



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

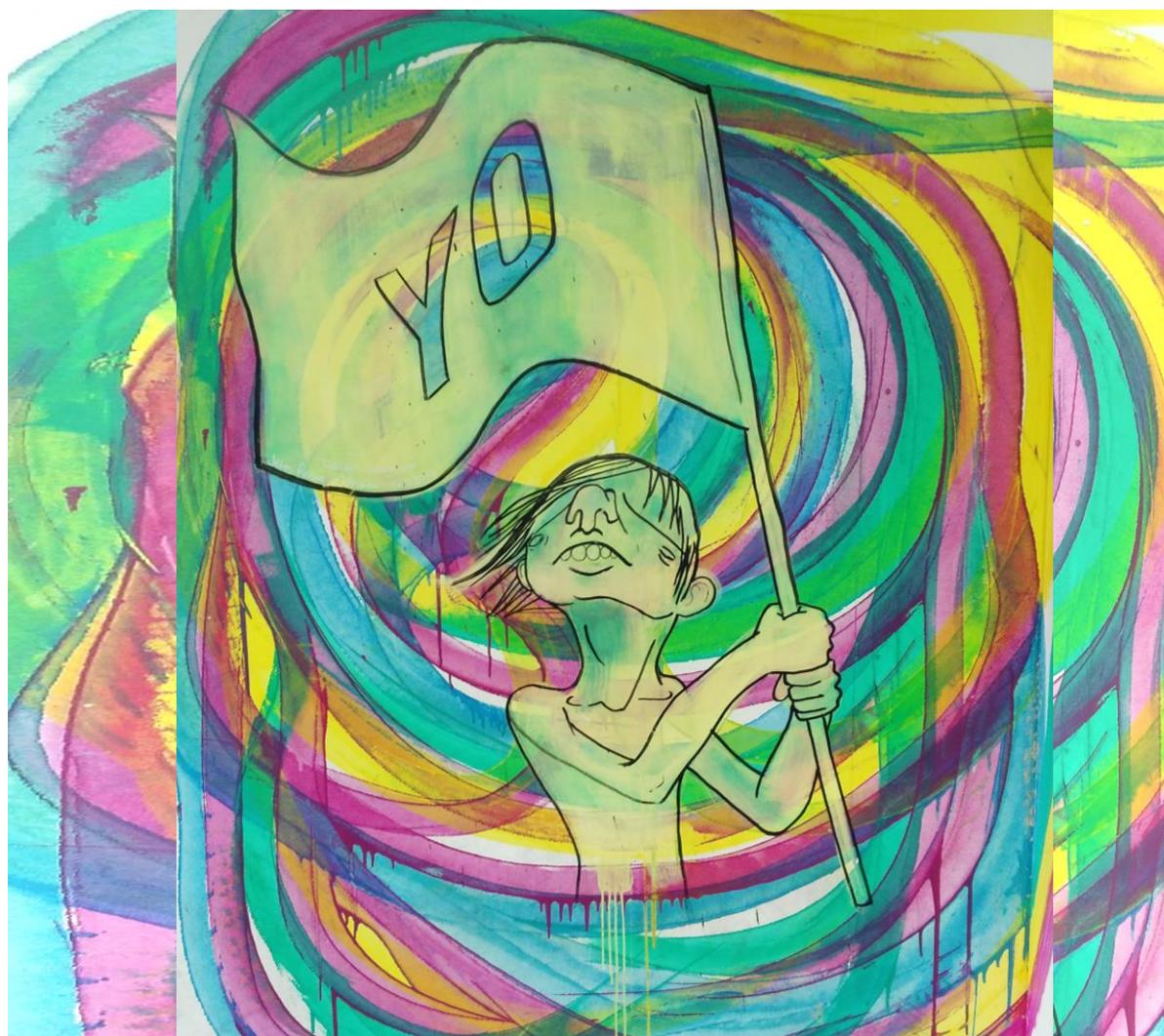


UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO».

De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado

ISABELLA RICCÒ



TESIS DOCTORAL
2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Esta investigación ha sido financiada por una beca pre-doctoral para la formación de personal investigador de la Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca de la Generalitat de Catalunya (FI-DGR)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

ISABELLA RICCÒ

**EN BUSCA DE UN
«NUEVO MUNDO MÁGICO».**

**De la medicina popular a las terapias New Age en
un Occidente desencantado**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por:

Dr. Josep Maria Comelles

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**



2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

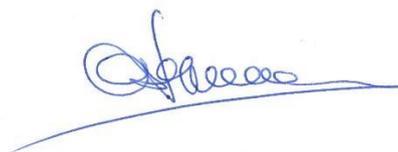


Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social
Campus Catalunya – Edifici D2, 3a planta
Av. de Catalunya, 35
43002 Tarragona
Tel. +34 977 55 97 48
E-mail: sdantro@urv.cat
<http://dafits.urv.cat>

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “En busca de un «nuevo mundo mágico». De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado”, que presenta Isabella Riccò para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de esta universidad.

Tarragona, 19 de Junio de 2017.

El director de la tesis doctoral



Dr. Josep M. Comelles

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

RINGRAZIAMENTI

Ai miei informanti per la pazienza, la costanza, la disponibilità.

A Josep M. Comelles per l'incoraggiamento, l'entusiasmo, la sensibilità e la passione, per essere stato un punto di riferimento, supporto e ammirazione, per credere nei giovani, nelle loro idee. Per gli stimoli continui.

A Tullio Seppilli per avere creduto per primo in questo progetto, per gli incontri alla Fondazione Celli, per la sua immensa saggezza.

Ai miei genitori per lo spirito critico, per l'amore per la cultura, per i loro racconti sul '68.

A Catia perché non posso negare che una parte di me è convinta che senza le sue terapie la borsa di studio non l'avrei mai vinta.

A Enrique Perdiguero per l'ironia, l'appoggio, per il viaggio «iniziatico» a Perugia.

A Gianni Pizza per i consigli e le riflessioni, per mantenere vivi questi temi in Italia.

A Elisabeth Hsu per l'accoglienza a Oxford.

A Núria per la sua organizzazione eccellente, per l'aiuto costante e genuino.

A Pedro per la compagnia nel *despacho*, per la pazienza infinita, per la radio che mette allegria.

A Filippo per avermi trasmesso questa passione, per l'adolescenza, per tutti gli anni insieme.

A Elisa per la prima birra a *Plaza de Toros*, per l'accoglienza spontanea, per le ore di studio nella *biblio* e quelle di riposo al *Denver*, per il mio ritratto a matita, per la revisione accurata, per le amicizie non sempre facili, che però sono quasi sempre le uniche a smuovere sentimenti profondi.

A Davide per le risate, gli scontri, la sua presenza costante, per l'affetto sincero.

A Jade per le relazioni che immediatamente funzionano, per i suoi acuti suggerimenti.

A Pati per le lunghe notti sul divano, per la sua vicinanza, per la sua dolcezza.

A Manfred per il suo senso di tranquillità e pace interiore che, a volte, è riuscito a trasmettere anche a un'ansiosa cronica come me.

A Vincent per gli spunti interessanti, per le «conversazioni tra antropologi».

A Joan Prat per avermi regalato il suo nuovo libro su una passione che abbiamo in comune.

A tutti coloro che hanno fatto da tramite, in particolare a Giusy, Blanca Pérez, Marcel Banús i Banús, Jordi Cassells, Joaquin Rosselló e Mònica Batet.

A Paolo Bartoli e Paola Falteri per la loro apertura e i loro racconti.

A Sebas per il coraggio e l'incoscienza,
per avermi trasmesso la sua «emozione per la vita».

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

ÍNDICE

RINGRAZIAMENTI	11
RIASSUNTO	19
RESUMEN	20
ANNA, IO, NOI TUTTI	21
PREFAZIONE	23
Sull'attrazione per la magia	23
Sulla struttura della tesi	24
DE LO GENERAL A LO PARTICULAR	29
Pluralismo asistencial, modelos y sistema de atención a la salud.....	31
Un entorno plural	37
El sector paralelo de atención a la salud.....	39
CAPÍTULO I. LA MEDICINA POPULAR	43
Medicina popular: el origen de un concepto	45
Antecedentes terminológicos: errores, ethnic disorder, folk illness y preocupaciones.	45
De Volksmedizin a Medicina popular	47
Sobre las topografías médicas	52
La construcción del concepto de medicina popular y el folklore médico	55
El caso italiano	56
El caso de Cataluña	61
Los casos de Francia y Bélgica.....	64
Enfermedades, padecimientos y culture-bound syndrome.....	66
Curanderos y guaritori.....	68
La signatura: una modalidad diagnóstico-terapéutica	70
¿Qué significa hablar de medicina popular hoy?	72
Un modelo en transición	74
Los mecanismos culturales y sociales que han producido el cambio	74
El proceso de medicalización y el desarrollo del sistema sanitario universal.....	75
La globalización, el sistema capitalista y el desencantamiento del mundo	78
La secularización	81
Del campo a la ciudad, del curanderismo rural al curanderismo urbano	82

CAPÍTULO II. EL MOVIMIENTO NEW AGE Y LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS	85
Los antecedentes.....	87
El Swedenborgianismo	88
El Magnetismo animal o Mesmerismo.....	88
El Espiritismo	90
El Trascendentalismo	92
La Ciencia Cristiana y el New Thought	92
La Teosofía.....	93
La Parapsicología.....	94
El Psicoanálisis.....	95
El movimiento New Age	97
Una definición difícil.....	98
La Era de Acuario	100
Médium, Channeling y Tarot.....	102
Cosmovisión.....	103
Algunas corrientes New Age	104
Neochamanesimo y Tecnochamanesimo	104
Neopaganesimo y Wicca	105
Las medicinas alternativas y complementarias (CAM) en Occidente	107
Un panorama complejo	107
Energía y equilibrio, salud y enfermedad	114
Holismo	115
Orientación natural-ecológica.....	116
La unicidad y el poder del individuo	117
El léxico moral.....	117
El carácter alternativo	118
New Age y medicinas alternativas: un diálogo contemporáneo	119
Puntos de contacto.....	119
El público	120
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y PERSPECTIVAS TEÓRICAS.....	123
Lugares.....	127
Lenguas	131
Objetivos	133
Campo.....	134
Informantes.....	136
Metodología, Técnicas y Enfoques.....	137
Etnografía.....	137
Autoetnografía.....	142
Giro ontológico y teísmo metodológico.....	143

Ética.....	144
Perspectivas teóricas.....	145
La antropología médica crítica.....	145
El binomio hegemonía/subalternidad.....	146
La Escuela italiana de Antropología Médica.....	150
Aproximaciones sobre el «giro ontológico».....	152
Agencia, espíritus y embodied epistemology.....	157
CAPÍTULO IV. LO QUE QUEDA DEL MODELO CLÁSICO	161
«El modelo clásico».....	165
¿Fuoco di Sant’Antonio, culebrilla o herpes zoster? Entre biomedicina y medicina popular.....	165
L’espatllat y la caída del estómago.....	169
L’airada y el mal de ojo.....	173
El simbolismo en la medicina popular.....	177
Amuletos y objetos de sanación.....	177
Signos y palabras.....	180
Iniciación.....	182
El empirismo en los rituales de medicina popular: ungüentos, parches y remedios de hierbas.....	185
Notas sobre la eficacia terapéutica y el body ecologic.....	188
CAPÍTULO V. CATIA Y JOSEP: ENTRE CURANDERISMO, MEDICINAS ALTERNATIVAS Y NEW AGE	191
«Soy como un aspirador»: biografía de un curandero catalán.....	195
Catia: ¿segnatrice o terapeuta?.....	199
«La syndrome du prophète» en contexto occidental.....	202
«Vivir los espíritus»: cuerpos y agencia.....	211
Un paso atrás: comunicando con el «más allá» mediante chamanismo, posesión y mediumnidad.....	212
«Era come se tutto il mio corpo respirasse quest’energia divina».....	214
Los espíritus como vehículo de memoria y valores.....	216
El cuerpo como lugar de resistencia: lucha exorcística y posesión espiritual.....	221
«È come se i vermi avessero un’intelligenza propria»: animales agentes y animales metáfora.....	224
Autoetnografía de un «masso sul cuore».....	228
Cuando las terapias tienen género y éste es femenino.....	236
CAPÍTULO VI. VITTORIO: FUERZA, CULPA Y ESTIGMA.....	243
¿Y si te «pudieras sentir» en mi piel?.....	245
Del uso de heroína al «uso» de la espiritualidad.....	248
De paciente a terapeuta.....	250
Tú eres el creador, tú eres el Dios.....	255
Tú eres el culpable, tú eres el responsable.....	257

Limpieza física y moral.....	258
Ataques energéticos: ¿el mal de ojo de la Nueva Era?.....	260
De estigmatizado a estigmatizante.....	261
CAPÍTULO VII. SOL Y MERCEDES: «TRISTEZA CRÓNICA», LIBERTAD Y RESISTENCIA	265
Sol y Mercedes	267
Depresión y crisis de la presencia: la «tristeza crónica» como resistencia	268
Las pastillas mágicas.....	272
La enfermedad como construcción cultural.....	275
La búsqueda de un nuevo refugio y el peligro del sectarismo	278
El reencantamiento del mundo contra la «hegemonía de la cultura capitalista»	282
¿Mercantilización de lo sagrado o denuncia de un modelo?	284
CAPÍTULO VIII. HACIA UN NUEVO MODELO	287
Ampliando el horizonte.....	289
Los curanderos africanos	289
El resurgimiento del espiritismo	290
¿Pranoterapia o imposición de manos?.....	291
La medicina popular en el cyberspace.....	294
El culto de los árboles.....	296
DAL PARTICOLARE AL GENERALE.....	299
Conclusioni.....	301
BIBLIOGRAFÍA	309
ANEXO	341

ÍNDICE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Modelo del sistema de atención a la salud elaborado por Jesús Armando Haro Encinas.....	34
Figuras 2-3. Spa express con «tratamientos de medicina alternativa» en el aeropuerto de Barcelona El Prat.....	37
Figuras 4-5. Despacho de medicina tradicional china. Covered Market - Oxford (UK).....	38
Figuras 6-7. Remedios de hierbas. Feria Medieval de Montblanc (Tarragona) (2017).....	39

Figura 8. Elaboración propia de las componentes del sistema paralelo de atención a la salud.	40
Figura 9. Reelaboración del modelo del sistema de atención a la salud elaborado por Jesús Armando Haro Encinas.....	41
Figura 10. Tabla terminológica construida sobre la base de los datos presentados por Comelles (2016a).....	47
Figura 11. Tabla terminológica sobre medicina popular.	48
Figura 12. Tabla terminológica en italiano, castellano y catalán.	49
Figura 13. Tabla terminológica comparativa.	70
Figura 14. «Dibujo de Tovar (Heraldo de Madrid)».....	76
Figura 15. «Magnetizador haciendo una terapia de magnetismo animal»	89
Figura 16. «Las mesas giratorias»	90
Figuras 17-18-19. Carteles con los últimos eventos del <i>Centro Studi Parapsicologici</i> de Bologna.	95
Figura 20. Grafiti en la estación de autobuses de Tarragona.	97
Figura 21. Tabla con algunas corrientes <i>New Age</i>	104
Figura 22. Legislación general de las CAM en Europa.	109
Figura 23. Tabla que representa algún sistema médico distinto de la biomedicina.	110
Figura 24. Tabla CAM.	111
Figura 25. Sumario trabajo de campo.....	135
Figura 26. Sumario informantes.....	136
Figura 27. Sumario informantes por sexo.	137
Figura 28. Sumario entrevistas.	138
Figura 29. Sumario observaciones como participante.	140
Figura 30. Sumario observaciones como «espectadora».....	140
Figura 31. Giuseppa durante la medición del estómago.....	171
Figura 32. Rosita mientras « <i>talla l'airada</i> »	174
Figura 33. Amuletos. Pitt Rivers Museum (Oxford). Fotografía propia. Autorización a la publicación concedida por parte del museo.....	177
Figura 34. Moneda que Maria usa para <i>segnare</i> la <i>rosipola</i>	178

Figura 35. Cruces empleadas para la sanación del esguince	178
Figura 36. Josep en su despacho (2013).	195
Figura 37. Uno de los pacientes de Josep con el <i>herpes zoster</i> en un brazo.....	202
Figura 38. Josep durante un tratamiento de Reiki.....	203
Figura 39. Ejemplo de flores de Bach (dominio público).....	209
Figura 40. Ejemplo ficha paciente (con mis datos).....	234
Figura 41. Representación esquemática del círculo vicioso en el que se encontraba Vittorio.....	249
Figura 42. Ejemplo de papelito de un curandero africano encontrado en las calles de Tarragona.....	289

RIASSUNTO

Il progetto di questa tesi è sorto in seguito a una ricerca preliminare che realizzai sulla medicina popolare (*folkmedicine*) in Emilia Romagna (Italia) e in Catalogna (Spagna) che ha confermato la presenza di rituali terapeutici simili nei due paesi, in particolare quello della segnatura. Con questo termine mi riferisco a un rituale diagnostico-terapeutico mediante il quale si trattano malesseri diversi (*fuoco di Sant'Antonio*, *rosipola*, storte, mal di stomaco) attraverso l'uso di oggetti, segni (in particolare la croce), unguenti e formule verbali orali. In seguito a un primo periodo di ricerca sul campo, i dati mostrarono una profonda correlazione tra la medicina popolare e le «nuove forme di spiritualità contemporanea» e fu in quel momento che ebbe origine questa tesi. L'obiettivo principale era analizzare la trasformazione del «modello classico della medicina popolare» attraverso il dialogo con le medicine alternative e complementari (CAM) e le terapie *New Age* (NA). Tenendo conto del panorama nel quale viviamo, lo studio s'interroga sul concetto di pluralismo assistenziale, ripensandolo sulla base del binomio locale/globale e del «settore parallelo d'attenzione alla salute» (SPAS). La ricerca sul campo fu svolta nelle città di Parma e Tarragona e la maggior parte dei dati furono raccolti mediante interviste, osservazioni partecipanti e *focus groups*, facendo uso di una metodologia etnografica e auto-etnografica. Il lavoro ha messo in luce la necessità di considerare la «medicina popolare» non solo come un fatto, ma come un *continuum*, dinamico e iscritto all'interno del processo di medicalizzazione delle società occidentali. Se da una parte le componenti che caratterizzavano il «modello classico della medicina popolare» (diffusione dei rituali principalmente nel mondo rurale, guaritore come fulcro della società, trasmissione orale e iniziatica del dono) stanno scomparendo, dall'altra, molte delle terapie tradizionali sono state recuperate e riadattate al contesto mediante CAM e NA, così come attraverso il ruolo di Internet e delle reti sociali. Si evidenzia, inoltre, l'importanza dello SPAS in relazione a fenomeni di sofferenza ed esclusione sociale, «tristezza cronica», anomia e isolamento e in generale da malesseri derivati dalle problematiche strutturali del sistema, così come dalla «tentazione dell'innocenza» (Bruckner, 1996) della società capitalista contemporanea. Queste situazioni hanno generato una «nuova crisi della presenza» che, al pari di quella demartiniana (de Martino, 1948; 1959), si risolve mediante il «mondo magico». Quest'ultimo però non è più «dato» e presente nella quotidianità, ma gli individui si devono impegnare attivamente nella sua ricerca. In questo senso, le CAM – NA in Occidente si presentano, da un lato, come una forma di resistenza «all'egemonia della cultura capitalista» e, dall'altro, come uno strumento per re-incantare il mondo. Il pericolo di questo nuovo mondo magico (così come di un «mondo esclusivamente tecnico scientifico») emerge quando lo spirito critico è assente e s'incorpora un modello nella sua totalità senza mettere in discussione i suoi limiti e le sue contraddizioni. In questi casi, si rischia di rimanere intrappolati nella stessa rete dalla quale si cercava di scappare, contribuendo a rafforzare la logica del sistema capitalista mediante il paradosso di un olismo individualista.

