cómo el hombre se reconoce en su propio cuerpo y cómo percibe sus sensaciones, impresiones y estímulos del mundo que le rodea y la forma cómo los incorpora a sus propias experiencias. Así, el individuo enfermo, toma como marco de referencia su padecimiento. Lo que le lleva a asumir actitudes de rechazo, conformismo o esperanzadoras, todo ello expresado con su propio idiolecto. En dichos enunciados, tanto en forma explícita como implícita, se infieren sus expectativas, las cuales pueden concordar o entrar en conflicto con las sensaciones experimentadas en su cuerpo a las que se halla expuesto. Esto se debe a que el cuerpo como <expresión> de la persona, es el lugar de toda su "persona" como entidad. Es la persona en cuanto a que se expresa y se realiza en su contexto sociohistórico; participa en la comunicación con los demás y tiene presencia temporal.

Para Marcel Mauss (1979:342),

"el cuerpo es el primer instrumento del hombre y el más material o más concretamente sin hablar de instrumentos diremos que el objeto y medio técnico más normal del hombre es su cuerpo",

y que se refiere al hecho de que es su cuerpo quien participa en todas las actividades cotidianas y que éste, a su vez, se expresa y se realiza en el cuerpo y a través del cuerpo. Visto así, los significados del cuerpo están siempre en relación con:

- la persona concreta: vive su propia existencia
- las demás personas: es presencia en el mundo; comunicación con el otro y reconocimiento del otro
- el mundo material: es origen e instrumentalidad de la cultura.

Retomando todos estos aspectos de gran interés, podemos decir que el individuo enfermo, a través de su propio cuerpo percibe su enfermedad y esa percepción elemental está, para él, cargada de sentido; de un "algo", que en el transcurso de su vivencia es "algo" de la percepción, como lo señala Laín Entralgo (1983:269),

"comienza a ser <algo concreto> en cuanto que pertenece a un <campo> y éste da sentido a los componentes que lo integran".

Este "dar sentido", está referido al propio cuerpo del enfermo, y como tal, el sujeto enfermo le va dando "forma" a los síntomas que él siente, a los cuales atribuye un significado. Dicho significado, que es reinterpretado, tiene un referente en su propio cuerpo. El le da una realidad concreta, que podría decirse que es, a primera vista, como una experiencia evaluativa que la expresa en su discurso; proyectada y señalada fuera de sí mismo; enfocada como la realidad o más bien, como una cierta concepción de la realidad. Realidad que él percibe en su contexto de situación (localización), dentro de un contexto sociocultural, donde lo lingüístico y lo extralingüístico están íntimamente interrelacionados. Equivale a decir, a su propia verdad, a su "enfermedad" que históricamente corresponde a tal o cual área de su persona.

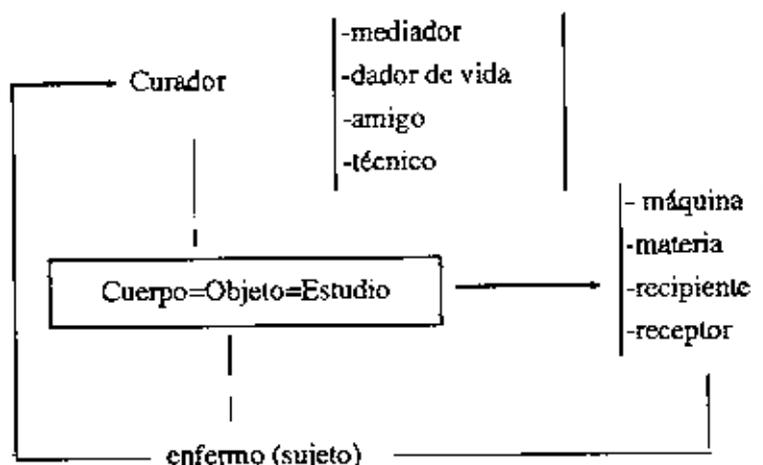
De tal manera que el enfermo busca ayuda en el otro, el "curador", para que le "reparen el cuerpo", como dicen algunos de los informantes, que ven el cuerpo como una "máquina" (enfermos de los centros urbanos hospitalarios); para "sanar la materia" (marialionceros), o para los que ven al cuerpo como un "recipiente receptor" (enfermos de Santa Rosa de Agua). Todos estos enunciados están también relacionados con otros referidos a cómo los enfermos ven al curador. Entre esos enunciados cabe mencionar los siguientes: "un dador de vida", "un amigo", "un técnico, o " un intermediario " ante Dios para conseguir la "salud". En líneas generales, para todos ellos el curador posee una estructura en la cual depositan su confianza, no sólo en él, sino en el medicamento (fármaco, rito de velación, plegaria, ofrendas, etc) y en el curador en sí como persona o como dice Lain Entralgo (ob.cit:112),

"en la amistad del enfermo hacia su médico...se articulan cuatro momentos cualitativamente distintos entre sí: la confianza en el saber técnico de quien le atenderá, y por tanto, en la persona del médico; la fe y la esperanza en la posible eficacia preter-técnica y supra-técnica del remedio que el terapeuta administra".