RESUMEN

Este proyecto de tesis surge tras una investigación previa que realicé sobre medicina popular (*folkmedicine*) en *Emilia Romagna* (Italia) y Cataluña (España) que confirmaba la presencia de rituales terapéuticos similares en los dos países, en particular el de la *segnatura*. Con este término me refiero a un ritual diagnóstico-terapéutico mediante el cual se tratan diferentes malestares (*herpes zoster*, erisipela, torcedura, dolor de estómago) a través de objetos, signos (en particular el de la cruz), cataplasmas y fórmulas verbales orales. Tras un primer periodo de trabajo de campo, los datos mostraron una profunda correlación entre medicina popular y «nuevas formas de espiritualidad contemporánea». Fue entonces que se originó esta tesis. El objetivo principal era analizar la transformación del «modelo clásico de medicina popular» a través del diálogo con las medicinas alternativas y complementarias (CAM) y las terapias *New Age* (NA). Teniendo en cuenta el panorama en el que vivimos, el estudio cuestiona el concepto de pluralismo asistencial, repensándolo sobre la base del binomio local/global y del «sector paralelo de atención a la salud» (SPAS). El trabajo de campo se llevó a cabo en las ciudades de Parma y Tarragona, y la mayor parte de los datos fueron recogidos mediante entrevistas, observaciones participantes y grupos focales, haciendo uso de una metodología etnográfica y auto-etnográfica. El trabajo vislumbró la necesidad de considerar la medicina popular no solo como un hecho, sino como un continuum, dinámico, inscrito en el proceso de medicalización en las sociedades occidentales. Si por un lado los componentes que caracterizaban el «modelo clásico de medicina popular» (difusión de los rituales principalmente en el mundo rural, curandero como fulcro de la comunidad, transmisión oral e iniciática del don) están desapareciendo, por el otro, muchas de las terapias tradicionales están siendo recuperadas y readaptadas mediante las CAM - NA, así como a través del rol de Internet y de las redes sociales. Se evidencia, además, la importancia del SPAS como recurso empleado principalmente en ocasiones de sufrimiento y exclusión social, «tristeza crónica», anomia, aislamiento y en general de malestares que derivan de problemáticas estructurales del sistema y de la «tentación de la inocencia» (Bruckner, 1996) de la sociedad capitalista contemporánea. Estas situaciones generaron una «nueva crisis de la presencia» que, tanto como la demartiniana (de Martino, 1948; 1959), se resuelve mediante el «mundo mágico». Sin embargo, este último ya no es «dado» y no está presente en la cotidianeidad, sino que los individuos deben esforzarse activamente para buscarlo. En este sentido, las CAM - NA en Occidente se presentan, por un lado, como una forma de resistencia a la «hegemonía de la cultura capitalista» y, por el otro, como una herramienta para reencantar el mundo. El peligro de este «nuevo mundo mágico» (tanto como de uno «exclusivamente técnico-científico») emerge cuando el espíritu crítico está ausente y se incorpora un modelo en su totalidad, sin cuestionarse sobre sus límites y contradicciones. En estos casos se corre el riesgo de quedar atrapados en la misma red de la cual se intentaba escapar, contribuyendo a reforzar la lógica del sistema capitalista mediante la paradoja de un «holismo individualista».

ANNA, IO, NOI TUTTI

Da qualche settimana Anna soffre di un forte dolore allo stomaco, potrebbe essere acidità, gonfiore, la presenza di qualche batterio o forse i «nervi». Non ne conosce l'origine né la ragione e i sintomi non sono molto chiari. È un malessere difficile da descrivere, però lei sa che qualcosa sta succedendo lì dentro, qualcosa si rompe e si lacera. Le ritorna alla memoria il ricordo di quei piccoli omini dei cartoni animati che spiegavano ai bambini il funzionamento del corpo umano e se li immagina dandole calci e pugni alla stomaco (e se fossero loro la causa di tutto quel dolore?). Qualche tempo dopo, Anna decide di parlare con sua madre, medico di professione. In un primo momento lei le suggerisce un parafarmaco contro l'acidità però, essendo questo poco efficace, in seguito la accompagna da uno specialista. Nel frattempo, Anna decide di cercare su Internet qualche informazione sull'eventuale causa del suo malessere. Legge *forums* e consulta numerosi siti. La cosa più probabile è che abbia la gastrite. I sintomi generali coincidono e anche le cause (dato che c'è una grande varietà di fattori irritanti che la provocano). Si auto convince «Sí, sí» pensa dentro di sé «devo avere la gastrite». Adesso che possiede una diagnosi, anche se auto-realizzata, Anna si tranquillizza. Quando lo specialista la visita, lei gli chiede direttamente un rimedio contro la gastrite. Lui le ricetta un medicinale e le spiega che deve assumerlo per un mese, trascorso il quale Anna si sente decisamente meglio. Durante quel periodo aveva anche smesso di bere il suo classico tè mattutino perché su Internet lo consideravano una delle possibili cause del mal di stomaco cronico. Dopo un anno quella tranquillità scompare di nuovo, Anna inizia a soffrire degli stessi sintomi e ricomincia la cura con i farmaci che, però, questa volta non funziona. Decide allora di rivolgersi a una terapeuta che le propone trattamenti rilassanti e di riequilibrio energetico. Inoltre, spiega il suo problema anche a uno di quegli uomini saggi, che in passato si era soliti chiamare guaritori. Lui le consiglia alcune erbe e le spiega che la causa può essere la presenza di uno spirito che le sta facendo del male. Anna si spaventa. Non sa più cosa fare per superare il suo problema, parla con gli amici e con il fidanzato e loro le consigliano qualche trattamento naturale. Un pomeriggio di autunno entra in un negozio di naturopatia e chiede se hanno qualche soluzione per la gastrite. «Aloe vera» le risponde la commessa, «è ottima per lo stomaco e per moltissimi altri problemi».

La storia di Anna è in parte realtà in parte finzione, è in parte la mia storia e quella che ognuno di voi vive ogni giorno grazie a un pluralismo assistenziale nel quale siamo profondamente immersi e che ha reso possibile la creazione di questa tesi.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

PREFAZIONE

Sull'attrazione per la magia

Ora che sono arrivata quasi alla fine, è giunto il momento di scrivere dell'inizio. Sicuramente non è un caso aver lasciato per ultima quest'incombenza. Non posso negare, infatti, che mi ha sempre creato un certo disagio trovare una risposta sufficientemente profonda alla domanda: «perché proprio questo tema»? La verità è che me lo sono chiesta tante volte e altrettante mi sono data una risposta diversa. Una parte di me è convinta che quest'attrazione per i rituali tradizionali e il potere femminile derivi dal ricordo di mia nonna, morta appena prima che iniziassi a fare ricerca su questo tema. Mia nonna aveva mani bellissime e l'aspetto un po' esotico. Non era la classica nonna italiana che cucina lasagne la domenica e riempie i nipoti di regali durante le feste comandate (e non), mia nonna era selvatica. Un po' come quella minuscola isola in mezzo al Lago Trasimeno dove è cresciuta; una piccola comunità fatta d'invidie, litigi e un amore viscerale per quella pozza d'acqua in mezzo all'Umbria che ha il potere mistico di separare la terra ferma da un luogo senza tempo che, ora, ha solo 18 abitanti. All'età di 85 anni, mia nonna aveva ancora lunghi capelli neri e a me e a mio padre ha sempre ricordato un po' le «Indiane d'America» che si vedono nei vecchi film *western*. Il suo aspetto esteriore, spesso stravagante, era accompagnato da un interesse speciale per le erbe e i rimedi tradizionali, temi sui quali leggeva e prendeva appunti in uno dei mille quadernini sparsi in quella casa satura di oggetti di ogni tipo. In particolare, i suoi due grandi amori erano rappresentati dalla buccia di banana, che aveva l'abitudine di mettersi tra le scapole, e l'aglio, per il quale aveva una specie di fissazione. A queste caratteristiche, già in parte singolari, si aggiungono i racconti di mia madre, alla quale spesso aveva segnato il malocchio da bambina, e le sue creazioni artigianali di pomate e creme a base di yogurt e altri alimenti che usava per idratare la pelle e prevenire le rughe. L'elemento cruciale, però, era rappresentato dal fatto che mia nonna sembrava non aver paura di niente, era come se fosse a conoscenza di una verità segreta, un qualcosa che in qualche modo evidenziava una specie di suo distacco dal mondo. Forse è proprio per questo che l'ho sempre considerata come una strega.

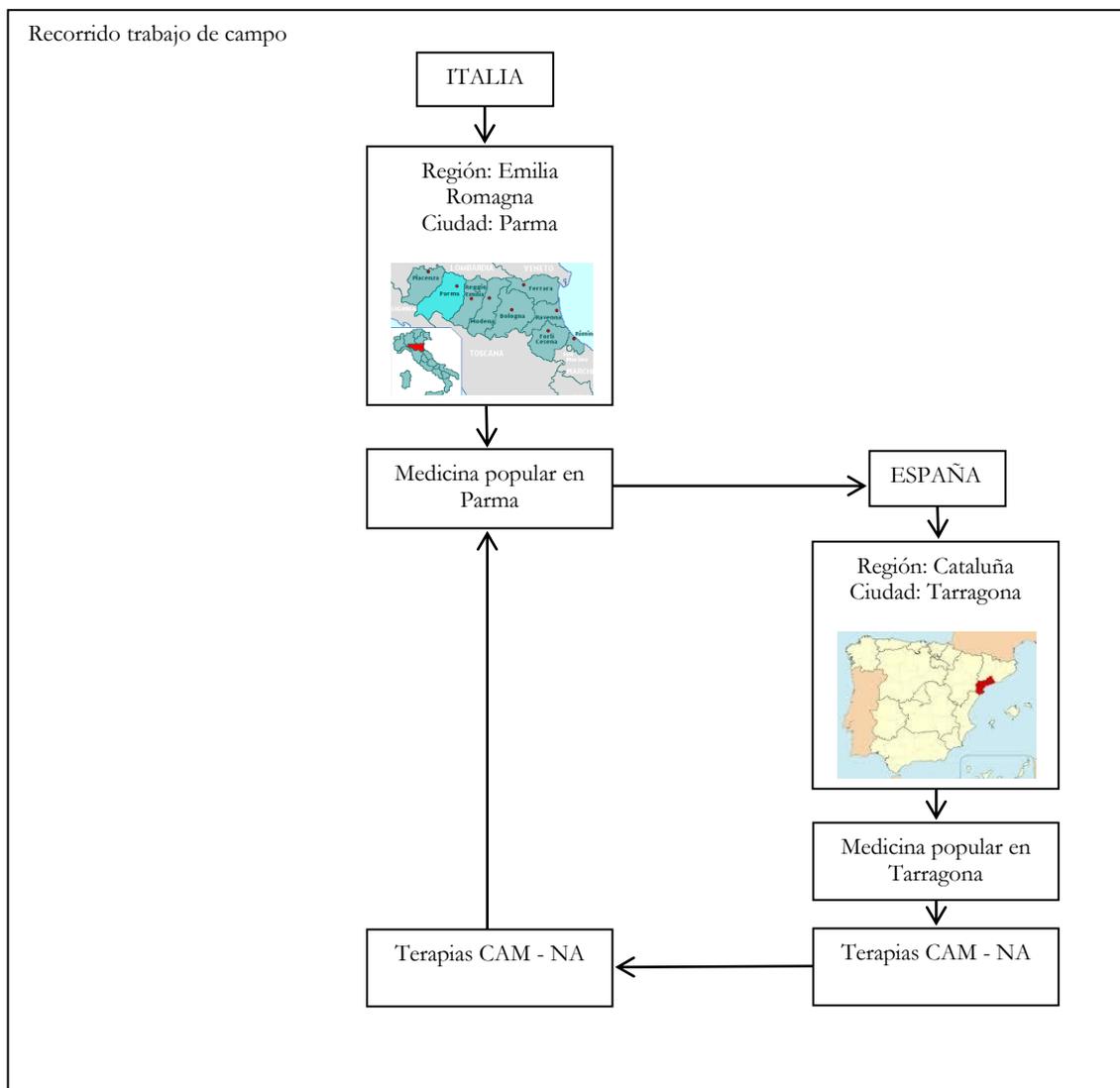
Accanto a questa versione però, ne esiste (almeno) un'altra, né nostalgica né sentimentale, che attribuisce l'origine di questa mia attrazione per il magico a un episodio bizzarro avvenuto ormai più di dieci anni fa. Era una notte d'inverno (e non poteva che essere così, queste cose non succedono il 15 d'agosto) quando con un paio di amici decidemmo di trascorrere la serata facendo una «seduta spiritica». Su un foglio di carta

riproducemmo le lettere dell'alfabeto e sopra vi sovrapponevamo un anello, che secondo i racconti, avrebbe dovuto iniziare a muoversi sul tabellone. Due di noi vi appoggiarono un dito e cominciarono a fare domande banali, in modalità film di Hollywood, tipo «ci sei?», «c'è qualcuno?». Dopo circa dieci minuti l'anello iniziò a «dare segnali di vita» e qualcosa dentro di me cambiò per sempre. Quella notte mi spinse a farmi domande su quello che potrebbe o non potrebbe esserci e su quello che il nostro cervello, a nostra insaputa, è in grado di fare e di riprodurre. Da allora, e soprattutto da quando cominciai questo studio, è come se me ne andassi in giro con una calamita nelle scarpe che attrae un gran numero di persone con esperienze simili alle mie. Questa spiegazione non mi è mai sembrata degna del mondo accademico però, forse, in determinati momenti è giusto minare l'inevitabile spocchia che aleggia su di esso. Se da un lato il rischio è quello di risultare ridicoli, dall'altro è sicuramente un modo per avvicinarsi a coloro che a noi si sono aperti e da noi si sono fatti analizzare. Penso che anche loro si meritino un po' di sincerità. Nel mio caso, quindi, non è del tutto sbagliato ammettere che buona parte di questo mio interesse verso la medicina popolare deriva da un'attrazione infantile verso la magia, l'ignoto e il «numinoso» (Otto, 1996) e, allo stesso tempo, da una certa dose di paura, né scientifica né razionale, di scoprire che forse i pazzi non sono quelli che sentono le voci, ma siamo noi che abbiamo smesso di sentirle.

Sulla struttura della tesi

Prima di entrare nel vivo della ricerca credo sia opportuno aiutare il lettore a orientarsi nei meandri di una tesi che non ha un oggetto di studio ben definito, né tantomeno un territorio esclusivo. Lo schema proposto riproduce l'iter che ho seguito durante il *trabajo de campo* e che spero serva a fare un po' di chiarezza sulle origini e lo sviluppo di questo lavoro. Il primo contatto con la medicina popolare coincide con la mia tesi di laurea sui guaritori tradizionali nel Parmense (città di Parma e provincia). Due anni più tardi sono passata a fare indagini sullo stesso tema nella città catalana di Tarragona. Fu in quel contesto che il mio studio cominciò ad ampliarsi e a includere, sotto l'evidenza dei dati di campo, le medicine alternative e complementari (CAM) e le terapie *New Age* (NA). Grazie all'apporto di questo materiale, potei tornare al mio «primo campo», alla ricerca di nuovi dati sul pluralismo assistenziale e su quello che ho denominato «settore parallelo di attenzione alla salute». Da quel momento in poi iniziò un periodo d'investigazione nei due paesi, fatto di spostamenti ridotti e continui, che dopo diversi mesi mi ha permesso di ripensare la

medicina popolare mediante le CAM - NA¹ e in questo modo di chiudere il cerchio dal quale ero partita. È così che prese forma la mia tesi di dottorato, divisa in otto capitoli più l'introduzione e le conclusioni.



Nella parte introduttiva recupero il concetto di pluralismo assistenziale e, con esso, il modello d'attenzione alla salute di Kleinman (1980) e quello di Haro (2000) che ripropongo con l'aggiunta di una prospettiva locale/globale, indispensabile per comprendere il panorama della pluralità delle cure nell'era della globalizzazione. Mi soffermo inoltre sul «settore parallelo di attenzione alla salute» che in Italia e Spagna è rappresentato dall'interazione tra medicina popolare (locale e globale), CAM, NA e terapie religiose (locali e globali).

¹ El acrónimo CAM – NA está a indicar el conjunto de medicinas alternativas y complementarias y terapias *New Age*. La sigla aparecerá más de una vez a lo largo de la tesis.

Nel primo capitolo mi focalizzo sulla storia del concetto di medicina popolare, approfondendo gli antecedenti terminologici, il ruolo del folklore medico e le differenze idiosincratiche tra Italia e Spagna (Emilia Romagna e Catalogna). In seguito, descrivo i meccanismi sociali e culturali che hanno favorito il cambio del modello, ovvero il passaggio dalla «medicina popolare in senso classico» alla «medicina popolare glo-locale». Tra questi meccanismi ci sono la globalizzazione, la secolarizzazione, l'emigrazione dalle campagne alle città, il processo di medicalizzazione e l'entrata della donna nel mercato del lavoro remunerato.

Il secondo capitolo è dedicato all'introduzione del movimento *New Age*, alle sue caratteristiche principali (definizione, credenze, diffusione), ai suoi antecedenti (swedenborgianesimo, spiritismo, mesmerismo, trascendentalismo, scienza cristiana, *new thought*, teosofia, parapsicologia e psicoanalisi) e alla relazione con le terapie olistiche. Analizzo, inoltre, il concetto di medicine alternative e complementari, la confusione che da esso deriva e la loro diffusione in Spagna e Italia. Infine mi concentro sulle caratteristiche comuni a tutti i trattamenti alternativi, in particolare sui concetti di energia e olistismo, sull'orientamento ecologico, sull'unicità dell'individuo, sul lessico morale e sul loro carattere di «alternatività». Presento infine il legame tra CAM e NA.

Il terzo capitolo raccoglie la metodologia e le prospettive teoriche. In esso ripercorro le origini di questo progetto, parlo dei luoghi che hanno fatto da sfondo alla ricerca, di Parma e Tarragona, del perché di questa scelta, delle difficoltà e delle ricchezze di un *trabajo de campo* «comparativo», del mio approccio con l'esotico e con le sue lingue. Descrivo, inoltre, le tecniche usate e i diversi approcci impiegati. Nell'ultima parte presento la parte teorica della tesi, inquadrata dentro alla corrente dell'antropologia medica critica e, in particolare, a quello che Martínez-Hernández (2011) definisce come «culturalismo crítico». Ripropongo il binomio gramsciano egemonia/subalternità e il concetto di «resistenza», mi soffermo sul recente paradigma della svolta ontologica (*el giro ontológico*) e sulla nozione di «agency degli spiriti» che servirà per l'analisi di fenomeni di trance, possessione ed esorcismo.

Il quarto capitolo è il primo in cui presento la ricerca sul campo. L'obiettivo è mettere in luce quello che è rimasto del «modello classico della medicina popolare». In esso, ripercorro le caratteristiche fondamentali della *segnatura* mediante determinate sindromi culturali, elementi simbolici ed empirici. Presento diversi casi di parallelismo tra i rituali catalani ed emiliani e inizio a introdurre quel legame tra medicina popolare e CAM – NA mediante i concetti di *body ecologic* (1999) e di analogia.

Il quinto capitolo si centra su Josep e Catia, due guaritori/terapeuti in bilico tra il «mondo popolare» e quello «alternativo». Queste due figure sono fondamentali giacché esempio di diálogo, reinterpretazione e reintroduzione delle terapie tradizionali mediante le CAM – NA e viceversa. I casi di studio di questi due informanti chiave mi ha consentito, inoltre, di approfondire il legame tra uomini e spiriti. Seguendo il «teismo metodologico» di Claverie (2003) e Piette (2003) ho interpretando questi ultimi come attori sociali in possesso di un *agency* che si ripercuote sulla vita dei miei informanti (a livello fenomenologico, sociale e morale).

Il sesto capitolo sviluppa la storia di Vittorio che, dopo un periodo di sofferenza fisica e psicologica dovuta all'abuso di droghe pesanti, è riuscito a «rincorporarsi nel mondo» proprio mediante le CAM - NA. Il nuovo paradigma presenta però una doppia faccia e, se assunto nella sua totalità, rischia di trasformarsi in una nuova fonte d'isolamento e di stigma.

Il settimo si centra in un altro caso di sofferenza, quello di Sol che dopo vent'anni di «depressione» è riuscita a superare «la tristezza cronica» grazie all'aiuto di Mercedes. Le due donne rappresentano i poli opposti di uno stesso panorama, se da una parte Sol incarna «la nuova crisi della presenza moderna», frutto della violenza strutturale e sociale e della «tentazione dell'innocenza» (Bruckner, 1996) della società capitalista, Mercedes rappresenta il leader carismatico che spinge all'ottimismo e all'azione. Come per Vittorio, il pericolo giace nell'assuefazione completa a un nuovo modello che da rifugio può convertirsi in una forma di settarismo.

Infine, l'ottavo e ultimo capitolo ha lo scopo di espandere ancora di più il panorama del pluralismo assistenziale, dando spunti per nuove ricerche, come il recupero della medicina popolare attraverso le reti sociali e il *cyberspace*, la «medicina popolare glo-local», la importanza delle CAM - NA in situazioni di sofferenza sociale e anomia. Tutto questo materiale sarà poi recuperato nelle considerazioni finali che faranno dialogare gli elementi micro e macro del sociale, ricostruendo una visione della medicina popolare e del pluralismo assistenziale che la accompagna.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

DE LO GENERAL A LO PARTICULAR

Prima della nascita dell'Occidente e ancora oggi alla periferia dell'Occidente, le società tendevano a privilegiare l'ordine del tutto rispetto alla progettualità dei singoli individui, il cui diritto d'esistenza trovava riconoscimento nella loro conformità a quell'ordine.

Umberto Galimberti

Psiche e techne.

L'uomo nell'età della tecnica

(2007, p. 525)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Pluralismo asistencial, modelos y sistema de atención a la salud

Luis García Ballester proponía el concepto de «medicina sistemática» para etiquetar aquellas tradiciones médicas que disponen de un corpus escrito y de las cuales se conservan fuentes históricas remotas que permitieron, de alguna forma, «fijar» su tradición. Las más conocidas son la medicina hipocrático-galénica y sus secuelas actuales (Laín Entralgo, 1972),² la medicina tradicional china (Hsu, 1999; Sivin, 1987)³ y el Ayurveda (Zimmermann, 1989; Langford, 2002).⁴ Esa documentación fue sistematizada por sus mismos actores, es decir, por sus llamémosles «sanadores». Junto a ellas, se hallan aquellas medicinas cuya descripción debemos a médicos, folkloristas, misioneros, etnógrafos y antropólogos. Este conjunto de prácticas y saberes inscritos en la memoria oral de la población fueron catalogados de distintas formas, como veremos más adelante, y a menudo como fruto del sincretismo. Ackerknecht (1985) trató de definir la *folkmedicina* como una mezcla de medicina primitiva (10%), galenismo (50%) y tecnología moderna mal entendida (40%). Bajo esta definición, el carácter híbrido de la medicina popular acabó por enfrentarse con hipotéticos sistemas médicos puros, cuya existencia es altamente utópica, puesto que ya en la Edad Antigua hubo intercambios y «contaminaciones» y no se volvieron sistemáticos a comenzar de la Edad Media. Sin embargo, muchos autores prefirieron excluir voluntariamente los elementos de contacto entre los distintos sectores implicados en el proceso de salud/enfermedad/atención (s/e/a) (Menéndez, 1981). Pitrè (1896) es un buen ejemplo de ello. Aunque el médico siciliano conjugó una mirada clínica y una mirada *folk*,

² Considerada la amplísima bibliografía sobre medicina occidental, la monumental obra de Laín Entralgo puede ser un buen punto de partida para acercarse a esta temática.