Confianza puesta primeramente en "Dios" (enfermos en general), "María Lionza" (marialonceros), "Santa Lucía", "San Benito" y "Santa Rosa" (Santa Rosa de Agua). Como puede verse, el recurso religioso de la "plegaria" no puede desvincularse del contexto sociocultural del enfermo quienes ven también al curador como el buen "Samaritano" bíblico o como un "dios". En cada uno de los enunciados emitidos se pudo observar que en la "posibilidad de vida" que tienen, en esa espera angustiosa de saber lo que "va a pasar" o "podría suceder", hay la entrega, en primer lugar, a las "deidades" en la "plegaria" y en segundo lugar, al "curador". De ambos se espera recibir lo que deben dar: "vida", "salud", "la salvación". En esta parte, la labor del curador es esencial; éste es una especie de mediador. A los enfermos, en algunos casos, le escuchamos decir "después de Dios, él me salvó", o "él me volvió a la vida", entre otras expresiones similares. De tal manera que entre ambos actores hay un contrato el cual encierra una reciprocidad. Marcel Mauss le dió el nombre de 'Don'. Para este autor,

"No son los individuos sino las colectividades las que se obligan mutuamente, intercambian y contratan. Además, los que intercambian no son exclusivamente bienes y riquezas, muebles e inmuebles, cosas útiles económicamente. Ante todo, intercambian cortesías, festines, ritos, servicios militares, mujeres, niños danzas, ferias...en las que el trato ocupa sólo unos momentos...Los dones a los dioses y a los hombres tienen como finalidad comprar la paz entre unos y otros"(ibidem: 160-174).

El intercambio toma la forma de donación y de contradonación; es vivido como una forma de comunicación. Pero quien da se arriesga a no recibir nada; si no hay reciprocidad sobreviene la ruptura. La reciprocidad consiste en un volver- a-dar y se presenta en forma de obligación. Su finalidad no es producir, sino intercambiar; se aspira una ganancia: "salud", por parte del enfermo y la ganancia que es una "victoria" del otro (curador): "dar la vida" o "prolongar la vida", "arrebatar de la muerte". Podemos esquematizar todo este proceso referido al cuerpo del enfermo y al curador de la siguiente manera:



En él pueden verse todos los elementos integrados y cómo cada uno de los sujetos percibe al otro. Para el curador el "cuerpo" es un objeto de estudio que debe ser curado por quien ostenta el poder. El curador se incorpora a la vida del otro, se apropia de su cuerpo, no en forma mecánica, sino vivida, a favor del otro, inmerso en su proyecto de vida ya que, en el cuerpo del otro, se puede prolongar la vida a través de múltiples posibilidades, pero que a su vez y con la misma

"intensidad muestra la muerte futura y nuestra esencial finitud; es decir, ese otro aspecto trágico y lastimoso de su temporalidad, de su deterioro y precariedad" (Bernard, 1980:12).

Freud (1973:20), reconoce también esa dualidad en el hombre en cuanto a la pulsión de vida y la pulsión de muerte. Al destacar la potencia y la intensidad de la energía libidinal del cuerpo y a su vez ve en él, la fuente primaria de sufrimiento en la medida en que

"destinado a la decadencia y a la disolución, el cuerpo no puede siquiera prescindir de esas señales de alarma que constituyen el dolor y la angustia".