³ La medicina china tiene alrededor de 5000 años de historia, se basa principalmente en el concepto de energía vital (qi), en la doctrina de los 5 elementos (madera, fuego, tierra, metal, agua) y en las nociones de Yin y Yang que, juntas, representan el principio de oposición que permea el universo. Femenidad, frío, oscuridad y negativo son algunos componentes Yin, mientras que masculinidad, caliente, luz y positividad son Yang. Cada principio no puede existir sin su contrario, así que en la naturaleza no existe ni un elemento que sea solo Ying o solo Yang (Gordon Melton et al., 1991). A nivel de prácticas terapéuticas la medicina china emplea métodos externos (acupuntura, moxibustión, tai chi, entre otros) e internos (dietas, farmacopeas, qigong y meditación). Fue durante el periodo de la China comunista que este sistema médico empezó a difundirse en el mundo occidental y que se acuñó la expresión medicina tradicional china (TCM) (K. Taylor, 2005). En el contexto hispanohablante se suele emplear el acrónimo MTC.

⁴ El término Ayurveda deriva del sanscrito *ayus* (vida) y *veda* (conocimiento) e indica la «ciencia del conocimiento de la duración de la vida» o la «ciencia del conocimiento de la vida en su duración». Según el Ayurveda la realidad deriva de la combinación de los 5 elementos (aire, espacio, fuego, agua y tierra) y la vida se considera como una interacción continua entre cuerpo, mente, anima y órganos de sentido (Roberti et al., 2012). Los cinco elementos son ingeridos mediante la comida y transformados en las 7 componentes del cuerpo (plasma o nutriente, sangre, tejido muscular, tejido óseo, tejido medular, semen) que, a su vez, contiene 3 humores (*dosas*). El abuso de un determinado humor puede dañar a una o más de los 7 componentes, por esta razón es importante que estos permanezcan en equilibrio (Samhita & Wujastyk, 2001).

para su nosografía «popular» de Sicilia, no hizo patente en ningún momento la presencia de «hábitos mixtos» de la población, que bebían simultáneamente de más de un sistema médico. Mallart (1992) en cambio, no negó la existencia de préstamos entre biomedicina y terapéutica popular *evozuké* pero, por razones metodológicas, decidió prescindir de ella. El planteamiento original de esta tesis era inicialmente algo parecido, pues el eje inicial era la medicina popular. Por otra parte, a medida que profundicé en el trabajo de campo, los datos evidenciaron una tan profunda relación entre tratamientos *folk* y CAM – NA, que ha sido imposible prescindir de ellas y del pluralismo en el que conviven.

La noción de «pluralismo» que surgió durante el periodo tardo colonial, venía a significar «*the articulation of non-competing groups based on ethnicity and/or religion*» (Bakx, 1991, p. 27) para indicar que cada sociedad (por exótica que fuese) posee sus propias costumbres, hábitos, leyes y elementos culturales. Fruto del positivismo, el pluralismo a menudo se reducía a una comparación entre «moderno» y «tradicional», «desarrollado» y «primitivo». Esto se evidenció particularmente en el campo sanitario, donde la medicina científica se opuso a la medicina indígena con el objetivo de eliminar todas las posibles alternativas e imponer la hegemonía biomédica (de Martino, 1948; Cirese, 1973; Menéndez, 1981). Sin embargo, la utilización de una diversidad de instancias asistenciales y terapéuticas era habitual en el mundo antiguo (Perdiguero-Gil, 2004).

Para describir el solapamiento entre diferentes formas de atención y defensa de la salud, los científicos sociales han empleado términos como «pluralismo médico», «pluralismo terapéutico», «pluralismo de las curas» y, más recientemente, «pluralismo asistencial» (Comelles, Alemany, & Francès, 2013; Comelles & Perdiguero-Gil, 2014; Perdiguero-Gil, 2004a), una expresión con la cual se intenta, de alguna forma, «desmedicalizar», e incluso «des –terapeutizar» -puesto que incluye prácticas de cuidado- y con la cual se pretende, a la vez, superar la mirada individualista, a favor de la colectiva. Los primeros trabajos específicos sobre el tema son de los años sesenta-setenta y dieron lugar a algunos clásicos como los libros de Leslie (1976), Janzen (1978), Rhodes (1980), Kleinman (1980) y Menéndez (1981) que muestran la existencia y el empleo simultáneo, por parte de la población, de distintos sistemas de atención a la salud. Estos autores ponen el acento principalmente en la coexistencia de modelos distintos e «itinerarios terapéuticos»⁵ plurales. Algunos años más tarde, Nichter (1996) trasladó el énfasis al punto de vista de los pacientes

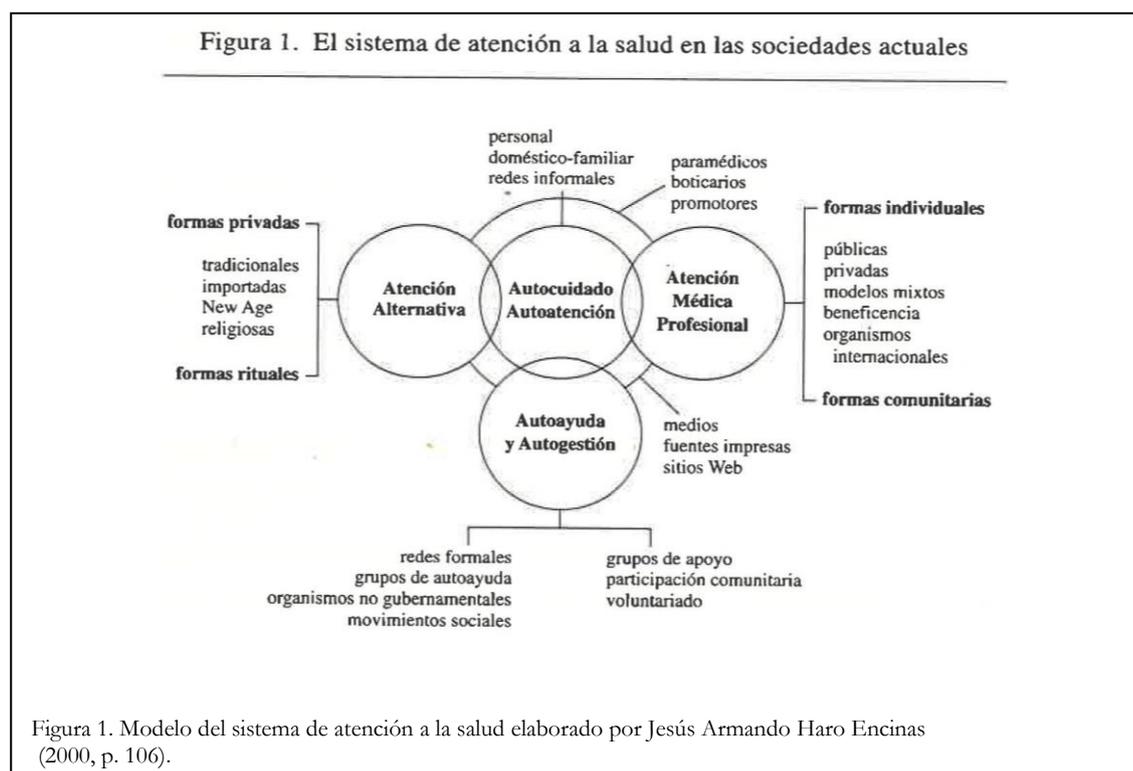
⁵ Tanto como la expresión «pluralismo terapéutico», también aquella de «itinerario terapéutico» enfatiza la dimensión individual y clínica del proceso, excluyendo el aspecto del cuidado que, en cambio, está presente en el concepto de «asistencia».

y a lo que, efectivamente, estos hacen en su cotidianidad para prevenir, curar y mejorar su estado de salud.

A finales de los setenta Kleinman (1980)⁶ propuso un modelo basado en el solapamiento de tres sectores: el profesional, el popular y el *folke*. Según él, esos tres componentes estarían siempre presentes, a pesar de las variables sociales, culturales y ambientales, siendo su contenido el elemento de cambio. La Biomedicina (en Occidente), la TCM (en China) y el Ayurveda (en India) serían los ejemplos de la que puede definirse como medicina «profesionalizada», aplicada por profesionales reconocidos. Este sector *professional* cambia e incorpora terapias pertenecientes a uno o a más sistemas de salud como sucede en la actualidad con la acupuntura. En oposición al primero, el sector *folke* está representado por el ámbito «no oficial»; incluye todas aquellas figuras (chamanes, curanderos y hueseros, entre otros) o remedios (medicina tradicional, religiosa, mágica y simbólica) legalmente no reconocidos, pero que son igualmente empleados. Por último, el sector *popular* hace referencia a los diversos niveles (individual, familiar, comunitario) entre los cuales se desarrolla el sistema de autoatención (Menéndez, 1981). Según Dei (2014), mediante este modelo se evidencian tres aspectos fundamentales: la presencia del pluralismo terapéutico en la mayoría de las sociedades; la intersección de los distintos sistemas y usos (sobre todo por parte de los pacientes) y la idea que todos los saberes y las prácticas, también las más compactas, se absorben sobre la base de la cultura o de las culturas populares.

A pesar de lo interesante de la propuesta de Kleinman, treinta años más tarde, Idoyaga Molina (2005, p. 115-116) considera que esta tripartición ya «no refleja la totalidad y complejidad de la oferta médica, así como no permite dilucidar a qué sectores va dirigida». La razón tiene que ver con los cambios globales y la incidencia de la actual etapa del proceso de medicalización, al cual haré amplia referencia más adelante, en la que la hegemonía discursiva recae en los medios de comunicación y en Internet. De hecho, si bien la primera fase se dio como hecho local y la segunda como hecho estatal, la tercera llegó a asumir una dimensión global. Esta fase se consolidó a finales del siglo XX, pero empezó, entre otras cosas, como una tentativa de coordinar internacionalmente la salud a partir de la *International Union for Health Promotion and Education* y de la conferencia de Alma Ata (1978).

⁶ Esta denominación se utiliza para indicar un grupo de estudios de la Universidad de Harvard que en los años setenta fundaron la antropología médica.



En las últimas décadas, el aumento de la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad infantil y de las enfermedades infecciosas ha implicado un cambio en la forma de gestionar la enfermedad (Comelles, Egbe, & Alegre, 2017).

Asimismo, el papel de los medios (radio, televisión, Internet) ha reducido el poder autoritario del médico, permitiendo el desarrollo de los sectores alternativos y de la autoatención. Por último, cabe mencionar que si bien, por un lado, la sociedad está sumergida dentro de un mundo cada día más global, por el otro, sigue enfrentándose y relacionándose con un contexto local. Para analizar el pluralismo asistencial hoy en día se debe tener en cuenta un mayor número de factores y variables; esto es lo que intentó hacer Haro Encinas (2000) veinte años después. Sobre la base de Kleinman, y a partir de la influencia de Eduardo Menéndez, el médico y antropólogo mexicano ideó otro modelo de sistema de atención a la salud. En concreto, Haro se centra en la atención no profesional de la salud, lo que ha sido denominado como «cuidado lego» (*health lay care*) o «cuidado profano», un sistema que no se estriba exclusivamente en el concepto de terapia, sino que involucra las actividades que se mueven alrededor del concepto de *care*. Estas comprenden el cuidado rutinario de nosotros mismos, la activación de relaciones familiares y sociales, la prevención, el autotratamiento y, en general, todas aquellas tareas relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional. Como se puede apreciar en la figura 1., Haro ubica en el centro el autocuidado/autoatención que, a su vez, se solapa con la autoayuda/autogestión (redes formales, organismos no gubernamentales, grupos de

autoayuda, movimientos sociales por un lado y grupos de apoyo y voluntariado, por el otro), con la atención médica profesional (pública o privada) y la atención alternativa (tradicional, importada, *New Age* y religiosa) en forma privada o ritual. Los «cuidados legos» se dan en los primeros dos sectores (autoatención y autoayuda) y los profesionales en los otros (profesional y alternativo). El autor hace referencia también a otras herramientas que la población emplea para resolver dudas, solventar problemas, informarse o prevenir enfermedades, como el uso de medios, fuentes impresas, páginas web, así como la consulta de redes informales, paramédicos, boticarios y promotores. Si por un lado sigue centrando la atención sobre el autocuidado (*self-care*), por el otro, el autor añade la dimensión de la autoayuda (*self-help*) y considera una variedad más amplia de alternativas. Este modelo resulta más adecuado al periodo actual (por lo menos para Italia y España) aunque: «valga decir que la noción de modelo, que aquí compartimos, consiste en un instrumento teórico-conceptual aproximativo a una realidad empírica que es mucho más rica y compleja» (Haro, 2000, p. 107). En mi opinión, a pesar de la mayor o menor riqueza de herramientas de atención a la salud tomadas en consideración, el problema principal de ambos modelos recae principalmente en el sector *folk* que acabaría por incorporar una vasta cantidad de terapias heterogéneas, agrupadas únicamente por su oposición con el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988). Podríamos preguntarnos ¿qué sucede cuando algunas de las terapias no institucionalizadas empiezan a formar parte del sistema oficial, como es el caso de *les matrones* tradicionales en Benin (Dozon, 2000), de las parteras empíricas en Honduras (Valle, 2000) o del *acupuncturist* en Suiza y en Malta (Fønnebo, Falkenberg, et al., 2012a)? Aunque estas figuras pasen a ser parte del sector profesional, siguen siendo portadoras de creencias y saberes que, etnocéntricamente hablando, continúan resultando marginales. Entonces ¿a cuál sector podrían pertenecer? ¿El formar parte del ámbito *professional* depende exclusivamente del reconocimiento de una terapia en términos legales o también de las percepciones de la población? Por ejemplo, si preguntara a un suizo dónde colocaría la acupuntura, éste ¿qué me contestaría? ¿Qué sucede, además, cuando estos términos son ambiguos, es decir, cuando hay una regulación para un determinado tratamiento, pero no hay una regulación de la profesión?

Hablando en estos términos, la noción de pluralismo asistencial acaba por ser un instrumento que vislumbra dinámicas de poder y hegemonía (Baer, Hans A., Singer, Merrill, Susser 2003). A tal propósito, según Schirripa y Vulpiani «*parlare delle relazioni tra medicine tradizionali e biomedicina significa riproporre il problema dei rapporti storici di potere e dominio che sono intercorsi tra l'Occidente, da una parte, e il continente africano, asiatico e latinoamericano dall'altra*»

(Schirripa & Vulpiani, 2000, p. 8). Aunque diferentes formas de atender a la salud están presentes en todas las sociedades, la manera en que se relacionan entre ellas es indudablemente distinta. Donde la biomedicina no es capaz de atender a la mayoría de la población, por ejemplo, se ha propuesto y aceptado una colaboración entre lo tradicional y lo oficial. ¿Pero hasta qué punto esta recuperación implica una verdadera voluntad de diálogo y no simplemente una nueva tentativa de control y subordinación de la biomedicina hacia las otras formas de atender a la salud? Resulta paradójico, además, que a menudo las prácticas que se incorporan y recuperan son propiamente las que están basadas en la eficacia empírica y mecánica no lejana (o igual) que está en la base de la biomedicina (Dozon, 2000). Esto conlleva una valorización a medias (o nula) de los otros sectores, que recoge lo que le interesa y desecha lo que no logra entender. Según Sjaak van der Geest (2000) no es posible una verdadera fusión entre dos sistemas sin que se pierda la identidad de aquello que es estructuralmente inferior, así que, tendríamos que preguntarnos si vale realmente la pena una integración bajo estas condiciones. De aquí la contradicción que sucede muchas veces: quien intenta defender y empoderar la medicina indígena, en realidad, está contribuyendo sin querer a su desaparición.

Para avanzar en esta dirección, el antropólogo estadounidense Csordas ha acuñado una nueva expresión, la de *fractal pluralism*, para referirse a un pluralismo «*not only among but within religions*» que «*identifies parallel forms of practice at equivalent levels of generality that occupy an equivalent existential niche*» (Csordas, 2014, p. 127). Según él, el *fractal pluralism* no debe reducirse exclusivamente a la religión, sino que su sentido se expande también al ámbito de la medicina. Pone el ejemplo de los movimientos pan-indígenas o neo-chamánicos, en los que se aproximan o fusionan rasgos pertenecientes a tradiciones distintas (como la medicina tradicional y las terapias *New Age*) en una única corriente, para subrayar que la coexistencia de una pluralidad de terapias no implica, necesariamente, un pluralismo.

De este discurso salta a la vista que la complejidad de la realidad actual no permite la creación de un modelo realmente exhaustivo y pertinente, sobre todo porque, aunque decidiéramos centrarnos exclusivamente en Occidente⁷, la situación es altamente variable

⁷ A lo largo de la tesis el concepto de «Occidente» aparecerá muchas veces, con ello me refiero sobre todo a Europa y Norte América y a aquellos países con características similares desde un punto de vista económico y social, como pueden ser Australia y Nueva Zelanda. El término ha sido largamente criticado, sobre todo por parte de Edward Said (1978) que evidenciaba sus connotaciones coloniales y dominantes. No se puede negar que la categoría denote un etnocentrismo de fondo y que, al fin y al cabo, acabe incorporado principalmente a aquellos países que en el pasado se definían como «primer mundo». Sin embargo, creo que la crítica a un determinado tipo de sociedad occidental que se desarrolla a lo largo de la tesis puede llegar a justificar su uso, puesto que ésta se dirige propiamente a aquellos contextos «dominantes» y «hegemónicos» y no tanto a su posición geográfica.

de país a país. En consecuencia, hay que considerar el pluralismo en contextos culturales bien determinados. Desde esa perspectiva se han llevado a cabo algunas investigaciones, tanto en España⁸ como en Italia.⁹

Un entorno plural



Figuras 2-3. Spa express con «tratamientos de medicina alternativa» en el aeropuerto de Barcelona El Prat. Fotografías propias.

Si miramos a nuestro alrededor, los indicadores del pluralismo asistencial están a la vista y son propiamente los espacios «profanos» el lugar perfecto para su visibilidad. Las figuras 2 y 3, por ejemplo, son fotografías que saqué en el aeropuerto del Prat de Barcelona durante uno de los numerosos viajes hacia Italia; representan la imagen de un *spa express* situado en la zona de embarques de la Terminal 2. Me pregunté por qué la empresa había decidido

⁸ Según Perdiguero-Gil (2004a; 2004) en España la mayoría de los trabajos de historiografía médica se han centrado especialmente en los saberes y las prácticas biomédicas, mientras que los antropológicos y etnográficos han explorado la realidad de curanderos y sanadores populares, sobre todo mediante estudios circunscritos a nivel regional en Cataluña (Granero Xiberta, 1982; Martí i Pérez, 1992; Valdés, 1976), Andalucía (McLane, 1980; Press, 1980), Galicia (Lisón Tolosana, 1979, 1980, 1990a, 1990b; Lis Quibén, 1949), Extremadura (Gallardo de Álvarez, 1945; Ramón y Fernández Oxea, 1952), País Vasco (Barriola, 1952; Erkoreka, 1988) y Comunidad Valenciana (Perdiguero-Gil, 1996), entre otras. Aunque sigue sin haber mucho material al respecto, desde la segunda mitad de los noventa aparecieron trabajos de investigación sobre terapias alternativas (Perdiguero-Gil & Tosal, 2007), centrados especialmente en Cataluña (Pardo Jávega, 1996; Rosselló, 2011; Comelles et al., 2013) y *Medicina y Etnografía en Cataluña* (Perdiguero-Gil & Comelles, 2015).

⁹ El pluralismo asistencial ha sido clave en el desarrollo de la antropología médica italiana que, heredera de Ernesto de Martino y llevada adelante por Tullio Seppilli y sus discípulos (Clara Gallini, Paolo Bartoli, Paola Falteri, Mariella Pandolfi, Giovanni Pizza, Fabio Dei, entre otros), desde los años cincuenta hasta los años noventa, publicó una amplia bibliografía etnográfica enfocada en el «mundo mágico» (de Martino, 1948) y en la medicina popular (de Martino, 1959, 1961; Seppilli, 1983, 1989; Bartoli & Falteri, 1983, 1987; Bartoli, Falteri, Loux, & Saillant, 1997; Di Nola, 1983a; Guggino, 1978, 1986; Gallini, 1988). Más recientemente se han editado textos relativos al surgimiento del *New Age* y al nuevo auge del esoterismo (Gatto Trocchi, 1990) y algunos antropólogos han empezado a interesarse por el sector de las medicinas alternativas y complementarias (Dei 1996, 2012, 2014). Sin embargo, también en Italia hace falta incrementar los datos empíricos y etnográficos para poder arrojar luz sobre la complejidad del panorama terapéutico actual.

colocar una mini-estructura móvil donde experimentar tratamientos alternativos de relajación y bienestar oriental en un aeropuerto. Me respondí que principalmente debía ser una cuestión de *marketing* y visibilidad. El aeropuerto no solo representa un lugar de paso en sí, sino también de «paso multicultural». El *spa express* acaba llamando la atención tanto de los usuarios habituales de las terapias alternativas, para los que no habrá nada de extraño en un masaje hindú o un tratamiento de reflexología (excepto, probablemente, recibirlo en un aeropuerto), como de aquellos occidentales intrigados por la exotividad de un espacio inusual (o aburridos por la espera). Es justamente para este público que la instalación toma el nombre de *spa* (podría haberse llamado centro, espacio o cualquier otro término), un concepto de moda últimamente en Europa que apela un determinado colectivo y, efectivamente, un determinado estatus social.