Nos referimos con esto al sufrimiento del individuo enfermo, considerado como una sola totalidad y no como un conjunto de partes. La distinción que hacemos aquí es entre el comportamiento del individuo y sus acciones e interacciones por una parte, y por la otra, su naturaleza biológica y, en particular, la estructura interna de su cuerpo. Es una persona que vive un proceso. Este puede llevarlo a la vida o a la muerte, la cual es vista como algo "natural". Sin embargo, de los enunciados emitidos por los enfermos se infiere que la "muerte" es un acontecimiento trágico e indeseable que puede sobrevenir, según nuestros informantes, a causa de un acontecimiento "biológico" o por "accidente". En la primera hacen referencia a las personas que por su edad les ha "llegado el turno"; la otra, por accidente, a un hecho "trágico de la vida", ya sea por "enfermedad" o cualquier otra causa considerada en "desgracia", ocurrida en su persona (accidente automovilístico, ahogado, etc.) "cuando todavía le faltaba mucho por vivir". En todo cuanto se ha dicho, el individuo enfermo(S) entra en disjunción(U) con lo que él más desea: "salud" (O): "SUO". Para alcanzar la salud debe contar con unos requisitos previos. En caso de una enfermedad "terminal", prescindir de la búsqueda "terrenal" y "encomendarme a Dios para que me reciba en su seno", en este caso es el otro camino "espiritual", la "otra vida". Aspecto que no será abordado por ahora. Refiriéndonos al primer caso, el enfermo entraría en conjunción (∩) con su objeto de deseo: un encontrar, aprehender, asir la vida nuevamente. Volver a vivirla. Ser un individuo sano: "SNO". En el segundo caso, hay una pérdida. Es un accidente fatal; es la desaparición total del sujeto. Disjunción total "SUO". Podríamos señalar que se instaura el mito de la búsqueda: Salud (tesoro). Dejando a un lado las de orden estrictamente bio-genético, el encuentro de la misma depende de:

- a las reglas observadas en su condición de enfermo y que además depende también de las prescripciones dadas por el otro (curador).

- b. ciertas condiciones que debe cumplir para hacer uso de los recursos ofrecidos por quien ostenta el poder de curar y por quienes le rodean (lazos de solidaridad grupal).
- c. la no violación de los dos primeros. Si esto llega a suceder, perdería la causa.

Como puede observarse, aquí se cumplen dos acciones paralelas en las cuales están implicados los sujetos actores: curador/enfermo, más los recursos utilizados para los mismos efectos: restablecer el equilibrio dado por la confianza recíproca. Esta última se considera como una forma de comunicación de significados, los cuales poseen una estructura definida y su interpretación depende del contexto de ubicación (área corporal), sociocultural de los actores.

Además de los aspectos de "búsqueda" de la salud, es necesario, aun cuando sea en forma sucinta, hacer referencia al "lenguaje del sufrimiento" como un universo significativo. En este "lenguaje del sufrimiento" la incapacidad debido a la enfermedad es expresada como debilidad para, lo que en cierta manera hace que el individuo se aisle debido a que, la enfermedad, le impide desarrollar y cumplir con sus actividades dentro de su colectividad. En ellos (enfermos), la naturaleza y la severidad de los síntomas están estrechamente relacionados al problema de "sentirse bien". La forma en que los síntomas son experimentados y la gravedad de los mismos, están ligados, también, al grado en que inciden en las actividades presentes y futuras, o a la desestabilización provocada dentro de su contexto sociocultural. Por otra parte, el "cómo", "porqué" y "para qué" lo dicen, es una relación necesaria que le permite al actor enfermo elegir distintas alternativas ofrecidas por los diferentes sistemas simbólicos, dentro de su contexto, para expresar su padecimiento. En este caso, el lenguaje del sufrimiento es extraído de las experiencias corporales que el individuo ha podido comprender y aprehender, y que a su vez le ocasiona "angustia", "miedo". Son aspectos que se forman culturalmente y son influenciados por la biografía de la persona y su contexto sociohistórico. En líneas generales, podemos señalar que aun cuando cada enfermo comprenda y aprehenda la afección en su individualidad, la misma en consecuencia, es un síntoma que es interpretado y traducido de diversas maneras.

Ese lenguaje del sufrimiento, como lo hemos llamado, incluye el juicio en relación a lo que es deseable o no; dicho significado depende de quién lo interpreta. En este sentido, hemos encontrado que la enfermedad es un estado de imperfección, de vulnerabilidad, de mortalidad, y que puede resumirse a la siguiente fórmula:

Enfermedad: salud: muerte: vida

Son cuatro aspectos que rodean a la naturaleza humana y, particularmente a aquella que está privada de la dimensión de la salud, del placer, encerrado en el sufrimiento.

Rubistein (1980:24), considera que

"el sufrimiento es un fenómeno, una sensación, una emoción estrictamente individual y personal...; para expresar éste... el instrumento, el medio de ésta comunicación es el lenguaje... Este lenguaje, como cualquier otro intervienen tres funciones: expresión, comunicación y simbolización. Estas tres funciones están inscritas en el organismo, en distintas estructuras específicas, de las más simples a las más complejas. La inscripción en el cuerpo de los fenómenos dolorosos permite comprender las modalidades concretas de la expresión del dolor que presenta una persona determinada, así como las modulaciones necesarias que experimentará dicho dolor".

En este lenguaje el registro lexical es fundamental para calificar el sufrimiento. En el mismo están asociados el lenguaje corporal y el verbal. El lenguaje es para el individuo enfermo el medio que le sirve para expresar, tanto en forma explícita como implícita, su vivencia en su dimensión simbólica. Entre esas expresiones recabadas en el trabajo de campo señalaremos las siguientes:

- "ya no sirvo para nada" (inválido)
- "mi cuerpo está mal, está enfermo" (tumor ovárico)
- "el reloj no quiere funcionar" (corazón)
- "me estoy acabando, pero mis familiares están conmigo y esto es probar a la familia y amigos" (cáncer uterino)
- "me siento achicopalado" (hipertenso)
- "es algo desagradable, horrible, es pensar en el mañana sin esperanzas" (cálculo renal)

- "no me voy a rendir aún cuando tengo la muerte en la cara" (tumor cerebral).
- "me siento mal, mi organismo está mal" (arritmia cardíaca)
- "¡si me entrego, me jodo!" (tumor)
- "estoy envainado" (pulmonía)
- "es un sacrificio; sufro mucho con esto y me siento mal" (accidente automovilístico)
- "me siento incapacitada para hacer mis quehaceres" (Mal de San Vito)
- "es una desgracia y nos perdemos de tantas cosas bonitas que hay en la vida" (renal)
- "esta maldita enfermedad que yo arrastro" (Mal de San Vito).
- "debo tener fe en Dios y en lo terrenal" (mal puesto según la versión de un creyente del culto a María Lionza).
- "esta enfermedad para mí es un obstáculo" (infartado)
- "este bendito desorden de mi enfermedad arruina mi organismo" (renal)
- "voy a buscar una solución como sea" (mal puesto según la versión de un creyente del culto a María Lionza).
- "voy a luchar; para atrás ni para coger impulso" (tumor pulmonar)
- "esta enfermedad no me va a joder" (tumor cerebral)
- "estoy resignado a mi suerte; pero si me cura ella, creeré desde hoy en eso" (artritis avanzada)
- "estoy resignado a mi suerte" (inválido)
- "¡que buena vaina! con esta enfermedad me metí a pendejo" (infartado)

Como puede observarse, hay un registro del léxico tomado del lenguaje normal pero su referente es un registro afectivo y descriptivo que va más allá de los actos de habla, de la comunicación, de la vivencia y su representación simbólica. En esas emisiones hay un ajuste emocional. Para ello, siguiendo a Parsons (1984:343),

"se necesita un componente cognitivo, así como evaluativo, en el sentido de que son precisamente los fallos de la situa-

ción real al no adecuarse a los sentimientos evaluativos los que constituyen el foco del problema de ajustamiento".

Lo emocional y lo cognitivo son elementos interdependientes. Deben estar en armonía para que el individuo enfermo acepte, en la medida de lo posible, su "avería" y busque una solución a la misma, ya que como dice Sontag (1984:68),

"la enfermedad es la voluntad que habla por el cuerpo, un lenguaje que escenifica lo mental: una forma de expresión corporal".

Todo lo dicho puede asociarse al sentir del enfermo junto con los recursos tanto defensivos como adaptativos disponibles para enfrentarse a la realidad exterior que le acosa así como a las variantes subjetivas de su mundo interior. Entre éstas pueden citarse: el miedo, la angustia, el malestar o el horror que están asociados con lo malo y lo siniestro, lo maldito, lo temible y lo feo, por consiguiente, es su deber alejar o rechazar, de lo contrario sería una entrega parcial a la muerte. Además, se infiere también de las expresiones emitidas, que el enfermo, es una persona, aparentemente descalificada, impotente a lo que pudiera sobrevenir, de tal manera que cambia su dolor por lástima, la rabia por violencia y el miedo por resignación.

Consideraciones finales

Esta investigación realizada sobre los significados sociales de la enfermedad, es solo una parte de los múltiples aspectos que pueden abordarse de la enfermedad. Esta aunque se expresa a nivel individual, se refiere fundamentalmente a procesos colectivos; la enfermedad pasa por lo individual. En tanto que tal, es un fenómeno sociocultural que posee sus propios significados dentro del contexto y tiene que ver con la manera como es vivida por quienes la sufren; la percepción que los enfermos tienen de sí mismos, su aislamiento, en algunos casos; la revalorización de la dolencia, los esquemas de pensamiento que permitan reconocerla, identificarla; la gran variedad de actitudes y prácticas referentes a la misma, así como también a los ritos realizados para enfrentarla y controlarla. En este sentido, nuestra intención ha sido llamar la atención sobre los aspectos culturales de la enfermedad. De la necesidad de valorarlos sin prejuicios, dentro del contexto sociohistórico