Figuras 4-5. Despacho de medicina tradicional china. Covered Market - Oxford (UK).
Fotografías propias.

Centros de medicinas alternativas se encuentran a menudo en estos «no lugares» (Augé, 1992) que atraen turistas, extranjeros o simplemente grandes cantidades de gente. En el *Covered Market* de Oxford, el mercado central de la ciudad, encontramos algunos rincones donde la conjunción entre folklore local y tradiciones orientales evidencian el pluralismo terapéutico. Justo al lado de animales despellejados, verdura fresca con precios prohibitivos y tiendas de *souvenirs*, se halla una pequeña clínica de medicina china (véase figuras 4 y 5), cuyos colores recuerdan más la casa de mazapán de Hansel y Gretel que un centro de salud y que, quizás justamente por este motivo, invita a entrar. Fuera del despacho, en la pared, hay una lista con un gran elenco de enfermedades y padecimientos que pueden tratarse con medicina china: dolores e inflamaciones musculares o del aparato locomotor (lumbalgia, ciática, entre otros), aficciones del aparato respiratorio (asma), *stress*, problemas de la piel,

del pelo y una larga variedad de afecciones sexuales (infertilidad, impotencia, eyaculación precoz). Ver este listado entre las pequeñas calles del mercado cubierto de Oxford, me evocó aquellas tarjetitas de los curanderos africanos (que veremos con más profundidad en el último capítulo) que afirman poder curar un vasto conjunto de dolencias, entre las cuales hay enfermedades *folk* (mal de ojo), psiquiátricas (depresión) y sexuales.

Por último, la Feria Medieval de Montblanc en Tarragona. Allí, entre numerosos productos de artesanías y gastronomía del mercado montado para el evento, me llamó



Figuras 6-7. Remedios de hierbas. Feria Medieval de Montblanc (Tarragona) (2017).
Fotografía propias.

la atención la parada que se puede ver en las figuras 6 y 7. Un ejemplo evidente del pluralismo. Si bien el tipo de remedio empírico que se vende bajo la forma de hierbas recae dentro del sector tradicional, la clasificación nosológica es en buena parte biomédica. El panorama que se presenta es, entonces, «lo que está contribuyendo a disolver el dualismo clásico entre medicina *folk* y medicina *científica*» (Comelles, Egbe, et al., 2017, p. 250). Asimismo, se inserta dentro de un proceso de mercantilización de la salud a través del cual se llega, casi, a desear alguna de las aflicciones por lo bonito que parece su remedio.

El sector paralelo de atención a la salud

La categoría analítica de «sector paralelo de atención a la salud» (SPAS) la he definido como todas aquellas prácticas y creencias de prevención, defensa y cura de la salud que se emplean (en Occidente), de forma paralela y/o complementaria a la biomedicina. Respecto al término «*folk*», empleado por Kleinman (1980) y normalmente asociado con las terapias de medicina tradicional, el chamanismo y la religiosidad popular, y el término «alternativo», que evoca principalmente a las CAM, el adjetivo «paralelo» es necesario por su neutralidad. En Italia y en España, los grandes bloques de este sector son: «medicina popular», «medicinas alternativas y complementarias» (CAM), «terapias *New Age*» y «terapias de sanación religiosas». Este último componente no forma directamente parte de la investigación, puesto que no desarrollé trabajo de campo entre los representantes de las

religiones oficiales. Sin embargo, creencias y prácticas cargadas de simbolismo religioso y espiritual aparecen a lo largo de todo el trabajo. Con el término «local» me refiero a aquellas prácticas terapéuticas empleadas por parte de la población hace décadas (o incluso siglos) y,

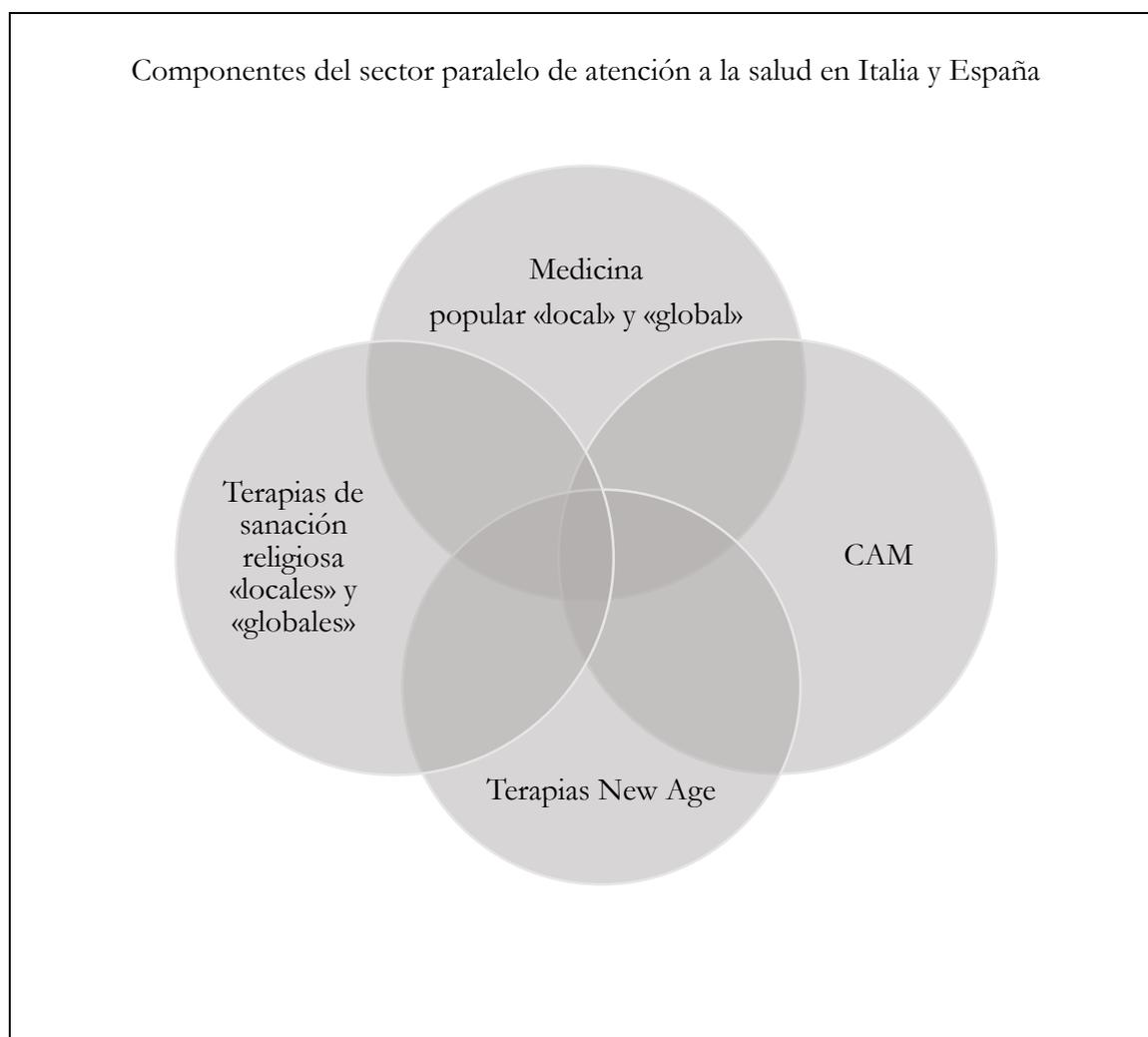


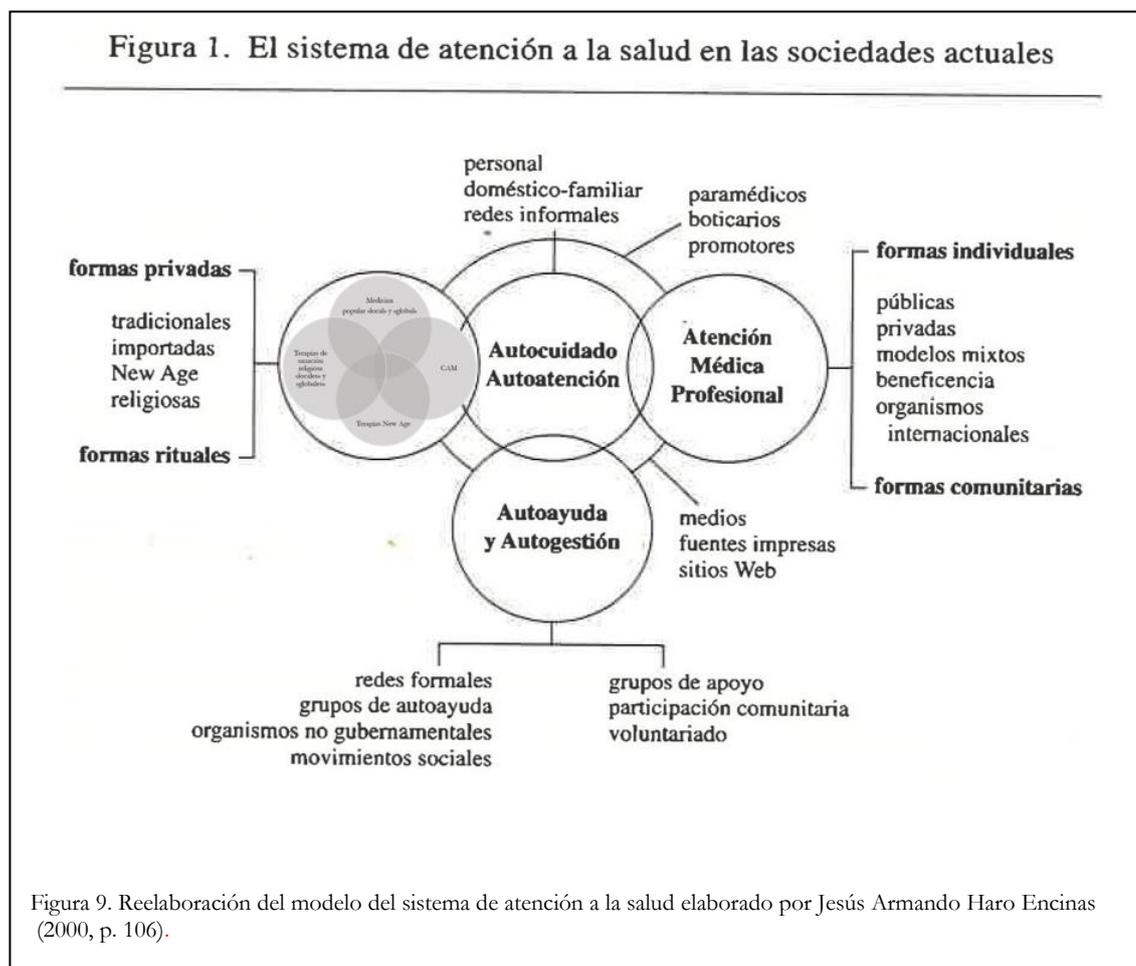
Figura 8. Elaboración propia de las componentes del sistema paralelo de atención a la salud.

por ende, documentadas por fuentes históricas, etnográficas o folklóricas, así como de memoria oral que puedan confirmar su presencia en las épocas pasadas. Con el término «global» aludo, en cambio, a la presencia de prácticas o tratamientos que han llegado a España o Italia a través de la inmigración «reciente» y el proceso de globalización y que pertenecen «originariamente» (a pesar del porcentaje de sincretismo implícito en cada terapia) a otro contexto. Dentro de la medicina popular local catalana entraría, por ejemplo, el ritual de *l'airada*, y a nivel global los rituales de los curanderos africanos.

El mismo planteamiento vale para las terapias de origen religiosa que no forman parte de la que ha sido la corriente dominante (el cristianismo católico). Si bien la pluralidad

de tratamientos es mucho más amplia que aquella representada por el binomio local/global, creo que en el panorama actual no se puedan ignorar las consecuencias de determinados procesos sociales. Este mismo discurso se hace aún más complicado al hablar de los otros dos sectores. Las CAM recogen una gran variedad de creencias, sistemas médicos y terapias muy heterogéneas. Si bien la mayoría tiene su origen en el mundo oriental, otras se generaron en contexto europeo o estadounidense y otras pocas representan la institucionalización de herramientas tradicionales de defensa de la salud presentes en todo el mundo (véase la tabla en el capítulo 2). Así que, si se tuviera que reproducir el modelo SPAS relativo, por ejemplo, a Alemania donde nació la homeopatía, se podría hablar de una división local/global también en el sector de las CAM. Asimismo, las terapias *New Age* surgieron sobre la base de corrientes marginales (espiritismo, mesmerismo, transcendentalismo, entre otras), pero se consideran originarias de los Estados Unidos.

Los cuatro bloques poseen, evidentemente, puntos de encuentro y solapamiento entre ellos. El uso de hierbas y plantas como forma de mantenimiento del bienestar psicofísico, por ejemplo, forma parte de la medicina popular (local y global), y de algunos tratamientos alternativos (fitoterapia, flores de Bach), y lo mismo vale para la imposición de



manos (que en las CAM se suele presentar bajo la forma del Reiki). A la vez, la mediumnidad, la *New Age* y medicina popular; y la oración, en cuanto instrumento para pedir ayuda a una fuerza trascendente, representa un elemento presente en todos los componentes del «sector paralelo». Esto no quiere decir que la totalidad de los rituales y prácticas de medicina popular exploten la oración, el uso de hierbas y la imposición de manos, puesto que hay un componente idiosincrático muy pronunciado. Cabe especificar, que el número y tipo de bloques puede variar según el contexto social y país investigado.

En la figura 9 presento la reelaboración del gráfico propuesto por Haro con la superposición del SPAS que se acabaría colocando en lugar de lo que él denomina como «atención alternativa». En él, es posible ver también qué relaciones entretiene el SPAS con la atención médica profesional, la autoatención y la autoayuda. A pesar de las ya descritas problemáticas que conllevan los modelos de atención a la salud, y su categorización, me encuentro frente a la necesidad de limitar el espacio social en el cual he desarrollado la investigación. Lo que aquí propongo, entonces, es una herramienta clarificadora de las prácticas de atención paralelas llevadas a cabo en Italia y España y aún más en concreto *Emilia Romagna* y Cataluña.

CAPÍTULO I. LA MEDICINA POPULAR

La ragione è come la magia, la mitologia e la religione, un insieme di regole che fondano un ordine che vale nella misura del consenso che riscuote.

Dove c'è consenso nelle regole della ragione, la ragione funziona, dove c'è consenso nelle regole della magia, funziona la magia.

L'efficacia di entrambe non è nel contenuto, ma nel consenso che una comunità storica gli affida.

Umberto Galimberti,
Introduzione a *Sud e Magia*
(2001, p. X)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Medicina popular: el origen de un concepto

Antecedentes terminológicos: errores, ethnic disorder, folk illness y preocupaciones

En un reciente capítulo del libro *Educación, comunicación y salud* (Comelles & Perdiguer-Gil, 2016), Comelles revisa el uso de distintos conceptos empleados, históricamente, para describir signos y síntomas en contextos culturales distintos. El autor se centra en la terminología desarrollada desde el siglo XVI para calificar enfermedades y padecimientos: «errores», «*préjugés*» (prejuicios) y «supersticiones». Estos fueron términos que, entre otros, los intelectuales solían utilizar para indicar las prácticas consideradas absurdas, vulgares, e incluso peligrosas, llevadas a cabo por el pueblo. En muchos de los ejemplos recogidos en el texto¹⁰ (que van del 1578 al 1898), los errores se presentan como una colección de datos y de observaciones de carácter etnográfico, que empiezan a hacer patente el discurso dual, que con el tiempo llevará a la hegemonía de la biomedicina, entre «prácticas buenas» y «prácticas malas».

Durante la época colonial esta distinción pasó a caracterizar la medicina de los pueblos indígenas y surgieron nociones como «patología étnica» (Boudin 1848), «patología comparada» (Boudin, 1861) y «geografía médica»¹¹ (Boudin, 1843). Con estos términos el médico militar Boudin hace referencia sobre todo a datos antropométricos, estadísticos, a diferencias raciales y al concepto de difusión de las enfermedades en concomitancia con determinados condicionantes geográficos (altitud, aguas, vientos, humedad, entre otros). Su objetivo era únicamente el de formar a los médicos militares y coloniales desde un punto de vista clínico e higiénico, sin tener en cuenta elemento etnográfico alguno, cosa que en cambio caracterizó el concepto de «patología histórico-geográfica» de Hirsh (1883[1860]), que fue formulado tras un conjunto de observaciones de carácter antropológico. La expresión de «patología étnica» fue empleada también por el médico alemán Kuczynski (1924, 1925), aunque sin llegar a plantear una teoría médica bien definida. La forma que éste tenía de considerar la patología era bastante innovadora para su época, según él «el

¹⁰ Algunos de los textos citados por Comelles son: *Traité des erreurs populaires sur la santé...* (Bienville, 1775), *Des erreurs et préjugés populaires en médecine* (Chatelain, 1865), *Essai sur les préjugés, ou, De l'influence des opinions sur les mœurs & sur le bonheur des hommes: Ouvrage contenant l'apologie de la philosophie* (Holbach, 1770), *Erreurs populaires sur la médecine* (Ilharce, 1783) y *Las preocupaciones en Medicina. Conocimientos útiles a la familia* (Rodríguez López, 1896). Para un panorama más exhaustivo se puede consultar la tabla que el autor publica en el mismo capítulo (Comelles, 2016a).

¹¹ Según Boudin existían dos enfoques para abordar la geografía médica. El primero, que denominaba «geografía médica especial», se centraba en las características ambientales. El segundo, en cambio, se ocupaba de las particularidades fisiológicas o de las características geográficas. Para este último utilizaba la expresión «antropología geográfica» o «patología geográfica», según aludiera a los primeros o a los segundos fenómenos (Jori, 2013).

clima, la alimentación, los modos de subsistencia o el estilo de vida representan dimensiones de enfermedad con la misma importancia nosológica como las pruebas microbiológicas y los hallazgos de una autopista» (Knipper, 2005, p. 253). Kuczynski argumentó también la importancia de estudiar la enfermedad dentro de un contexto dado, sumergiéndose en el pueblo estudiado para conocer su historia y sus costumbres. El conjunto de estas denominaciones condujeron a la noción más «reciente» de *folk illness* (1964), acuñada por Rubel para indicar todas aquellas *illnesses* no entendidas ni tratadas por parte de la medicina occidental. Algunos años más tarde surgió otra terminología bastante exitosa, la de «*ethnic disorder*». Según el antropólogo Devereux «cada área cultural, y tal vez incluso cada cultura, posee por lo menos un desorden característico de esta clase. [...] El grupo tiene teorías explícitas en cuanto a la naturaleza y a las causas de estos desórdenes, e ideas precisas acerca de sus síntomas, su evolución y su pronóstico» (Devereux, 1973, pp. 54–55). Algunos de los *ethnic disorders* que Devereux menciona son el *berserk* de los antiguos escandinavos, el *perro loco* de los indios de las llanuras, el *amok* y el *latab* de los malayos. Estos últimos dos están registrados en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)¹² como *culture-bound syndrome* (Simons & Hughes, 1985), una categoría psiquiátrica bastante controvertida a la cual dedicaremos una sección específica más adelante en este mismo capítulo. La herencia de esta clasificación patológica llevará a los conceptos de *medical concerns* (W.White & Horvitz, 2009a, 2009b), aquellas formas de «preocupaciones» que ya no derivan de la interacción con el médico o con la seguridad social sino que representan el fruto del impacto social de los *social media* (Comelles, 2016a). En este sentido, en un reciente artículo, Comelles, Egbe y Alegre (2017) presentan lo que definen como «efecto Danacol», es decir, el surgimiento de nuevas categorías analíticas de preocupaciones de los individuos a partir del papel de los medios de comunicación. La expresión «tengo colesterol» sería un ejemplo de como un índice analítico se ha convertido en una verdadera enfermedad a través del bombardeo publicitario. Los frecuentes *spots* comerciales con trasfondo moral han causado una creciente preocupación en la población, impulsándola a la compra de productos de consumo como solución, y han convertido el colesterol en una nueva patología *folk* (véase figuras 6 y 7).

¹² En el reciente DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), en cambio, ya no se habla de *culture-bound syndromes* sino de *cultural concepts of distress*. Dentro de esta categoría se recogen solo algunos de los desórdenes del DSM-IV, por ejemplo el susto y el ataque de nervios, otros desaparecen completamente del manual, como es el caso del *amok* y del *latab*.