venezolano donde se "privilegia" al biomédico a quien se le asigna la tarea de la promoción de la salud y el cuidado de la enfermedad dejando de lado a los otros sistemas médicos alternos también llamados "tradicionales". Estos en la década de los setenta, fueron reconocidos y admitidos por la Organización Mundial de la Salud. Es cierto que el sistema biomédico es reconocido como el sistema hegemónico, pero esto no impide reconocer que existen otras prácticas no biomédicas que tienen su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que son legitimadas por los grupos que las practican y que operan en forma positiva (y/o negativa) sobre los procesos de salud-enfermedad. La finalidad de éstas consiste en restablecer la salud del individuo, de la familia, como también del grupo social más inmediato. Prácticas que el biomédico no debe dejar de conocer porque para curar es necesario conocer y el conocimiento siempre ha representado una forma de poder.

Por otra parte, en el proceso de curación hay dos actores sociales implicados: curador/enfermo, en el cual el segundo requiere de la atención del primero. Situación que implica un cúmulo de saberes y posiciones de los actores sociales que se inscriben en la experiencia real y/o imaginaria del propio cuerpo de los sujetos; es decir, implica además de la experiencia, una relación donde uno de sus límites lo constituye la enfermedad y la muerte. De tal manera que en esta tríada "enfermedad-curador-enfermo" se dan las diferentes combinaciones de los distintos modelos médicos con sus saberes, prácticas y creencias dentro de su contexto situacional real. Razón por la que no hemos hecho ninguna diferenciación en la descripción y análisis de las actitudes asumidas por los actores, ya que encontramos que en su estructura interna es la misma y porque las acciones tomadas en torno a la "salud" por los grupos sociales, funcionan a todos los niveles del contexto sociocultural venezolano. Desde esta perspectiva, consideramos importante toda clase de prácticas, creencias y saberes puesto que suponen la realización de diferentes tipos de rituales que tienden a la prevención, curación, del padecimiento, problemas y/o desgracias que alcanzan al cuerpo del individuo y a "su persona" dentro de los diferentes grupos sociales y no importa la denominación que se les dé a esos modelos, debido a que están integrados al grupo y cumplen con su objetivo. Motivo por el cual deben ser rescatados y reorientados hacia la atención primaria de la salud y, particularmente hacia la formación de una especie de médico comunitario en aquellos sitios donde priva la escasez de recursos biomédicos;

en lugares distantes de los centros hospitalarios urbanos con lo que, en parte, se subsanarían algunos de los múltiples problemas asistenciales existentes. Desde el punto de vista biomédico supondría una desleal competencia, ya que estas prácticas no sólo aportan una teoría y un diagnóstico tanto en lo cultural como en lo racional, sino que además participan de los valores y esquemas de comportamientos propuestos por su contexto sociocultural con lo que también intentan curar. Esto no puede obviarse del contexto sociohistórico, debido a que sus prácticas y saberes son utilizados por los grupos sociales. Son síntesis constantes que van desde el modelo biomédico a los modelos alternativos y/o "tradicionales", populares, folk. La diferencia entre los curadores de ambos sistemas está en el conocimiento sistematizado para tratar al individuo enfermo.

El otro aspecto que pudimos constatar fue el discurso de los actores. Ambos discursos relacionados, bien con el rol del curador, o con el enfermo. Este último atribuye significados a su experiencia personal a partir de los síntomas, lo que además, lo lleva a "buscar" la ayuda necesaria en el otro. En ese encuentro con el otro (curador), ritual de la consulta, los actores sociales interactúan. El medio de acercamiento dentro del proceso interactivo es el habla. En dicho encuentro cada actor hace su propio ajuste "personal". El curador, a la tarea que le compete en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Además, a las normas culturales para la auscultación corporal del individuo enfermo; normas que rompen con todas las restricciones y traspasan los límites privados del contacto corporal y de la comunicación verbal. En esta última es importante el poder de la palabra del curador, la cual renueva cada vez que sea necesario, atendiendo a la sintomatología presentada por el paciente y a "la lógica de las diferencias" ya sea biomédico, psicoterapeuta, adivino, hierbatero. Siempre subyacen los mismos principios, como son las manifestaciones de los síntomas y las prescripciones que debe seguir el paciente para la cura. Todo depende del contexto donde se ubique el acontecimiento que, en este caso, sería la lesión experimentada por el enfermo. Este, por su parte, no es sólo un objeto pasivo; es un sujeto espectador que representa la mirada de la sociedad sobre su propio sistema médico. El produce conocimiento -saber sobre la enfermedad-, que es deducible de las causas del mal que le aqueja, de lo que le sucede. Las mismas las elabora en función de su historia sociocultural y de la terapia. Explicaciones que producen un "saber popular" que es al mismo