Diferentes términos empleados para denominar enfermedades existentes exclusivamente en determinados contextos culturales	
Patología comparada	Boudin (1848)
Patología étnica	Boudin (1861), Kuczynski (1925)
<i>Ethnic disorder</i>	Deveraux (1973b)
<i>Culture-bound syndrome</i>	Simons & Hughes (1985)
<i>Folk illness</i>	Rubel (1964)

Figura 10. Tabla terminológica construida sobre la base de los datos presentados por Comelles (2016a).

De la misma forma, hay enfermedades comunes y actualmente clasificadas como «biomédicas» que resultan tener o haber tenido en un momento dado una connotación *folk*. En el análisis de las notas recogidas por el médico sueco Axel Munthe se muestra como también las enfermedades biomédicas estén impregnadas de una aura de misterio y se utilicen como explicación para un conjunto de síntomas (Comelles, 2016a). Es el caso, por ejemplo, de la colitis que como afirma Munthe es «una enfermedad conveniente al abrigo del bisturí del cirujano adaptable a todos los gustos» porque «nadie sabía cuándo venía ni cuándo se iba» (Munthe, 1940, p. 37). Lo que se quiere evidenciar es que la «colitis» para la clase alta podía llegar a tener las mismas connotaciones que el mal de ojo en el mundo rural. La diferencia, según Comelles (2015), es que los folkloristas identificaban el mal de ojo como una superstición mientras que la colitis es ya un producto de la medicalización.

De Volksmedizin a Medicina popular

A lo largo del proceso de medicalización e imposición de la hegemonía biomédica, en un determinado momento histórico surgió la necesidad de encontrar un término capaz de englobar las prácticas y los hábitos terapéuticos de los pueblos indígenas, por un lado, y de las masas rurales, por el otro. Se acuñaron expresiones como «medicina indígena» y «etnomedicina» para referirse a las patologías y a los tratamientos de defensa de la salud de los grupos étnicos no occidentales, así como «medicina popular» o «medicina rural» por lo que tiene que ver con las creencias del vulgo. Como evidencian las fuentes, existe una extensa cantidad de vocablos (medicina tradicional, doméstica, rural, entre otras) y su empleo no ha sido rígido y anclado dentro del binomio indígena/popular, sino más bien vinculado a un concepto de exótico (cercano o lejano) en el sentido de situado al margen de la medicina científico-experimental.

Sobre la base del material recogido por Comelles (2017), presento algunas traducciones del término medicina popular en lenguas internacionales entre el siglo XIX y el principio del siglo XX.

Diferentes términos empleados para indicar la medicina popular en distintas lenguas europeas entre siglo XIX y principio del XX			
<i>Volksmedizijn</i>	1863	Flügel	Danés
<i>Folkmedicine</i>	1883	Black	Inglés
<i>Folkmedicin</i>	[1846] 1909	Hirte & Leibert	Sueco
<i>Folkemedisin</i>	[1918] 1922	Falk	Noruego
<i>Volksgeneeskunde</i>	1891	Cock	Neerlandés
<i>Volkskunde</i>	1903	Kaindl, R.F.	Alemán
<i>Médecine populaire</i>	1824	Colon (1824)	Francés

Figura 11. Tabla terminológica sobre medicina popular.

Con respecto al italiano, español y catalán se puede consultar la tabla terminológica en figura 12. El objetivo es establecer un orden entre los conceptos históricamente empleados para indicar el conjunto de remedios, técnicas y saberes al margen de la medicina científico-experimental. Será durante el imperialismo del periodo fascista que surgirán, en ámbito italiano, expresiones como «medicina indígena» y «*etnoiatría*». En 1934 los médicos Sarnelli y Franchini, que se ocupaban de medicina tropical, fundaron a Módena (*Emilia Romagna*) el *Centro di Medicina Indigena* y fue propiamente Sarnelli (1941) que acuñó el neologismo *etnoiatría* (sucesivamente recuperado en ámbito español por Castillo de Lucas). Con ello indicaba una rama de la medicina general consagrada al estudio de la medicina indígena, cuya eficacia empírica venía reconocida por el profesional de la medicina. No obstante, el gran promotor de *l'etnoiatría* fue Antonio Scarpa, médico también, que en 1967 fundó el *Instituto italiano de Etnoiatria* en la ciudad de Varese y en 1972 el Museo de Etnomedicina A. Scarpa en Genova (Diasio, 1999). Por lo que interesa los «saberes médicos del pueblo» ya a finales del siglo XVIII se encuentra, tanto en lengua italiana como castellana, la traducción del libro *Domestic medicine. A treatise on the prevention and cure of diseases, by regimen and simple medicines: with an appendix, containig a dispensatory for the use of private practitioners* (Buchan, 1769), escrito por el médico escocés William Buchan (1729-1805) que hace pensar en formas de correspondencias y diálogos entre los países en materia de medicina popular. Empero, el

término no fue entre los más exitoso. En Italia, durante un periodo, se empleó *demoiatria* (Pazzini, 1948) para indicar el conjunto de prácticas diagnóstico-terapéuticas del pueblo.

Diferentes términos empleados para indicar practicas terapéuticas de origen no biomédica en italiano, castellano y catalán con anterioridad al 1970		
Medicina popolare Medicina popular Medicina popular	Pitrè (1896), Zanetti (1892) Lis Quibén(1949), Vidal (1945) Amades (1969)	Italiano Castellano Catalán
Medicina delle donne	Zanetti (1892)	Italiano
Medicina tradizionale	De Nino (1891)	Italiano
Medicina indigena	Chiovenda (1931)	Italiano
Folklore medico Folklore médico	Pitrè (1896) Castillo de Lucas (1958b)	Italiano Castellano
Etnoiatria Etnoiatria	Sarnelli (1941) Castillo de Lucas (1958b)	Italiano
Demoiatria	Pazzini (1948)	Italiano
Medicina domestica Medicina doméstica	Buchan (1781) (traducción) Buchan (1785) (traducción)	Italiano Castellano
Folkmedicina	Castillo de Lucas (1958b)	«Castellano»
Demoiatria etnoiatria	Castillo de Lucas (1958b)	Castellano
Etnomedicina	Scarpa (1959)	Italiano
Medicina casera Medicina casolana	Viñes Ibarrola (1944) Amades (1969)	Castellano Catalán
Medicina rural	Vital (1930)	Castellano

Figura 12. Tabla terminológica en italiano, castellano y catalán.

En los años setenta Cirese (1973) propuso *demologia* para el estudio del folklore y la expresión *cultura delle classi subalterne* para su objeto, pero la propuesta no entró en los estudios internacionales (Clemente, 2001). De todas formas, esta terminología deja vislumbrar la naturaleza política de muchos estudios llevados a cabo por la escuela de antropología médica italiana. A partir de las obras de Ernesto de Martino (véase capítulo 2) el binomio hegemónico-subalterno se convirtió en una constante dentro de los trabajos sobre medicina popular. De acuerdo con Cirese (1986) el concepto de *popolarità* se define

por diferencia en relación al mundo culto y aristocrático, cuyo origen se debe a lo que llama *dislivelli di cultura* (desniveles de cultura). En el caso de las sociedades «etnológicas» o «primitivas», los desniveles serían externos a nuestra sociedad, mientras que en relación a los sectores subalternos y periféricos se hablaría de desniveles internos. Para el antropólogo italiano estas diferencias se originaron a causa de la dificultad de comunicación, la discriminación cultural por parte de las clases hegemónicas y la resistencia de los niveles periféricos a la imposición civilizadora. Como plantea Nicoletta Diasio *«l'intérêt pour cette notion ambiguë «le peuple», relève d'une part de la recherche d'une identité puissante à partir de l'idée romantique du génie populaire et de l'autre de la nécessité de donner uniformité à un panorama culturel très fragmenté par la levée des éléments de résistance à la modernité»* (Diasio, 1999, p. 65).

Considerada la situación política previa al 1975, en España no se desarrolló el mismo interés reivindicativo por el estudio de las clases populares. Como profundizaremos más adelante, antes de la finalización del régimen dictatorial, los escasos estudios publicados sobre el tema se fundamentaban en el dualismo entre «medicina» y «superstición» (Castillo de Lucas, 1958b; Lis Quibén, 1949). En Italia, en cambio, el interés por este binomio opositivo empezó a abandonarse ya desde los años cincuenta, gracias a los trabajos sobre el *tarantismo* y el *magismo* del Sur (de Martino, 1948, 1959, 1961). Actualmente en ambos países «medicina popular» y «medicina tradicional» son las dos expresiones mayormente empleadas para indicar las alternativas terapéuticas a la biomedicina. Si la primera funda su marginalidad en las capas sociales y en el binomio urbano/rural, la segunda pone la atención en las diferencias culturales a nivel étnico (aunque en la literatura los dos términos se pueden encontrar muchas veces como sinónimos). En *La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?* (Menéndez, 1994), Eduardo Menéndez destaca tres características que suelen definir la medicina tradicional en América Latina. La primera tiene que ver con los actores sociales que la practican (figuras definidas «tradicionales»), la segunda con su antagonismo respecto a la biomedicina y la tercera con su ausencia de dinamismo. Aunque el término incluye, potencialmente, un amplio grupo de sujetos, su uso resulta asociado sobre todo a la población indígena, que en el contexto latinoamericano todavía es consistente.

La expresión medicina tradicional ha sido preferida también por la OMS que en la *Estrategia sobre la salud* del 2002 la define como:

Un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el Ayurveda hindú y la medicina Unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente

sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la medicina tradicional no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina «complementaria», «alternativa» o «no convencional (OMS, 2002, P.1).

En esta definición lo tradicional engloba todo lo que queda excluido de la medicina occidental, juntando en el mismo grupo «medicina empírica», «terapias espirituales», «medicinas alternativas», además de medicina china o Ayurveda, que se organizaron académicamente mucho antes que la medicina occidental (entendida como biomedicina y no como medicina humoral) (Leslie, 1976). Hay que tener en cuenta que en la práctica la medicina tradicional se suele tener en consideración solo cuando hace uso de terapias empíricas (hierbas, parches) o mecánicas (masajes, manipulaciones) que tienen una base científica aceptable para la medicina oficial. Se dejan de lado entonces las terapias de base mágico-simbólica, cuyo estudio es fundamental para comprender otros tipos de eficacias que no son necesariamente empíricas. Asimismo, se suele vincular la medicina tradicional a los países en desarrollo -donde la disponibilidad y asequibilidad a la medicina alopática es menor – o a los países orientales. De esta forma, a menudo se olvida que prácticas de origen tradicional todavía persisten también en Europa. Todo lo que no pertenece al mundo biomédico se fusiona bajo una misma etiqueta, puesto que cuanto mayor es la confusión, más fácil resulta para la biomedicina emerger y resultar la única y lícita ganadora. Doce años más tarde, siempre en la *Estrategia sobre la medicina tradicional*, la OMS proporciona una definición mejor indicada y menos confusa:

La medicina tradicional tiene una larga historia. Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (OMS, 2013, p 15).

Con estas palabras, la OMS eleva la medicina tradicional a la posición de sistema complejo y radicado en todas las culturas, aunque no necesariamente explicable con los parámetros científicos.

En mi opinión, tanto el concepto de medicina tradicional como el de medicina popular son, por el momento, igualmente problemáticos. Por un lado el adjetivo «popular» se sitúa dentro de un panorama político y social vinculado al enfrentamiento de clases que, en el contexto del mundo globalizado, resulta ser, en cierto modo, reductivo y anacrónico. Por el otro, el término «tradicional» conlleva la idea de un mundo estático e inamovible. Todavía, por una cuestión de continuidad con la tradición que me ha precedido, por un interés en el binomio hegemonía/subalternidad, implícito en la terminología, y por una

razón meramente práctica, la expresión medicina popular será la que principalmente adoptaré a lo largo de esta tesis.

Sobre las topografías médicas

Desde el siglo XVIII los médicos empezaron a escribir de manera notablemente abundante sobre el contexto social y ambiental de los enfermos, con la finalidad de comprender la enfermedad no solo y simplemente como alteración orgánica, sino en cuanto fruto de la actividad social y del medio cultural (Peter, 1967). Las primeras medidas que se propusieron fueron formas de medicina preventiva que tenían que ver con el cambio de los hábitos y costumbres de la población. Muchos estudios estaban relacionados con enfermedades epidémicas y endémicas (cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus, escarlatina) cuya emanación se veía incrementada por la suciedad de las ciudades y la escasa higiene. Se empezaron así a instaurar las bases de la medicina social, que surgió en el siglo XIX a partir de unos ensayos desarrollados en Francia, cuyo interés era la relación entre pobreza, hambre, miseria y salud. Los fundamentos de la medicina social se tienen que buscar, entonces, en el fenómeno de la industrialización y en las problemáticas sociales a esa vinculadas. Esas permitieron, a poco a poco, el surgimiento de la idea que el problema de la salud del pueblo fuese un problema de toda la sociedad, la cual tenía la obligación de asegurar la salud de sus miembros (Rosen, 1985).

Sin embargo, antes de llegar a este punto, fueron los estudios locales sobre el clima y el medio como causa de origen y de desarrollo de las enfermedades a despertar interés. Era la época del así llamado «periodo miasmático»,¹³ desde el 1800 hasta el 1878, año del descubrimiento de los microbios y del nacimiento de la concepción bacteriana. Según este modelo, los pantanos eran la fuente donde se producían exhalaciones y gases patógenos que al ser dispersados por el viento causaban la enfermedad (Solís, 2001, p 222).

En este contexto tuvieron particular relevancia las topografías médicas que proliferaron en Europa y América desde el final del siglo XVII hasta mediados de siglo XX y que se fundamentaban en los tratados hipocráticos (Barceló Prats, 2015). Entre ellos, particular atención fue concedida al clásico *Sobre los aires, aguas y lugares* (1986), escrito alrededor del 400 a.C., donde emerge una combinación entre una mirada etnográfica y mirada clínica, mediante la descripción minuciosa del entorno social, cultural y natural, la anamnesis y la observación clínica (Comelles & Perdiguero-Gil, 2014). Partiendo de las

¹³ Para profundizar sobre el tema de los miasmas, se puede consultar la tesis de Cristina Larrea (1997) que trata de la cultura de los olores.

características de una ciudad, como la orientación, el clima, la diferente exposición hacia los vientos y el tipo de agua (quieta, pantanosa, ligera, fina), se explicaba la influencia de estos elementos sobre el estado de salud y enfermedad de sus habitantes. Hipócrates creía que el cuerpo humano estaba formado por 4 humores (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla), cuyas características daban origen a 4 temperamentos (sanguíneo, flemático, melancólico y colérico). El desequilibrio de los humores representaba la causa última de la enfermedad. La tarea de controlar la justa micela de los humores dependía del *pneuma*, un aliento vital que se absorbía por la nariz y se distribuía en el cuerpo (Voltaggio, 1992).

Mediante las topografías médicas «se podían indicar los lugares sanos y enfermos [...], más aún se esperaba que una vez determinadas las variables meteorológicas y climáticas de un área, podrían establecerse un relativo acoplamiento entre estos datos, las «fiebres» del lugar, y el «temperamento» de sus habitantes, posibilitando así una acción terapéutica eficaz» (Urteaga, 1980, p. 10). El empeño de las topografías médicas era doble, por un lado se proponían de documentar el estado sanitario de los pueblos y, por el otro, pretendían aclarar en qué medida el ambiente y sus variaciones influían en las personas (Jori, 2013). Muchas de ellas habían sido apoyadas y promovidas por diversas corporaciones médicas, que elaboraban planes y ofrecían pautas para su realización y mantenían un sistema de recompensas para sus autores. En líneas generales, se ocupaban de los mismos problemas de las geografías médicas, pero a diferente escala porque se centraban en lugares específicos, comarcas o regiones (Laín Entralgo, 1978). Sus grandes antecedentes eran: la teoría de las Constituciones de Sydenham,¹⁴ la nueva política sanitaria y el naturalismo terapéutico (Solís, 2001).

Un ejemplo de este género literario nos lo ofrece el médico Agustí Roure i Giol en su *Topografía médica de Tremp* (1889), un pequeño municipio ubicado en la provincia de *Lleida*, en la zona de los Pireneus. En la primera parte se ocupa de la mesografía, los medios cósmicos que actúan sobre la población (atmosfera, tierra, agua, clima, entre otros), mientras en la segunda hace una distinción entre demografía higioestática e higiodinámica, respectivamente relacionadas con las condiciones fisiológicas-estadísticas (censo, corporaciones administrativas, sistema de gobierno y religión) y las manifestaciones de actividades generativas, intelectuales y afectivas (reproducción, instrucción pública y pasiones). Aunque el texto se presenta como una reconstrucción topográfica de un sitio

¹⁴ Thomas Sydenham (1624-1689), denominado también el «Hipócrates inglés», era conocido sobre todo por las *Observationes medicae* (1661[1685]). El médico permitió la renovación del hipocratismo subrayando la importancia de las relaciones entre las condiciones meteorológicas y las incidencias clínicas en periodos determinados (Capel, 1998) y propuso la diferencia entre síntomas y enfermedad, creando así la nosología (Granero Xiberta, 2003).

determinado, no faltan juicios morales y orientaciones sobre las buenas prácticas, ligados en particular al binomio religión e higienismo.

Sempre hi veuren endemés que la nostra Santa Religió es mostra sàvia i previsor: miren com coincideix el dejuni quadragesimal amb l'època de l'any en què hi ha més vigor intern i, en conseqüència, més predisposició a les malalties inflamatòries. La templança i l'abstinència d'alguns aliments són preceptes higièncs que es componen d'una tal manera que un savi higienista va dir que si l'Església no hagués establert la quaresma ho haguessin fet els metges (Roure i Giol, 1889, p. 27).

Los preceptos religiosos, según Roure, tienen una sabiduría implícita que ha ayudado al pueblo a regularizar sus prácticas y a controlar sus costumbres. Es gracias al papel de la Iglesia que el médico puede situar Tremp entre las ciudades más *moralitzades* de España, donde los vicios y las pasiones (juego, alcohol, prostitución, política y desafíos) no encienden los ánimos. Roure no es un caso aislado; la necesidad de los médicos de resolver interrogantes que vierten sobre la interrelación entre enfermedades, medios, factores sociales y culturales hace que sus intereses recaigan también en los comportamientos y en las variables anatómicas y biológicas. A través del estudio de las malas prácticas se pasa entonces al de las buenas, que muchas veces están influenciadas por la filosofía y el pensamiento religioso (Comelles, 2002). En consecuencia, la recopilación de las topografías médicas tenía una utilidad transversal para el Estado (Peter, 1967), que iba más allá de la relación entre condiciones ambientales y morbilidad, y se relacionaba «con el papel que éste jugaba a través de la policía sanitaria como controlador de la «moralidad» de sus habitantes, y no de su estado patológico» (Larrea Killinger, 1997, p. 67) Como nos recuerda Prats (1996, p. 31) es cierto que el lema más común en las topografías era «higienizar la urbe y moralizar la población», aunque en algunos textos este papel tiene que ver con el concepto más general de instrucción y no con los preceptos de la Iglesia católica.

Finalmente, pero no menos importante, el aporte de las topografías médicas recae también en su valor etnográfico (Prats, 1989). En particular por las informaciones relativas a la interrelación entre factores naturales y socioculturales, las condiciones urbanísticas, laborales, las costumbres alimentarias, además de la mortalidad y morbilidad de una época y un lugar determinado. A estos elementos se añaden los datos relativos a los ordenamientos sanitarios, como ejemplifica la topografía sobre la ciudad italiana de Mantua en la cual se dedica un apartado a los hospitales y las instituciones de beneficencia, que en aquella época todavía desempeñaban un papel fundamental para el cuidado de la salud. A través de ella es posible recoger informaciones precisas sobre las instituciones que intervenían en caso de necesidad, los datos estadísticos del personal sanitario y la relación económica entre profesionales sanitarios y pacientes, con particular énfasis en *i pazzi* (los locos) y las mujeres embarazadas (Soresina, 1857). Gracias al buen conocimiento de la realidad que describían -

puesto que muchos de ellos eran médicos rurales- y al fácil acceso a las fuentes, los autores de las topografías tuvieron un papel fundamental en el registro etnográfico.