tiempo productor de sentido, de significados en la enfermedad. Así, enfermedad-salud tienen una dimensión social y otra individual, articuladas en el cuerpo del individuo. Cada uno la siente en su cuerpo y algunas veces puede convertirse en amenaza de muerte. La enfermedad puede conducir al individuo a percibirse aislado de los otros y coartado en todo momento en lo que hace en su vida social. Al mismo tiempo la enfermedad es social no sólo porque existe un número de instituciones que la toman en cuenta en sus diferentes fases de evolución, sino también porque los esquemas de pensamiento que le permiten reconocerla, identificarla y tratarla son eminentemente sociales: pensar su enfermedad es hacer referencia a los otros. Dicha representación cultural es uno de los aspectos esenciales del sistema médico, cualquiera que sea su origen. Aspectos estos que llevan al actor enfermo a expresar a través del lenguaje todos aquellos significados atribuidos por ellos a su padecimiento, y que hemos denominado lenguaje del sufrimiento.

El lenguaje viene a ser el instrumento utilizado para comunicar no sólo las representaciones del cuerpo, sus partes y las relaciones entre éstas, sino que además expresa cómo el hombre se reconoce en su propio cuerpo y cómo percibe sus sensaciones, impresiones y estímulos del mundo que le rodea y la forma cómo los incorpora a sus propias vivencias. Con esto queremos señalar, que a partir del discurso del enfermo, se infieren los juicios en relación a lo que es deseable o no dentro de su dimensión simbólica. Además, hay un registro lexical referido a un registro afectivo y descriptivo de la vivencia y su representación individual y sociocultural.

Por otra parte, es necesario destacar otros aspectos encontrados en esta investigación, los cuales servirán como punto de partida para futuros trabajos. Son los siguientes:

- 1 El médico es en la actualidad un profesional amenazado por sus propias contradicciones y por las expectativas limitadas que los demás tienen sobre él. El tiene necesidades y, a la vez, es víctima frecuente de sus propias incongruencias. Como médico se le enseñan modelos, palabras y gestos de comportamiento que le crea una aureola de omnipotencia y de distancia con los pacientes. Ahora bien, mientras no haya contacto entre el médico y el paciente, no habrá acto de curación.

- 2 Para aprehender las definiciones que se tienen de la enfermedad es necesario abordar los sistemas médicos. Cada uno de éstos constituye un todo con su lógica propia, de acuerdo al grupo social que lo ha concebido, que condiciona los comportamientos tanto del que cura como de los que se curan. Como recurso para la explicación los clasificamos en sistemas médicos legales y sistemas médicos periféricos. Los primeros son aquellos que dentro de un sistema sociocultural tienen el poder de curar; y los sistemas médicos periféricos, son aquellos que no son validados por la ley o norma social del sistema sociocultural.

En el sistema médico hay niveles que podemos clasificar uno de científico, y otro empírico. Esta cualidad en la clasificación radica en las diferentes concepciones de la enfermedad, de la salud, de la epidemia que existe en cada uno de ellos y que están basados en sistemas etnoteóricos opuestos. Así pues, la causa de la enfermedad, en el nivel empírico, es casi siempre, socio-moral, un evento de sanción, de castigo, de persecución o de desgracia. Por el contrario, el nivel científico tiene como objetivo buscar la etiología de la enfermedad y su alivio. Está además vinculado a otras ciencias como la fisiología, la biología, la genética, la microbiología, la química, la bacteriología, la epidemiología, psiquiatría, etc. Con la clasificación de empírico a un nivel del sistema Médico y de Científico al otro, no queremos establecer antinomias valorativas entre ellos. Reconocemos el carácter lógico y racional de ambas prácticas. No podemos negar que dentro del nivel empírico se dan cambios y existen innovaciones; de igual manera que, dentro del nivel científico, se utiliza la intuición y la sugestión. El punto donde nos hemos centrado para hacer la clasificación de estos dos niveles médicos, es el reconocer en el nivel científico el carácter que tiene de ser un saber global y sistematizado, donde la relación entre el que cura y el paciente es contractual. Por el contrario, el nivel empírico basa su efectividad en el poder de

sugestión. En muchos casos no es un sistema propiamente dicho y la relación entre el que cura y el curado es casi continua en las relaciones cotidianas (en el sentido de no ser contractual, sino afectivas) y difusa, no centrado en la enfermedad.

Dentro de la sociedad zuliana encontramos estos dos niveles del sistema médico. Uno legal; el otro, ilegal y en muchos casos perseguidos. Esto es así porque el Estado venezolano confiere el poder de curar sólo a aquellas personas egresadas de las Facultades de Medicina, no validando y negándoles la posibilidad de ejercicio a aquellos agentes que estén situados dentro del nivel empírico. De manera tal que, en la sociedad venezolana, aun cuando no sea oficial ni tenga apoyo legal, existe un sistema dual de medicina. Uno declarado, saber legítimo, hegemónico, institucional y con el monopolio de la práctica profesional. El otro nivel, con una gran variedad de prácticas, es por el contrario, no validado, perseguido y acusado tanto por las autoridades como por el Colegio de Médicos.

- 3 Evidentemente que cuando se intenta científicamente abordar un problema como el abordado por nosotras en los "Significados Sociales de la Enfermedad", es necesario mirar el contexto sociocultural e histórico, porque el mismo revela que en la etnogénesis del venezolano actual hay otros referentes simbólicos que juegan un papel tan importante como la civilización occidental.
- 4 La enfermedad es la realidad individual y social más próxima al nacimiento y a la muerte. Es regresión y amenaza de muerte; pero el que se cura (salva), revive. Es la prueba por excelencia de una fuerte movilización social que ha llevado a que todos los sistemas socioculturales elaboren enunciados al respecto (Augé, 1984:40)
- 5 Los modos de diagnosticar y las técnicas de cuidado y prevención de la enfermedad están ligadas al conjunto total de la

configuración social, siendo este mismo lazo función de las creencias que llevan a las causas de la enfermedad.

Para finalizar, consideramos esta investigación como un aporte al reconocimiento del otro en su propia dimensión, sin desvalorizar su presencia. Se trata de la necesidad de comprender el funcionamiento de la curación; de comprender que en el contexto venezolano, por su particularidad histórica, en la conformación de valores y en la percepción y utilización de los mismos, entran en juego lógicas y conceptos sobre salud/enfermedad que coexisten con otra u otras medicinas altamente tecnificadas. En este sentido, el enfermo se constituye en un doble usuario de estas prácticas, aun cuando en muchas oportunidades no lo exprese. De tal manera que, son las cátedras de la Escuela de Medicina quienes deben incorporar a sus planes y programas de estudio, en las carreras del Área de Salud, cátedras en las cuales se aborden los códigos bajo los cuales se organizan las nosologías de las otras medicinas o de las características de los ritos terapéuticos y su valor cultural. Todo ello llevaría a enriquecer el contenido de sus programas en cuanto a la eficacia simbólica de la cura o prevención, así como la predisposición del enfermo a buscar ayuda en cualquier tipo de práctica médica ofrecida por su contexto sociocultural para el restablecimiento de la salud. Por otra parte, también llevaría al estudiante o al investigador a entrar en contacto con otra realidad, a conocerla como también a vivirla. Vale decir, a un proceso de reconocimiento de sí mismo en el otro, entre las diferentes posibilidades que le ofrezca la cotidianidad en el contexto situacional con sus prácticas, saberes y creencias en donde reconozca sus propias experiencias para poder reinterpretar las propias y las ajenas, con el fin de reorientar la vida del otro en el plano de la salud.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo: **Medicina y Magia**. Instituto Nacional Indigenista. México, 1990. **Antropología Médica**. Ediciones La Casa Chata. México, 1986.
- Amodio, Emanuel: **Los nombres del cuerpo**. ASOVAC. Cumaná, Venezuela, 1990. **Signos, síntomas y simulacros. Adivinación y diagnóstico médico en la cultura quechua**. ASOVAC. Maracaibo, Venezuela, 1990.