La construcción del concepto de medicina popular y el folklore médico

Uno de los primeros textos donde aparece el término medicina popular es *Folk-medicine: a chapter in the history of culture* publicado al final del siglo XIX por William G. Black (1883), un abogado escocés especializado en costumbres marítimas, eclesiásticas y jurídicas. Con la expresión *folk-medicine* aludía a «los hechizos, encantos, hábitos y costumbres tradicionales referentes a la conservación de la salud y la curación de las enfermedades» (Black, 1883, p. XI). El erudito recogió remedios, interpretaciones y significados simbólicos ligados a malestares curados tradicionalmente, utilizando como ejemplo las prácticas de salud del campesinado escocés. Dichas prácticas no tenían para Black algún interés en el mundo de la medicina científica, pero él las consideraba útiles para discutir las tesis de Spencer sobre la mentalidad primitiva, «el origen onírico y epiléptico de las enfermedades, y para relacionar su origen con la magia y la religión» (Comelles & Martínez-Hernández, 1994, p. 113). A pesar del principal interés especulativo, el texto tuvo una importancia caudal, para empezar a definir el concepto de medicina popular como conjunto de prácticas articuladas. Parte de su éxito se debe a la traducción española hecha por Machado y Álvarez (1889), un importante erudito que en 1880 tuvo la idea de crear la Sociedad Sevillana dedicada al estudio del folklore, que tenía como modelo *The Folk-Lore Society* fundada, entre otros, por el mismo Black. Dentro de la obra, Machado incorporó un artículo de Olavarría y Huarte (1853-1933) que recogía un listado de cuarenta supersticiones y una correspondencia con el médico Federico Rubio y Galí (1827-1902). Las cuatro cartas resultan interesantes dentro del debate sobre medicina científica versus medicina popular porque permiten conocer el punto de vista de un médico del siglo XIX en relación con los remedios terapéuticos de la clase rural. La concepción que sobresale es la dominante de aquella época que consideraba estas tradiciones como *survival* de un mundo arcaico y las etiquetaba como «supersticiones». De todas formas, si por una parte Rubio relegaba estos saberes dentro de las absurdas tradiciones de pueblos primitivos, por la otra le encontraba una racionalidad y un interés para poder entender el origen de la medicina científica. Desde el principio, así pues, la medicina popular tuvo un estrecho vínculo con la biomedicina. Si bien a través de una mirada positivista, de superioridad, que ignora las voces de los actores sociales (Comelles & Perdiguero-Gil, 2014), los informes médicos sobre las condiciones de vida de la población se pueden considerar como una de las primeras formas de acercarse a las praxis de defensa

de la salud del pueblo. Siempre los médicos fueron los que en un momento dato sintieron la necesidad de marcar los límites entre su disciplina y las que consideraban sobrevivencias de un mundo a punto de desaparecer.

Para llegar a entender esta relación hace falta introducir un nuevo concepto, que se sitúa a medio camino entre topografías médicas y *folk-medicine* y que «*recull pràctiques i creences populars des de la perspectiva disciplinària del folklore*» (Prats, 1996, p. 39). Estamos hablando de folklore médico, un género literario que se focaliza en la salud del pueblo, incluyendo también la visión popular de las enfermedades, así como los rituales diagnóstico-terapéuticos y las enfermedades *folk*. Dos son los autores principales de estos tratados: folkloristas por un lado y médicos por el otro, pero fue la unión de las dos categorías, la de los «médicos etnógrafos», a tener un papel fundamental. Comelles sostiene que «*la costruzione concettuale e metodologica della medicina popolare sarebbe il frutto della necessità strategica di stabilire i limiti culturali del modello medico dopo il trionfo della medicina anatomo-clinica e della teoria microbica*» (Comelles, 1996a, p. 58). El papel estratégico que estos tratados tienen permite reafirmar el valor de la medicina científico-experimental¹⁵ en oposición a la medicina popular, es por esta razón que, según la antropóloga francesa Françoise Loux, desde el siglo XVI los médicos han publicado los «tratados de errores y prejuicios», para presentarse «de una manera muy precoz como los que saben frente a los que creen» (Loux, 1996, p. 24)

El caso italiano

En Italia el compromiso político de muchos *medici condotti* fue fundamental para el surgimiento del interés de los conocimientos populares relativos a salud y enfermedad (Comelles, Riccò, Perdiguero-Gil, & Terron Bañuelos, 2017). El *condotto*¹⁶ era un médico público remunerado por *i comuni* (ayuntamientos) que se ocupaba sobre todo de la gente menos acomodada y quien tenía un gran conocimiento del contexto rural. En Italia, el interés por la demología se consolidó durante la Primera Guerra Mundial cuando el reclutamiento puso de relieve una enorme diversidad cultural y lingüística que tenía que ser gestionada de alguna forma. Se desarrolló lo que ha sido definido como *folklore di guerra* que dio origen a numerosas revistas de carácter demológico (entre ellas «Lares» que sigue su actividad hasta hoy) y a la creación del *Comitato Nazionale per le Tradizioni Popolari* en 1928 (Cavazza, 1987). Las diferencias culturales y de clase no fueron entonces negadas por el

¹⁵ A lo largo del texto nos referiremos a la medicina científico-experimental con «medicina occidental», «medicina oficial», medicina alopática o biomedicina.

¹⁶ Fue substituido solo en 1978 por el *medico di famiglia* (Cosmacini, 2015). Para un análisis cualitativa del *medico condotto* puede resultar interesante consultar Simeoni (2009).

régimen fascista (1919-1945) e incluso, como afirmó Seppilli en una reciente entrevista, la salud del pueblo llegó a representar la garantía de la «raza». En pocas palabras, el trabajo humilde y productivo de los campesinos, conservaba los valores tradicionales de «la raza italiana» (Comelles, Riccò, et al., 2017) y esto era motivo de interés y valor. Tras el fin de la guerra y la proclamación de la República la atracción por las clases subalternas se difundió entre los intelectuales, especialmente los de izquierda marxista, mediante su vinculación a las problemáticas del movimiento obrero. El objetivo era la lucha contra los gobiernos centristas represivos y moralistas, además del ascenso de la investigación social marxista (Clemente, 1976). En este mismo periodo, nacieron las primeras enseñanzas universitarias de *Letteratura delle tradizioni popolari* principalmente en algunas regiones del sur (*Sicilia, Sardegna, Puglia, Lazio*) (Clemente, 2001).

Uno de los textos fundamentales escrito por un médico etnógrafo donde se empieza a teorizar sobre el concepto de medicina popular es *Medicina popolare Siciliana* (1896), una imponente monografía redactada por Giuseppe Pitrè, cuya aportación vital «consiste en haber elaborado el concepto de medicina popular y haberle dado el armazón teórico y epistemológico de la clínica positivista de la segunda mitad del siglo XIX» (Comelles & Martínez-Hernández, 1994, p. 114). En ella, el médico italiano recoge distintas patologías, males naturales y sobrenaturales propios del vulgo de la isla siciliana. Siguiendo el principio que «*come la terapia è una parte della patologia, così la patologia è una parte soltanto della medicina*» (Pitrè, 1896, p. VIII) al apartado nosológico añade capítulos que se centran en los especialistas de la salud (médicos, barberos¹⁷) en la anatomía, la fisiognomía, la fisiología y el higiene del cuerpo. Su pensamiento evolucionista, en perfecta línea con el positivismo de la época, emerge en la misma definición de medicina popular considerada como «*un complesso di fatti curiosi e diversi, che nel loro tutto appaiono come un'aberrazione dello spirito umano, e nei particolari sono reliquie di civiltà e di popoli scomparsi*» (Ibidem., p. XXII). Según el autor, el pueblo es un mero recolector de aquello que ve y oye, mientras los médicos son capaces de entender lo que es útil y lo que es doliente porque son los únicos a comprender la medicina de verdad. En su texto Pitre emplea superstición en lugar del tyloriano *survival* con el propósito de eliminar un término «*troppo carico di valutazioni, anzi di svalutazioni e di sostituirlo con uno più descrittivo e neutro*» (Cirese, 1978, p. 20). No sabemos hasta qué punto el autor

¹⁷ Los barberos históricamente no se ocupaban simplemente de arreglar el aspecto estético de las personas, sino también de quitar los dientes y la sangre, ésta última mediante la práctica de la sangría. Cada parte del cuerpo se asociaba a enfermedades distintas, así por ejemplo la vena de la frente estaba vinculada a la locura y las de debajo la lengua a las anginas. La extracción de la sangre tenía finalidades curativas y preventivas asociadas a la creencia que, mediante esta práctica, se pudiesen eliminar los humores corruptos del cuerpo (Pomata, 1981).

ignora o descuida deliberadamente el uso del término *sopravvivenza* (traducción italiana de *survival*) ni hasta qué punto eran notos los escritos del antropólogo británico, pero el de Pitrè no es un caso aislado. Lo mismo ocurre en todos los estudios demológicos etnográficos italianos del final del siglo XX. En muchos de estos textos el concepto de superstición tiene una importancia peculiar, sobre todo después de la publicación de la *Inchiesta sulle superstizioni in Italia* (Mantegazza, 1887) que apareció en el *Archivio per l'antropologia e l'etnologia* fundado en el 1871 por el médico Paolo Mantegazza.¹⁸ La encuesta se justificaba dentro de la dialéctica de separación entre bien y mal, y la consecuente necesidad de conocer las «falsas creencias». Todo encajaba dentro de la lógica positivista y darwinista de la época cuyo objetivo era catalogar de forma taxonómica el mundo: las plantas, los animales, las piedras y también los hombres, tanto que la antropología en aquellos años «non aveva altra aspirazione che quella di misurare, di pesare l'uomo e le sue forze senza il giogo di tradizioni religiose, di teorie filosofiche preconcepite, senza orgoglio, ma senza paure» (Mantegazza, 1871, p. 18). El objetivo era en el fondo construir una «historia natural de la especie humana», donde con el término «natural» se pretendía alejarse de la dominación intelectual de la Iglesia, usando para el estudio del hombre los mismo criterios experimentales empleados para el estudio de los otros seres vivientes (Diasio, 1999). El análisis de las supersticiones médicas, según Mantegazza, era útil para aprender las antiguas costumbres de los pueblos y para clasificarlas mediante uno de los siguientes componentes que daban origen a la superstición: la «humana» (porque hay supersticiones que son de todo el mundo y de todos los tiempos); la «étnica» (vinculada a una determinada población y contexto) y la «doctrinal» (derivada de la apropiación de conceptos médicos por parte del pueblo) (Mantegazza, 1892). De aquí procede la relevancia de los estudios que recolectan antiguas tradiciones y, entre estos, la particular importancia del texto *La medicina delle nostre donne* (1892), escrito por su discípulo, el médico rural Zeno Zanetti. Dicho autor se ocupó de documentar el folklore médico de otra región italiana, *Umbria*, y así como había hecho Pitrè, ordenó el texto siguiendo la forma de catalogar típica del positivismo médico, es decir una clasificación nosológica por enfermedades. Zanetti examinó dos grandes bloques, el primero se centraba en la medicina interna (mal de estómago, de corazón, del hígado, entre otros) y el segundo sobre la medicina externa (mal de garganta, de los ojos, de los oídos, problemas de la piel, heridas, entre otros). Como evidencian Bartoli y Falteri, esta subdivisión puede parecer menos precisa, comparada con la de Pitrè, estructurada en

¹⁸ Para profundizar sobre la figura de Paolo Mantegazza y el importante papel que desempeñó para el surgimiento de la antropología italiana se puede consultar el texto *Paolo Mantegazza e l'evoluzionismo in Italia* (Chiarelli & Pasini, 2010).

aparatos del cuerpo, pero refleja mejor la diversidad de la *cultura somatica popolare* (Bartoli & Falteri, 1987), asociándose mayoritariamente a una lógica *emic* (Falteri, 2014). Este tipo de aportaciones son visibles también gracias al trabajo que el *medico condotto* hizo sobre el lenguaje, entiéndase el uso de la nomenclatura y del léxico de los órganos, patologías y de los síntomas del vulgo, así como el tentativo de vincular las prácticas y creencias del pueblo con su concepción del cuerpo y de la enfermedad (Ibidem, 2014). Como indica el título del libro, un papel fundamental en el desarrollo de la medicina popular lo tuvieron *le donne* (las mujeres) para las que, según el autor, ayudar al prójimo es parte de su naturaleza de «*ministra di pietà e di amore*» (Zanetti, 1892, p. 4). No obstante, el pueblo no pueda generar conocimiento, porque solo las personas cultas tienen esta facultad, siguiendo a Zanetti el sexo femenino llega a ser el depositario del saber y a permitir su trasmisión.

La crítica que Cirese mueve a Zanetti muchos años más tarde, durante la reimpresión del texto, se centra en primer lugar sobre la universalización de las terapias. En particular, Zanetti parece no diferenciar ni entre los tipos de remedios (empíricos, mágicos-simbólicos, psicósomáticos) ni entre su eficacia o su peligrosidad, considerándolos todos como ignorantes. Secundariamente Cirese resalta que además de perderse las que él define como prácticas *inqualificabili*, se está perdiendo también el sentido y la práctica de la socialidad de la enfermedad, del enfermo y de la medicina. Esos textos entonces podrían ser útiles también para «*cogliere l'occasione per considerare quali siano le vie da percorrere, e i nodi strutturali da affrontare, perché si conquistì una gestione effettivamente sociale così del potere come della medicina, della malattia e del malato*» (Cirese, 1978, p. 31).

Siguiendo en el contexto italiano aparecen otros tres autores que al final del siglo XIX se ocuparon de los remedios terapéuticos del pueblo y merecen ser recordados. Entre ellos, Gennaro Finnamore, otro médico rural, que en *Tradizioni popolari abruzzesi* (1894) describió cómo prevenir y curar enfermedades naturales y *culture-bound syndromes*, como el *mal di matre*,¹⁹ *le fatture* (maldiciones) y las *malias*, y como hacer rituales tradicionales ligados a la salud, como peinar el cabello de los niños el día de Sábado Santo o después de haber

¹⁹ El *mal di matre* (*mal di matre* en Zanetti y *matrazza* en Pitrè) es una forma de representación cultural de un malestar femenino vinculado con la histeria (desde un punto de vista biomédico) y con la posesión. Pitrè lo define como «*una signora la quale entra nella bocca e va a fermarsi nello stomaco, e vi rimane ospite molesta. Perciò bisogna ricacciarla fuori con una orazione che, ripete strofinando il ventre con olio una donna che abbia la virtù di farlo*» (Pitrè, 1896, p. 359). Estos espíritus que entran en el cuerpo se denominan en siciliano *donni di fora* (*donne di fuori*). Al término *matre* se asocia el *matrone* que se refiere a los malestares masculinos del bajo vientre (Pizza, 2014). En el caso de Zanetti (1892), aunque persiste una conexión con los malestares «causados por el útero», el *mal di matre* no es exclusivo de las mujeres y tiene una vinculación con la figura mitológica del hombre lobo. El encuadramiento taxonómico de Pitrè y Zanetti ha sido posteriormente criticado por otros estudiosos (Charuty, 1997; Guggino, 1986; Henningsen, 1998) que se han preocupado por vislumbrar también las connotaciones históricos-culturales y políticas del fenómeno.

recibido la ruijada de San Juan para que crezca con mayor fuerza y vigor. Como ya hemos dicho, la tendencia más difundida entre los médicos era la de adaptar las monografías folklóricas a las estructuras de los textos de medicina, con sus catalogaciones y su dicotomía entre «males físicos» y «males nervosos» que reflejaba la división entre cuerpo y mente típica de la biomedicina (Di Nola, 1983b). Esta misma forma de catalogar era común también entre los folkloristas, como Antonio De Nino que se ocupó de historia y costumbres del *Abruzzo* y en el quinto volumen de *Usi e costumi abruzzesi* (1891) trató de describir las enfermedades y los remedios populares, avanzando la hipótesis de que al origen de todos los males estuviese el mal de ojo.²⁰ Otro ejemplo, es el de Caterina Pigorini-Beri, hermana de Luigi Pigorini²¹ e hija de un médico condotto de un pueblo en provincia de Parma. La Pigorini-Beri era profesora en la escuela, vivió parte de su vida en una pequeña ciudad de *le Marche*, región a la cual dedicó su interesante texto *Costumi e superstizioni dell'Appennino Marchigiano* (1889). Leyendo a Pegorini-Beri parece que la población rural se haya quedado en una etapa «evolutiva» anterior, la que Frazer denominaba etapa de la magia, que venía antes de aquella de la religión y aquella de la ciencia.

Le streghe e i fattucchieri che morivano qualche secolo fa fra i tormenti [...] non sono sepolti nelle rovine del tempo, ma vivono sott'altra forma per tradizione, per ignoranza, per bisogno di soprannaturale in quella parte di popolo, su cui non è sgocciolata ancora, se mi è permesso dir così, la civiltà moderna educata al culto della ragione (Pigorini-Beri, 1889, p. 31).

La monografía, al tiempo que mantiene una base evolucionista, reconoce la importancia de dominar las creencias del pueblo para conocer sus necesidades, deseos y fe, de modo que se pueda entender por qué muchos individuos sigan utilizando los remedios populares o prefieran acudir al curandero o al *ciarlatano* (charlatán) en vez del médico. Otro aspecto interesante del texto son las herramientas etnográficas, utilizadas por Pegorini-Beri, que permiten vislumbrar la visión *emic* del mundo rural *marchigiano* a partir de discursos, entrevistas y observaciones etnográficas. Es importante subrayar que entre tantas monografías masculinas esta vez es una mujer quien toma la palabra.²²

Todos los autores mencionados nos hablan de medicina popular, tradicional o *medicina delle donne*, pero Pitre es el único en intentar un primer análisis del concepto vinculándolo a una corriente de pensamiento determinada y esto no simplemente en relación a la realidad italiana, sino internacional. El contexto histórico en el que se insertan

²⁰ Se hablará en profundidad de mal de ojo más adelante en el texto.

²¹ Importante arqueólogo de la mitad del siglo XX al cual ha sido dedicado el museo etnográfico de Roma.

²² Entre los estudios publicados al principio del siglo XX, cabe mencionar *La medicina popolare in Italia* (1948) de Adalberto Pazzini que analiza las relaciones entre religión, magia y medicina popular.

estas monografías es el que Bartoli & Falteri (1987) definen como dinámica «*storica dell'incontro/scontro tra medicina ufficiale e popolare*, un periodo en que «*nuove risorse venivano elargite, vecchie malattie venivano debellate, ma attraverso forme di controllo, repressione e dissuasione da pratiche che, fino ad allora, appartenevano alla vita quotidiana*» (Pizza, 2014, p. 35). Este paisaje fragmentado era el de una Italia recién unificada que todavía conservaba las contradicciones de una sociedad extremadamente heterogénea, contradicciones que se materializaban en diferencias particularmente visibles entre el área centro norte del país y lo que se suele llamar *Mezzogiorno*.²³ Será en este contexto, el del «cono d'ombra» (de Martino, 2008[1961]: 13) de la Península, que se desarrollarán las importantes investigaciones *demartiniane* que darán origen al surgimiento de la antropología médica italiana.

El caso de Cataluña

En el Estado español en general, y Cataluña en particular, el concepto de «medicina popular» se ha introducido de forma tardía. Entre los antecedentes catalanes, Rossend Serra i Pagès (1928) clasificó el folklore en «demofilología» (literatura oral), «etología» (costumbres) y «pistología» (creencias y supersticiones) y Oleguer Miró i Borràs (1900) se encargó de recoger los autores que se interesaron por la prácticas no oficiales de atención a la salud, del folklore médico y de los aforismas médicos a finales del XIX. Algunos años más tarde, Cels Gomis i Mestre vinculó el curanderismo a la figura femenina de la bruja descrita como dispensadora de todos los males y bienes. En su texto más famoso, *La bruixa catalana* (Gomis i Mestre, 1864-1915), recogió las creencias y supersticiones de Cataluña entre 1864 y 1915 y expuso una clasificación de las personas que, sumado a su papel de brujas, se ocupaban de la salud del pueblo.

Un papel fundamental en el estudio del folklore catalán lo ocupó Joan Amades (1890-1959) quien, durante cuarenta años, recogió material relacionado con la cultura popular de Cataluña. Se interesó por tradiciones, canciones, creencias, indumentaria y dedicó parte de su atención al universo de la *folk* medicina. En el año 1935 ya había publicado *Oracioner i refranyer mèdics*, pero su texto más importante sobre este tipo de materiales es sin duda *Folklore de Catalunya*, un libro compuesto por tres volúmenes, en el tercero de los cuales se interesa por las costumbres y las creencias del pueblo, poniendo el foco en la *medicina casolana*. Tras dedicar un apartado al *mal donat*²⁴ se centra en los

²³ El *Mezzogiorno* es una macro-región del Estado italiano que incluye la zona del sur y las islas.

²⁴ Con *mal donat* Amades se refiere a distintos malestares de difícil comprensión cuya causa depende de la acción malévol de otra persona mediante la mirada, rituales de magia simpática, ensalmo y oraciones. Según Valdés (1976) el *mal donat* representa el emblema del hecho que el cuerpo es un aspecto no separable de la

protagonistas de los rituales de sanación popular. El don suele estar vinculado con determinadas circunstancias de nacimiento, bibliográfica o físicas. Sucesivamente, se preocupa también de construir una nosología de las enfermedades, que incluye malestares y *culture-bound syndroms* (*airada, espatllat*), explicando los remedios para cada patología. Entre estos, muchas veces se recurre al uso de oraciones o de hierbas medicinales, otros dos temas en los cuales profundiza el autor.

Según Josep Martí, Joan Amades fue «un autodidacta de la disciplina del folklore» (Martí i Pérez, 2015, p. 38). Por esta razón sus trabajos tienen pros y contras; si por un lado la pasión hacia este mundo le permitió pasar muchos años investigando y profundizando en el tema, por el otro, la falta de rigor académico se reveló un problema en la reconstrucción de los datos. De hecho, Amades nos habla de los remedios y los rituales del pueblo pero sin dar información sobre su importancia relativa, así que no podemos deducir en qué medida eran utilizados por la población (Perdigüero-Gil, 2005) ni tampoco saber con seguridad a cuando remiten los datos. Además, su forma de «categorizar» nos parece muy limitada y especializada, y en consecuencia poco verosímil. De todas formas, hay que tener en cuenta que lo que realmente interesaba a Amades «era el «documento» cuya divulgación no estaba pensada forzosamente para el ámbito académico sino para un público mucho más general» (Martí i Pérez, 2015, p. 46). A diferencia de Pitрэ y Zanetti, que aportaban informaciones basadas sobre sus experiencias como médicos rurales y cuyos trabajos «*poden considerar-se estudis intencius de cas, fets sota una metodologia positivista que cerca un patró cultural relatiu a la medicina i la salut a Sicília o a l'Úmbria, Amades no pretén fer un patró cultural, només una compilació de sabers classificats amb les matrius dominants al folklore europeu de finals del segle XIX*» (Comelles, Alemany, & Francès, 2013, p. 38). Un aspecto interesante es la colaboración al texto de la cuñada Consol Mallafré. Cuando Amades empezó a tener graves problemas a la vista, ella se encargó primero de la edición y segundo de la publicación de *Folklore de Catalunya*, que vio la luz una década después de la muerte del autor. Hay que atribuir a ella, entonces, algunas aportaciones en el texto «como el uso del término medicina popular que reconoció de utilizar para suplir a las competencias del cuñado» (Comelles & Perdigüero-Gil, 2014, p. 13). En los primeros trabajos de los médicos folkloristas, como los citados Pitрэ y Zanetti, había «una voluntad explícita de establecer los límites culturales de la medicina» en cambio «en los autores del siglo XX solo prevalece el interés folklórico -recolectar *survivals*-, puesto que la mayoría de médicos contemplan el

persona ni de su relaciones sociales, por esta razón se puede resentir de la malevolencia de los demás simplemente a través de la mirada.

tema como una reliquia del pasado abocada a la desaparición» (Ibidem., p. 16). Por lo que tiene que ver con el interés folklórico de Amades subrayamos que él también entra dentro de aquel grupo de folkloristas cuyo atracción principal es la recopilación de datos, considerados como creencias, «restos de pasadas civilizaciones, que cuando han entrado en el alma del pueblo son muy difíciles de eliminar» (Amades, 1969, p. 929).

Si al principio del siglo XX en Italia habían visto la luz numerosos estudios centrados en las tradiciones populares en respuesta al ya mencionado *folklore di guerra*, en España ocurrió exactamente lo contrario. A diferencia del fascismo italiano, la dictadura franquista pretendía eliminar la diversidad cultural e imponer un ideal de nación fuerte basada en la tradición histórica del pasado, por esta razón no hubo una tradición equivalente de estudios folklóricos (Comelles, Riccò, et al., 2017). A partir de la derrota del fascismo en el 1945, muchos de los intelectuales combinaron el pensamiento falangista con el católico. En este contexto la medicina popular no se consideraba de otra forma que como mera superstición, aunque en realidad la mayoría de las terapias descritas eran procesos de automedicación bastante comunes en una época donde el acceso a cualquier dispositivo de salud médico era mucho más difícil que ahora (por el costo, la falta de medios de transporte y recursos, y por hábitos y costumbres diferentes). Asimismo, contra ella no faltaban juicios de valor, como emerge en las palabras de Lis Quibén, en *La Medicina Popular en Galicia* (1949), sobre el uso de las oraciones en los rituales de sanación popular:

Los que emplean palabras autorizadas por la Iglesia, que casi siempre son las oraciones que debe saber todo cristiano, pero que, por no usarlas con el debido respeto, sino con el fin bastardo de lucro o de una intervención unida a una práctica supersticiosa curativa, son, como los sacrílegos, en dichos casos igualmente condenables (Lis Quibén, 1949, p. 16).

Y sobre el curanderismo:

A pesar de todo lo expuesto, de los avances de nuestra cultura, de las convulsiones sociales, de los modernos descubrimientos de la Medicina y de las graves consecuencias que las prácticas supersticiosas acarrearán, no solo a los individuos sino también a familias enteras, no podemos comprender cómo, en los tiempos presentes, vegeten en los campos de la psicología gallega, los árboles de la superstición y las plantas del curanderismo» (Ibidem., p. 18).

El médico gallego criticó a lo largo de todo el texto las terapias populares porque iban en contra de los principios de la Iglesia, ya que distorsionan la finalidad y el significado originario de las oraciones, explotándolas para sus propósitos. No obstante la posición de condena del autor, este texto permite ilustrar la persistencia (bajo dictadura) de prácticas que resisten al proceso de medicalización y a la hegemonía biomédica (Comelles, 1996b).

Casi diez años más tarde vio la luz la mayor obra del folklorista médico de mayor producción en España: *Folkmedicina* de Castillo de Lucas (1958). A pesar de recurrir al criterio nosográfico de los médicos folkloristas, por la cantidad de datos recogidos, su valor etnográfico es muy importante. La obra es fundamental no solo como herramienta de consulta de los remedios y las prácticas del pueblo antes de la instauración del sistema sanitario, sino que, mediante la recuperación de los estudios italianos de Pitirè, Sarnelli y Pazzini, el texto evidencia un cierto diálogo entre los dos países. A pesar de ello, la recuperación del folklore médico italiano (ya superado), así como la interpretación por parte de Castillo de Lucas de la medicina popular como conjunto de factores (supersticioso, religioso y natural), resulta bastante anacrónico si comparado con el trabajo de campo coetáneo de Ernesto de Martino (1959, 1961). Si por un lado este último evidencia una antropología italiana proyectada hacia el futuro, Castillo de Lucas ancla el folklore médico español en el pasado (Comelles, Riccò, & Perdiguero-Gil, 2014; Comelles, Riccò, et al., 2017; Perdiguero-Gil & Comelles, 2014). La explicación recae en la situación política de los dos países. Con la consolidación de la hegemonía de la biomedicina ya no era necesario dedicar tanto tiempo a marcar los límites entre medicina popular y medicina oficial y es por esta razón que la mayor parte de los autores del siglo XX se interesaron por los aspectos folklóricos en sí (Comelles & Perdiguero-Gil, 2015) más que por el inútil intento de subrayar una supremacía, la de la medicina científico-experimental, ya largamente afirmada. En consecuencia, a pesar de estas últimas obras, el significado del folklore médico empieza a desaparecer en España a partir de 1940 (Comelles & Perdiguero-Gil, 2014) y desaparecen también las que Comelles había denominado «etnografías clínicas» un género etnográfico «*caratterizzato da studi su casi locali o regionali, codificato secondo criteri che derivano dalla medicina clinica e che ha come unità principale di osservazione la situazione di malattia*» (Comelles, 1996, p. 74).

Los casos de Francia y Bélgica

Según Giordana Charuty (1997), en Francia la transición de la expresión superstición a la de medicina popular ocurrió de forma tardía respecto a Italia. Los primeros análisis del concepto se desarrollaron en los años treinta, casi cuarenta años después de Pitirè. El folklorista Arnold Van Gennep, normalmente recordado en antropología por *Los rituales de paso* (1909), fue uno de los primeros autores en Francia a ocuparse de magia, medicina popular y brujería. En el segundo tomo de *Le Dauphiné traditionnel* (Van Gennep, 1936) narra de la magia agrícola, de la meteorología popular, del folklore de los animales y vegetales, de las fórmulas mágicas y de las enfermedades y sus posibles remedios

tradicionales. En la breve introducción al texto intenta relacionar medicina popular y oficial subrayando como algunos mecanismos de eficacia por sugestión existan también en la medicina «científica» (por ejemplo, en el caso de la hipnosis). El desarrollo de esta comparación, basada en este caso sobre las similitudes y no sobre las diferencias, hubiera sido muy interesante, pero el autor no le dedica una especial atención, privilegiando, en cambio, la etnografía de los datos. Anteriormente, otros folkloristas se habían acercado al tema, aunque sin hablar abiertamente de medicina popular, entre ellos vale la pena mencionar a Emily Nourry (pseudónimo Pierre Saintyves) que escribió distintos textos sobre el folklore médico, intentando relacionar magia y medicina mediante síntomas o patologías específicas, como el caso de las verrugas, el bostezo o el estornudo. Saintyves (1920) trató también de investigar los orígenes de la medicina, comparando las explicaciones empíricas con aquellas mágicas. En el primer caso hizo referencia a los remedios naturales (hierbas, infusiones) además del papel del instinto que, como para los animales, nos ayuda en la elección de determinadas sustancias. En el segundo, la situación es más compleja porque tiene que ver con aquellas realidades donde las enfermedades se explican a través de principios de orden sobrenatural. De suma importancia es distinguir aquí entre magia y religión, ambas formadas por dogmas, técnicas y «*una attitude affectueuse et soumise vis-à-vis des êtres et des puissances que incarnent la sainteté et l'idéal*» (Saintyves, 1920, p. 30). La diferencia está en la forma de acercarse a cada una de estas características. A nivel de doctrina la religión se interesa mayormente por la fe, mientras que la magia valora el conocimiento del hombre, y en un cierto sentido se puede decir que prepara las pistas para la ciencia. A nivel de técnicas, la religión procede mediante ritos de propiciación mientras que la magia actúa gracias a la acción directa. En fin, la actitud interior de la religión es la de generosidad y nobleza de ánimo, mientras que la de la magia es el poder y la dominación.²⁵ Continuando con los países francófonos hay que nombrar *La médecine populaire* (Hermant & Boomans, 1928) publicado en Bélgica al principio del siglo XX. La estructura del texto, en este caso, es diferente de las de los folkloristas médicos, de hecho la bibliografía es escasa y resulta complicado seguir la traza de los autores. Existe todavía un apartado dedicado a la nosología de las enfermedades, pero es un capítulo muy breve y pasado por alto durante años dentro del texto que, en cambio, explora las dinámicas simbólicas de la medicina popular, centrándose en la analogía como herramienta de análisis. Los autores pretenden

²⁵ Veremos más adelante cómo este concepto de control asociado a la magia puede tener algún punto en común con la difusión actual de las medicinas alternativas.

subrayar la lógica que existe detrás de los remedios populares, además de su relación con la teoría griega de los humores.

Enfermedades, padecimientos y culture-bound syndrome

En los años setenta, el médico y antropólogo Horacio Fabrega (1971) sugirió una primera distinción, en lengua inglesa, entre los términos *disease* e *illness*. Con el primero se refería a un estado alterado del cuerpo que se desvía de las normas establecidas por la medicina occidental y con el segundo a una condición de enfermedad, cuyos criterios eran sociales y psicológicos. Con este binomio Fabrega recogió la doble dimensión implícitas en la enfermedad, como enfermedad en sí y como padecer, es decir como nivel *etic* y nivel *emic* (Prat, Pujadas, & Comelles, 1980, p. 45). Algunos años más tarde, el mismo binomio fue retomado por el psiquiatra y antropólogo Kleinman (1980) según el cual «*disease affects single individuals, even when it attacks a population; but illness most often affects others as well (e.g., family, social network, even at times an entire community)*» (Kleinman, 1980). Éste formuló una concepción triple de la enfermedad, enraizada en los conceptos de *disease*, la patología en el sentido biomédico del término, de *illness*, la experiencia subjetiva del sufrimiento, y *sickness*, la enfermedad en el sentido social. Según la Escuela de Harvard la biomedicina resultaba eficaz para la sanación de las aflicciones centradas en el cuerpo, pero no para los malestares cuyo origen no recaía en factores biológicos, sino biográficos, sociales, psíquicos y emocionales. A pesar de la tripartición, las contribuciones de Kleinman se enfocaban principalmente en la concepción de *illness*. Será a través del pensamiento de Allan Young (1982) cuando la atención se desvió también hacia la *sickness*. Según este autor, los conceptos principales de la «antropología de la *illness*» (experiencia, modelos explicativos, eficacia, entre otros) no solo tenían que ponerse en relación entre ellos, sino que se debían entretrejer con los factores económicos, políticos y sociales que afectan al individuo. Dependiendo de los autores, los paradigmas de la *illness* y de la *sickness* fueron considerados planteamientos complementarios o antagónicos, pero a ambos se extendió la misma crítica: ni los primeros ni los segundos se ocuparon de problematizar la naturaleza de la *disease*. En este sentido, el dilema más grave era considerar exclusivamente la dimensión biofísica del cuerpo, dejando de lado su capacidad activa de ser una fuente de producción de significados (Quaranta, 2006a).

Determinadas *illnesses*, aflicciones y enfermedades tuvieron una importancia peculiar a lo largo de mi investigación, debida a su frecuencia, simbología y difusión bajo otras denominaciones y en diferentes contextos. Muchas de ellas pertenecen a los *culture-bound*

syndromes (CBS), noción que recibió especial atención en el contexto de las medicinas tradicionales, así como en el psiquiátrico. El DSM-IV afirma que «*the term culture-bound syndrome denotes recurrent, locality-specific patterns of aberrant behavior and troubling experience that may or may not be linked to a particular DSM-IV diagnostic category*» (1994, p. 844). La idea de base es que el origen del síndrome recaiga en factores específicos de una determinada cultura (Simons & Hughes, 1985). La principal dificultad de esta categoría es la pretensión de objetividad. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la representación de la enfermedad y la manera de entenderla y vivirla no son universales, lo que desde un punto de vista biomédico y psiquiátrico puede ser considerado un desorden, no necesariamente lo es para quien lo padece y para su contexto socio-cultural. Un ejemplo son el *amok* y el *latab* que indican, respetivamente, un episodio disociativo particularmente violento que afecta a los varones malayos y un estado de hipersensibilidad y miedo imprevisto, muchas veces asociado a ecolalia, ecopraxia y trance, que atañe principalmente a las mujeres de Malasia (aunque se encuentra también en Tailandia, Japón, Filipinas y Siberia bajo otra denominación). Otros síndromes bastante conocidos en el contexto mediterráneo y en Sudamérica son el mal de ojo y el susto, sobre los cuales retomaré el hilo más adelante. Veinte años más tarde, el DSM-V propuso una nueva definición: «*cultural syndromes are clusters of symptoms and attributions that tend to co-occur among individuals in specific cultural groups, communities, or contexts and that are recognized locally as coherent patterns of experience*» (2013, p. 758). Asimismo, algunos síndromes desaparecieron (precisamente el *amok* y el *latab*) del DSM.

A lo largo de los años, la ambigüedad y el reduccionismo del concepto trajeron consigo no pocas críticas. En primer lugar, el término *culture-bound* fue considerado «excluyente», porque presupone implícitamente la existencia de condiciones de *culture-free* (Hahn, 1995). Esta etiqueta caería entonces «en la trampa de considerar las enfermedades nosológicas de la medicina científico-experimental como la única realidad posible cuando, en cierto sentido, todas las enfermedades pueden ser “determinadas culturalmente”» (Perdiguero-Gil, 2005, p. 6). A través de la perspectiva *nature-culture egalitarianism*, Ritenbaugh (1982) y Cassidy (1982) invierten la idea inicial de las CBS, atribuyendo la calidad de *culture-boundedness* a la categorización propuesta por parte del sujeto, en vez de aquella atribuida por parte del objeto; así que cada conjunto de síntomas categorizado como enfermedad, ya sea *disease* biomédica (obesidad) o *folk illness* (mal de ojo), se puede llegar a considerar como *culture-bound* (Ciminelli, 1997).

Finalmente, no puede negarse la existencia de malestares exclusivos del contexto Occidental, que surgen como consecuencia de nuestro estilo de vida, piénsese por ejemplo

en los «compradores compulsivos» o en la vigorexia, una dependencia del ejercicio físico causada por una imagen distorsionada de uno mismo a través de la cual el individuo (generalmente de sexo masculino) tiene una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente masa muscular (Rodríguez Molina & Frenzi Rabito Alcón, 2011). No es casualidad que según el DSM los síndromes culturales se den especialmente en contextos de marginalidad y lejanía (con respecto al Occidente), confirmando la voluntad descarada de la biomedicina de marcar una separación entre «científico» y «tradicional», así como entre «moderno» y «primitivo».

Curanderos y guaritori

Dedicamos este apartado a los actores sociales que dirigen el procedimiento diagnóstico-terapéutico quienes, dependiendo del contexto, lugar e idioma, han sido denominados: curanderos, sanadores, *healers*, *guaritori* o *guerisseur*. Comúnmente con estos términos se hace referencia a figuras que, por distintas circunstancias (de nacimiento, biográficas, iniciáticas, místicas), se dedican a curar mediante rituales simbólicos y/o técnicas empíricas y mecánicas de sanación. «*Ogni guaritore pratica la guarigione con metodi personalizzati, è importante dunque cogliere il capitale d'insieme, formato da capitale culturale, professionale e terapeutico costituito dalla clientela*» (Friedmann, 1993, p. 12). Las fuentes históricas evidencian muchas características que convierten los individuos en curanderos: ser *settimini* (Bloch, 1989), es decir el séptimo hijo del mismo sexo, haber dado a la luz mellizos (Guggino, 1993), tener una cruz en el paladar (Amades, 1969), *essere nati con la camicia*, entre otros. Con esta última expresión se hace referencia a aquellos niños que al momento del nacimiento salían con la membrana amniótica a su alrededor. El considerar el «amnios» como una envoltura ambigua, conectada con el mundo de los «no-nacidos» y del más allá, cuya presencia implicase la posibilidad del sujeto de entrar en contacto con los difuntos o lo sobrenatural, era común en distintas tradiciones. Los eslavos, por ejemplo, creían que los niños con esta característica se convertían en hombre lobos; por su parte, los istriots, eslovenos y croatas los relacionaban con figuras enigmáticas cuya finalidad era luchar contra brujos y vampiros. En Rumanía se asociaban a los *strigoi*, en Friuli a los *benandanti*²⁶ y en la población siberiana Yurak-Samojedi a los chamanes (Ginzburg, 2008). Hay también curanderos cuya carga no dependía de elementos biográficos, sino de una iniciación consciente (de adultos) o

²⁶ Los *benandanti* (Ginzburg, 2002) eran campesinos del *Friuli-Venezia Giulia* que practicaban un culto pagano para propiciar la fertilidad y defender la tierra de las acciones malévolas de las brujas.

inconsciente (recién nacidos), en la que el individuo asumía la responsabilidad de aprender los secretos de la cura o adquiriría el poder para ejercerlos en un futuro.

En España la palabra «curandero» (utilizada también en catalán) es la más difundida, aunque es un término incómodo que tiene connotaciones peyorativas y que, en el medio urbano, ha sido, a menudo, sinónimo de «charlatán» (Comelles et al., 2013, p. 162). Los «charlatanes» eran personajes que recorrían pueblos y ciudades, vendiendo pócimas, talismanes o panaceas en cambio de dinero. Representaban una «forma» de mercantilización de la salud. Por el contrario, los curanderos curaban de forma gratuita o cobrando la «voluntad». Al término curanderos son preferibles el italiano *guaritori*, el francés *guérisseur* o el castellano «sanador» aunque tampoco estén exentos de connotaciones negativas y tienden a ser bastante anacrónicos en el mundo actual. Para ser considerado *guaritore* o curandero en los países del Sur de Europa era fundamental el reconocimiento de la comunidad. El prestigio de los sanadores iba mucho más allá de quitar la culebrilla o arreglar un esguince, eran personas de referencia para el grupo social, sobre todo en los contextos donde no había acceso a otros sistemas terapéuticos. El papel de *i guaritori* no se centra, pues, simplemente en el aprendizaje de técnicas y saberes, sino que es sobre todo un «*stare nel mondo, un relazionarsi rispetto al contesto umano e naturale, ponendosi spesso in una posizione di mediazione tra il naturale e il soprannaturale e sempre in una posizione di mediazione tra l'individuo e la sua malattia o il rischio di malattia*» (Papa, 1989).

Las fuentes históricas, etnográficas y folklóricas han proporcionado minuciosas clasificaciones de curanderos dependiendo del origen de su don y de sus técnicas terapéuticas. En Italia los más difundidos son los *segnatori*, los responsables de rituales de *segnatura* que explicaremos en breve, los *conciaossa* (Parenti & Pagani, 1968) que se ocupaban generalmente de problemas de huesos y músculos y los *ciarmavermi* (Guggino, 1978) que centraban su atención en rituales mágico-empíricos contra los *vermi*, parásitos intestinales que padecían los niños. Dejando de lado las variantes regionales de origen dialectal (un ejemplo es *medgón/a* en *Emilia Romagna*), *segnatori* representa el término que más comúnmente se encuentra en las fuentes etnográficas, ya que reúne a todos los curanderos que utilizan una ritualidad hecha de símbolos de la cruz y oraciones.

Castillo de Lucas (1958) distinguía entre «ensalmadores», que curaban mediante ensalmos, «conjuradores», mediante conjuros, «saludadores», cuya saliva podía destruir la causa de la rabia, y «curanderos» que aplicaban remedios físicos, recitaban conjuros y empleaban la gestualidad simbólica de la cruz. Este último término es el que en castellano ha englobado a todos los demás. Sin embargo, en América Latina el término «huesero»

indica los profesionales tradicionales que arreglaban huesos rotos y reducían luxaciones, y el de yerbatero hace referencia a los que emplean remedios botánicos.

ITALIANO	CASTELLANO	CATALÁN
Guaritore	Curandero, Sanador	Guaridor, Sanador
Segnatore	Curandero	Senyador
Conciaossa	Huesero	Adobador

Figura 13. Tabla terminológica comparativa.

Amades (1969) realizó un largo listado de la terminología catalana,²⁷ de los cuales mencionaré algunos, en particular los *saludadors*, personas nacidas el 25 de diciembre o el día San Juan que sanaban con la saliva o con palabras especiales, los *senyadors*, aquellos que hacían cruces o signos cabalistas sobre la parte enferma y decían oraciones y los *adobadors*, individuos que trataban el desarreglo de los huesos, *l'espallat* y las heridas producidas por caídas. A través de estas clasificaciones, se abandona la nosografía característica de los folkloristas médicos. A partir de la segunda mitad del siglo XX, el acercamiento al fenómeno del curanderismo, tanto por parte de historiadores, folkloristas o antropólogos empieza a desarrollarse como un análisis más atento y detallado de la medicina popular en cuanto fenómeno social y no exclusivamente en oposición a la medicina técnico-científica.