- Augé, Marc: *Pouvoirs de vie pouvoirs de mort*. Flammarion. Paris, 1977.
- Augé, Marc y Herzlich, Claudine: *Le sens du mal-Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Editions des archives contemporaines. Paris, 1983.
- Bardin, Laurence: *L'analyse de contenu*. Puf. Paris, 1977 Galac. Caracas. Venezuela, 1987 Bastide, Roger: *Sociologie des maladies mentales*. Flammarion. Paris, 1965.
- Benveniste, Emilio: *Problemas de lingüística general (I-II)*. Siglo XXI. México, 1976.
- Bernardo, Michel: *El cuerpo*. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- Castillo del Pino, Carlos: *La incomunicación*. Ediciones Península. Barcelona-España, 1979.
- CID, Felipe: *Reflexiones sobre Historia de la Medicina*. Editorial Anagrama. Barcelona-España, 1979.
- Clarac de B. Jacqueline: *La enfermedad: lugar entre dos polos donde actúa la cultura*. Boletín Antropológico. Centro de Investigaciones. Museo Arqueológico. Universidad de los Andes. Agosto-Sept. 1990, #19. *La enfermedad como lenguaje en Venezuela*. Textos de la Universidad de Los Andes. Colección Actual. Mérida-Venezuela, 1992.
- Fitzpatric *et al*: *La enfermedad como experiencia*. Fondo de Cultura Económica. México, 1984.
- Flores Díaz, Dilia: *Trance, Posesión y Hablas Sagradas*. Universidad del Zulia. EDIUZ. Maracaibo-Venezuela, 1988. *La Adivinación por el Tabaco en el Culto a María Lionza Trabajo de Ascenso (titular)*. Mimeografiado. Maracaibo-Venezuela, 1991.
- Foucault, Michel: *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. México, 1980.
- Fowler, Roger y otros: *Lenguaje y Control*. Fondo de Cultura Económica. México, 1983.
- Freud, Sigmund: *El Malestar de la Cultura*. Alianza Editorial. Madrid, 1960.

- García Gavidía, Nelly: *Posesión y Ambivalencia en el Culto a María Lionza*. Universidad del Zulia. EDILUZ. Maracaibo-Venezuela, 1987. *El arte de curar en el Culto a María Lionza*. Universidad del Zulia. Trabajo de Ascenso (titular). Mimeografiado. Maracaibo-Venezuela, 1988.
- Geertz, Clifford: *La interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa. Barcelona-España, 1989. *El surgimiento de la Antropología posmoderna*. Gedisa. México, 1991. Compilador Carlos Reinoso.
- Goffman, Erving: *Los internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores. Argentina, 1972. *El ritual de la interacción social*. Editorial Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires, Argentina, 1973. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1981.
- Goody, Jack: *La domesticación del pensamiento salvaje*. Akal Universitaria. Madrid, 1985.
- Greimas, A J: *Semántica estructural*. Gredos. Madrid, 1971. *En torno al sentido. Ensayos semióticos*. Editorial Fragua. Madrid, 1973. *Del sentido II. Ensayos Semióticos*. Editorial Gredos. Madrid, 1989. *La semiótica del texto*. Paidós Comunicación. Barcelona, España, 1983.
- Giraud, Pierre: *El lenguaje del cuerpo*. Fondo de Cultura Económica. México, 1986.
- Halliday, M.A.K: *El lenguaje como semiótica social. La Interpretación del lenguaje y del significado*. Fondo de Cultura Económica. México, 1982.
- Hjelmslev, Luis: *El lenguaje*. Gredos. Madrid, 1968.
- Laín Entralgo, Pedro: *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Alianza Universidad. Madrid-España, 1983. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Anthropos. Editorial del Hombre. Barcelona-España, 1987. *El cuerpo Humano. Teoría actual*. Editorial Espasa-Calpe. Madrid-España, 1991.
- Le Breton, David: *Sociologie du Corps en Cahiers Internationaux de Sociologie*. Volumen XC- 1991. Press Universitaires de France. p. 131-143.

- Lévi-Strauss: *Antropología Estructural*. Fondo de Cultura E. México, 1972.
- Mauss, Marcel: *Sociología y Antropología*. Ed. Tecnos. Madrid, 1974.
- Menéndez, Eduardo: *Antropología Médica. Orientaciones Desigualdades y Transacciones*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos La Casa Chara # 179. México, 1990.
- Parsons, Talcott: *El Sistema Social*. Alianza Universidad. Madrid-España, 1984.
- Rubinstein, Henri: *La Medicina del Dolor*. Alianza Editorial. Madrid-España, 1990.
- Schieben-Lange, Brigitte: *Pragmática Lingüística*. Editorial Gredos. Madrid, 1987.
- Sontang, Susan: *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik Editores. Barcelona-España, 1984.
- Sperber, Dan: *Etnografía Interpretativa y Antropología Teórica en Alteridades, Antropología y Epistemología*. Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Antropología. México. Año 1, 1991. p. 111-128.
- Turner, Bryan S.: *El Cuerpo y la Sociedad*. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.
- Van Dijk, Teun A.: *La Ciencia del Texto. Un Enfoque Interdisciplinario*. Paidós. Comunicación. Buenos Aires, 1983. *Estructuras y Funciones del Discurso*. Editorial Siglo XXI. México, 1989.
- Watzlawick, Paul y otros: *Teoría de la Comunicación Humana*. Editorial Herder. Barcelona-España, 1983. *El Lenguaje del Cambio*. Ed. Herder. Barcelona-España, 1983.