La segnatura: una modalidad diagnóstico-terapéutica

La *segnatura* es una práctica que aparecerá mucho en esta tesis. Por eso, es importante que el lector comprenda exactamente de qué se trata. La raíz del término deriva del latín *signum* y muy probablemente hace referencia al gesto de hacer pequeñas cruces sobre la zona enferma, de hecho, se considera también como una forma menor de la bendición (Papa, 1989). Existen otras teorías²⁸ que asocian al signo el significado de «corte», más que de cruz, pero son las que han tenido un menor éxito. La práctica ha sido investigada y analizada sobre todo en Italia (de Martino, 1959; Seppilli, 1983, 1989) y se puede definir como un ritual diagnóstico-terapéutico mediante el cual se

²⁷ Aunque a veces las descripciones no coincidían a la perfección, parte de estas categorías ya habían sido mencionadas por Cels Gomis al principio del siglo XX. Es el caso por ejemplo de los *desencordadores* – que intervenían para «desencordar» un marido cuando se encontraba en una situación de impotencia y no podía cohabitar con su mujer –, los *saludadors* – que curaban con la saliva diferentes enfermedades, en particular la rabia–, los *senyadors* – que tenían la virtud de curar el mal de estómago *senyant-lo* y diciendo unas oraciones que pronunciaban entre los dientes – y los curanderos que se ocupaban de diferentes malestares y enfermedades (pastores que curaban los huesos, *mal de coll*).

²⁸ Cf. Benozzo (2008) y Alinei (1996) en relación a la teoría de continuidad paleolítica.

tratan diferentes aficciones/malestares (*herpes zoster*, erisipela, torcedura, dolor de estómago, entre otros) a través del recurso a objetos, signos (en particular el de la cruz), cataplasmas y fórmulas verbales orales. Las cuatro herramientas no siempre se utilizan de forma simultánea en cada ritual, pero es bastante común que estén presentes signos de cruces y oraciones (católicas canónicas, católicas no canónicas o fórmulas), normalmente recitadas en voz baja para que el sujeto de la *segnatura* no las oiga. La expresión que comúnmente se emplea cuando se usa esta práctica de sanación es «*segnare un male*», por ejemplo: «*segnare il mal di stomaco*» (*segnare* el mal de estómago), «*segnare una storta*» (*segnare* un esguince), «*segnare i vermi*» (*segnare* los parásitos intestinales), y las personas que ejercen el ritual son denominados *segnatori* (sing. *segnatore*), acepción mucho mejor que la de *guaritori* o curanderos, porque excluye el componente peyorativo. Así que, cuando ellos usan la expresión *tí segno*, se refieren al conjunto del ritual, no solo a la reproducción del símbolo. Lo que debe quedar claro es que no existe un ritual específico y estático que se trasmite de *segnatore* a *segnatore*, sino que cada ritual es distinto y no varía simplemente en función del malestar a tratar (por ejemplo, puede haber diferencias entre el ritual para curar las verrugas y el destinado a quitar el mal de estómago). Además, para una misma patología, según quien haga el ritual, pueden usarse elementos distintos: masajes, manipulaciones, cruces o terapias que explotan la fuerza «mágica» de algunos objetos. Se crea así una extensa pluralidad radicada en todos los aspectos de la práctica. Aunque el término se usaba y se usa en particular en las zonas rurales de la península itálica, hemos encontrado el homónimo del italiano *segnatori* en Amades (1969) que indica en catalán como *senyadors*, aquellas figuras que curaban mediante oraciones, cruces o signos cabalistas. Actualmente parece que esta denominación haya desaparecido en este contexto, pero el tipo de rituales encontrados hoy en la Cataluña rural tienen las mismas características que los localizados en la provincia de Parma (denominados allí como *segnature*).

En *Las palabras y las cosas* (1966) Foucault recupera a Paracelso empleando el término francés *signature* (traducido al italiano *segnature* y al castellano *signaturas*) para referirse a un sistema de semejanzas y de signos que, como las palabras, ayudan a encontrar las similitudes entre las cosas para poder entender el lenguaje de la naturaleza. Este sistema recuerda el de la magia simpática-homeopática²⁹ descrito por Frazer (2006), según el cual lo «semejante genera lo semejante», es decir que, actuando sobre un objeto perteneciente a una persona (su foto, su sangre, sus cabellos) también estamos actuando sobre ella. De la misma forma, esta relación de analogías nos dice que hay una simpatía entre plantas, flores y partes del cuerpo, como por ejemplo, que el acónito esté compuesto por pequeños globos oscuros engarzados en películas blancas, nos indica que esta planta es buena para las enfermedades de los ojos, dado que hay una similitud con los párpados (Foucault, 1968). A lo largo de la investigación veremos distintos ejemplos de cómo este tipo de

²⁹ Frazer habla también de «magia contagiosa» que depende del contacto entre una persona y un objeto. A tal propósito, pone el ejemplo de los Papua de Tumbleo, una isla de Nueva Guinea, que se encargan siempre de tirar al mar las vendas llenas de sangre que envuelven las heridas, creyendo que si un enemigo las encontrara, podría usarlas para hacerle daño.

analogías son muy comunes en los rituales de medicina, sobre todo entre un objeto y la morfología de una palabra (véase capítulo 3), y como el mismo principio aparece en las terapias alternativas, como es el caso de las flores de Bach (véase capítulo 5). Al respecto, Loux (1993) habla de *corps perméable*, es decir de la condición de los cuerpos en un equilibrio inestable entre salud y enfermedad. Su permeabilidad es la que hace el cuerpo tanto receptivo como vulnerable a las influencias externas y, a la vez, permite el diálogo y la comunicación entre naturaleza e individuo. La razón es que, en las tradiciones populares, el cuerpo no es considerado como algo distinto del hombre y del universo, sino que está en comunión con el mundo. Gracias a esta característica del cuerpo es posible la sanación mediante similitudes o mediante la transferencia del mal de un ser viviente a otro (no necesariamente una persona, puede ser también un animal o una planta). Las relaciones «de simpatía» de las cuales nos hablaba Paracelso siguen adoptándose, pero, con el cristianismo católico, un símbolo se ha impuesto sobre los demás: el de la cruz,³⁰ volviéndose una panacea para la mayoría de las terapias tradicionales que, a pesar del uso de hierbas, parches, masajes, prácticas simbólicas u oraciones, sigue siendo un elemento fundamental.

¿Qué significa hablar de medicina popular hoy?

Si en los trabajos de Pitre y Zanetti subyacía la voluntad de establecer los límites culturales de la medicina, en los autores de la primera mitad del siglo XX prevalece el interés folklórico y arqueológico (Comelles & Perdiguero-Gil, 2014). Por otra parte, desde hace medio siglo se lleva a cabo la relectura del concepto de medicina popular, o más bien la que Pizza define como una *disarticolazione*: «*lo studio di scomposizione critica dei modi di fabbricazione di una categoria*» (Pizza, 2014, p. 17). Esta difiere de la deconstrucción en cuanto no busca evidenciar las contradicciones y el uso de la noción de medicina popular, sino que hace un análisis crítico de la construcción de la categoría en relación a los intelectuales que la han ideada y han hecho uso de ella. Según Comelles y Perdiguero, este material que procede de los médicos folkloristas puede ser útil en relación a dos dimensiones. La primera tiene que ver con su valor como «representación de una concepción patrimonial de la memoria colectiva relacionada con la identidad cultural en *ethnoscapes* históricamente delimitados» (Comelles & Perdiguero-Gil, 2014, p. 16). Se refieren al valor etnográfico de las fuentes desde un punto de vista no solo teórico, sino también material, porque pueden permitir la reconstrucción de un mundo desde exposiciones, museos, producciones audiovisuales o conservaciones patrimoniales. Al respecto, en 2003 la UNESCO estipuló una convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial reconociendo que

³⁰ La difusión del símbolo de la cruz no fue inmediata, sino que empezó su propagación alrededor del siglo IV d.C., cuando Teodosio abolió la pena de crucifixión (Spineto, 2002).

Los procesos de mundialización y de transformación social por un lado crean las condiciones propicias para un diálogo renovado entre las comunidades pero por el otro también traen consigo, al igual que los fenómenos de intolerancia, graves riesgos de deterioro, desaparición y destrucción del patrimonio cultural inmaterial, debido en particular a la falta de recursos para salvaguardarlo (UNESCO, 2003, p. 1).

La segunda dimensión afecta la renovación de nuestra propia concepción del proceso de medicalización. El folklore médico resulta una importante herramienta para entender el pluralismo asistencial actual, lo relevante no es simplemente la información deducible de los textos, sino también la construcción de la categoría, a través de la importancia atribuida a la «mirada etnográfica» de médicos y religiosos, y su papel en la construcción de la legitimidad de la práctica médica y en su gestión, a escala local, del pluralismo médico (Comelles, 1996b).

Si queremos trabajar con el concepto de medicina popular en el contexto histórico actual hay algunos aspectos a tener en cuenta para no recaer en el evolucionismo vulgar y en su instinto reduccionista y clasificadorio. En primer lugar hay que considerar que no existe una definición unívoca de medicina popular, no existe un conjunto específico de rituales y formas para defender la salud. David Gentilcore (2004) retoma el punto de vista de algunos historiadores que se preguntan si efectivamente existió la medicina popular, prefiriendo hablar de difusión distinta del saber médico del «centro» a la «periferia». Asimismo, quizás por influencia de Kleinman (1980), Gentilcore (1998) propuso una interesante subdivisión aplicable a Europa del Sur entre el sector «médico», el «eclesiástico» y el *cunning folk* en la Italia de la Edad Moderna. Al primer grupo pertenecían boticarios, comadronas y médicos; al segundo, curas y exorcistas; mientras que al tercero, *maghare* y *fattucchiere* (las curanderas napolitanas). Las *cunning folk* incluían gran variedad de terapias, naturales o sobrenaturales, entre ellas rituales de sanación hechos con signos de cruces, oraciones o remedios caseros. Los tres sectores se sobreponían; los curanderos, por ejemplo, solían usar terapias con connotaciones religiosas y remedios empíricos basados en la flora local.

Para Seppilli la «medicina popular» significa «*l'esistenza, in talune classi subalterne, di forme mediche e orizzonti ideologici di riferimento che si presentano come oppositivi o comunque «altri» rispetto alla medicina ufficiale*» (Seppilli, 1983, p. 5). El antropólogo italiano evidencia la importancia de relacionar esta modalidad de atención a la salud con el sistema reconocido a nivel oficial. El binomio entonces es doble, no simplemente se habla de oficial y no oficial, sino también de las categorías *gramscianas* de hegemónico y subalterno. Hay que prestar atención a no interesarse simplemente por el «exotismo» de los hechos, sino investigar el

contexto socio-cultural donde se da la medicina popular y analizar las relaciones que tiene con otros sistemas de atención a la salud (como puede ser el «sistema oficial» o también el de las medicinas alternativas), con los cuales se desarrollaran conflictos y juegos de poder, así como procesos de comunicación, intercambio y diálogo. Se ponen de relieve aquí dos temáticas fundamentales al respecto: la primera es la presencia, el uso y la compenetración de distintos sistemas terapéuticos, y la segunda son las relaciones de imposición y subordinación. En definitiva, lo que es necesario hacer para comprender la medicina popular hoy es reconsiderar las categorías de hegemónico y subalterno dentro del pluralismo asistencial actual.

Un modelo en transición

Los mecanismos culturales y sociales que han producido el cambio

A partir de la segunda posguerra Europa sufrió enormes cambios (económicos, sociales, políticos, culturales) bajo la idea de progreso y modernización. Esos afectaron también al papel que había jugado el folklore, en relación con la identidad cultural de los pueblos, y en la configuración de los estados-nación. La influencia de la comunicación de masa, del consumismo (Mugnaini, 2001) y el desarrollo del turismo cultural, dio lugar a procesos de patrimonialización de la cultura oral, así como de readaptación y reinención de muchos fenómenos «tradicionales». Aunque los cambios siempre han representado una constante histórica, en los últimos sesenta años el mundo se ha modificado con una rapidez exponencial. La medicina popular no ha quedado fuera de estos procesos. Sin embargo, el curanderismo descrito en la mayoría de los estudios corresponde a contextos rurales con accesibilidad restringida, por razones económicas y logísticas, a la medicina oficial. Mediante los procesos de modernización y medicalización, así como el fenómeno de migración de los campos a las urbes, se perdió (aparentemente) la necesidad de aquellas terapias.

Para comprender la medicina popular en el mundo actual es necesario detenerse sobre los mecanismos culturales y sociales que permitieron el cambio del modelo. En los próximos subcapítulos me centraré en el tipo de influencia que estos tuvieron sobre las terapias de sanación tradicionales, centrándome en particular en:

- El proceso de medicalización y el desarrollo de la salud global
- La globalización y el sistema capitalista
- La secularización
- El éxodo rural

A estos elementos, que en breve analizaré, se les debe sumar otro componente. Me refiero al «nuevo» papel de la mujer tras su entrada masiva en el mundo laboral remunerado, que implicó el cuestionamiento de su presunto rol «natural» de cuidadora. Hasta la segunda mitad del siglo pasado, la exclusión de la mujer del ámbito científico le había permitido implantar una relación diferente con el entorno, la naturaleza y la sanación, un tipo de conocimiento que seguía otras lógicas y otros tempos y que iba a instaurar un espacio, si bien marginal, donde las mujeres conseguían ejercer una determinada forma de poder (Zanetti, 1892). Su cambio de papel entonces no dejó indiferente tampoco al sector de la medicina popular, o de la simple sanación «casera», puesto que el tiempo que las mujeres de hoy poseen para dedicarse a la comunidad (en el sentido del entorno cercano) ha notoriamente disminuido. Empero, como veremos a lo largo de la tesis, este «lugar de resistencia» aún existe y se reitera principalmente a través de las CAM – NA, tanto que es siempre a través de ellas que la medicina popular adquiere nueva vida.

El proceso de medicalización y el desarrollo del sistema sanitario universal

A partir de la Baja Edad Media (Ferragut, 2005; McVaugh, 1993) puede hablarse de medicalización, «un proceso de hegemonía lento y progresivo en torno a una dialéctica entre los intereses y los discursos de los médicos y el desarrollo de la gubernamentalidad moderna» (Comelles, 2003, p. 113). En esa primera fase, la medicalización se relaciona con el desarrollo de dispositivos de atención y asistencia que surgían de las necesidades de la población, mediante un principio de creación «de abajo-arriba» (Jones & Brockliss, 1997), y no el contrario como sucede hoy en día. El escenario de la medicalización medieval era principalmente local (Comelles & Perdiguero-Gil, 2014), y el conocimiento se producía mediante una compleja interacción con otros especialistas, saberes compartidos y discurso religioso (Comelles, 2003). Con el «descubrimiento» de América el proceso se difundió a nivel colonial con la intención de eliminar el pluralismo asistencial, canalizando el interés en la biomedicina. La profesionalización del *arte* médico se dio entre finales del siglo XVIII y 1850, periodo en que el proceso de medicalización se volvió estatal. Esta segunda fase del proceso supuso la implantación de un modelo que no tardó mucho en cuestionar las teorías de casualidad ambiental de deriva neo-hipocrática y el aspecto etnográfico de las prácticas médicas (Ibidem). En ello, se desarrolló el paradigma higiénico-sanitario y se impuso la hegemonía del modelo médico (Menéndez, 1981). Dicha etapa condujo al surgimiento de nuevas relaciones de poder, así como a la instauración de un binomio naturaleza/enfermedad en lugar de una relación medio/cultura/enfermedad (Comelles

2003). Hasta la Segunda Guerra Mundial, los médicos ofrecían principalmente consejos higiénicos, hacían pequeñas operaciones de cirugía y favorecían tratamientos paliativos. Desde el 1945 y a partir de la nueva definición de la OMS de salud (propuesta en 1948), vinculada a un bienestar total del individuo y no solo a la ausencia de enfermedad, se encaminó una tercera etapa. El descubrimiento de la penicilina benefició la sustitución de la relación entre aires, aguas y enfermedades con la teoría microbiana (Comelles, 1992b) y la atención pasó del médico al antibiótico con el consiguiente difuminarse de la preeminencia del papel de los profesionales de la salud. En este nuevo contexto, el medicamento se convirtió en la verdadera fuente milagrosa y abrió las puertas a la hegemonía del modelo hospitalario (Comelles, Egbe, et al., 2017; Comelles, 1992b). En los años setenta, el paradigma de la medicina experimental y de los intereses y discursos de los médicos se implantó definitivamente en el mundo occidental. Según Comelles esta tercera fase, enfatiza el papel de la atención primaria y la toma de conciencia de los individuos en relación a su salud, muy centrada en la responsabilidad individual. En tal contexto, las fuerzas hegemónicas recaen en manos de los medios de comunicación (radio, televisión, Internet) y el proceso de medicalización asume una dimensión global (Comelles, Egbe, et al., 2017).



Figura 14. «Dibujo de Tovar (Heraldo de Madrid)»

© Archivo HUM, historia urbana de Madrid-ISSN 2444-1325

© 2016 Eduardo Valero García-HUM 016-007 EFEMERIDES 1916

El sistema de salud italiano desde la posguerra hasta finales de los setenta, se ha basado en un dispositivo mutualista (*Enti di Mutualità*) que se ocupaba de proteger la salud de los trabajadores y de sus familias. Aunque en los últimos años la cobertura del seguro llegó a muchas categorías de asalariados, los estratos sociales más vulnerables (desempleados, alcohólicos, adictos a las drogas, subempleados) fueron excluidos durante mucho tiempo. Asimismo, la duración de la cobertura se limitaba a un periodo máximo de 180 días al año y las enfermedades crónicas gozaban de una asistencia limitada. En aquellos años se empezaron a tejer relaciones con el contexto internacional. Un ejemplo importante es el del *Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria* (CSES) de Perugia. Tras un encuentro en

Londres (1951) enfocado en la educación sanitaria de los países en la posguerra, el Profesor Alessandro Seppilli, médico higienista y padre de Tullio Seppilli, fundó el CSES. El centro de investigación adoptó una política revolucionaria para aquella época basada en el contacto con la población, los médicos de cabecera y los enfermeros. Sucesivamente, mediante la contribución del hijo y de otras figuras de renombre (Paola Falteri, Paolo Bartoli), se empezó un diálogo y una colaboración entre médicos y antropólogos, así como un proyecto de internacionalización, promovido por los cursos de verano abiertos también al público extranjero (Comelles, Riccò, et al., 2017).

En los años setenta empezaron los cambios más radicales. En particular, en 1975 la asistencia hospitalaria pasó a las regiones y en 1978 se aprobó la ley de reforma sanitaria que predecía la abolición de los sistemas mutualistas y la introducción del Sistema Nacional de Salud (SSN), creado en 1980. En la actualidad, la financiación del SSN se lleva a cabo a través de diferentes modalidades: los «precios», que se utilizan para las prescripciones necesarias para la libre elección; la coparticipación, es decir, el tique sanitario (instrumento establecido para impedir el abuso de ciertos consumos); los premios de seguros y los impuestos. El SSN opera en tres niveles: los servicios médicos básicos, que giran en torno a la figura del médico de cabecera con la función de *gatekeeper* (el médico presente al primer nivel del sistema, es el que permite el acceso a otros beneficios, particularmente al médico especialista), los servicios hospitalarios y los servicios de salud para las enfermedades raras (Cosmacini, 2015; Mapelli, 1999).

En España, hasta 1931, las políticas sanitarias fueron muy modestas. Con la Segunda República (1931-1939) la escolaridad se hizo obligatoria y gratuita, ayudando el desarrollo sanitario a través de la «higiene escolar». Ésta se mantuvo solo hasta el 1938 y no se restableció antes de finales de los años sesenta. Sin embargo, durante el franquismo se emitieron dos reformas fundamentales: la «Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad» (SOE) del 1942 (implantado en 1944) y la «Ley de bases de la Seguridad Social» (LBSS) en vigor desde 1967. Con la primera se estableció el sistema de los seguros sanitarios para los trabajadores y sus familias mediante una mutua privada y obligatoria, pagada a través de tasas salariales, que dejaba excluidos a los trabajadores del sector primario, es decir los campesinos no podían inscribirse al SOE (Comelles et al., 2013). Con la segunda se intentó pasar de un sistema de diferentes seguros a un sistema de seguridad social, se dio la posibilidad de comprar directamente los medicamentos y se incorporaron los campesinos y los artesanos. En las primeras dos décadas, dada su política dictatorial, España se encontraba en una situación de aislamiento internacional que influyó también en el campo

de la salud. Durante el franquismo existían tres sistemas de protección de salud públicamente reconocidos: la Sanidad Nacional, el SOE y la beneficencia (Guillén-Rodríguez, 2000). Las cosas empezaron a cambiar con la puesta en marcha del Ministerio de la Sanidad en 1977 y con el renovado interés por la educación sanitaria durante los años ochenta. Tras la LBSS y la posterior reforma de 1986, que introdujo la cobertura pública universal, la política sanitaria española se desarrolló en línea con el resto de Europa. A tal propósito, no es una mera coincidencia que en aquellos años buena parte de los alumnos del CSES fuesen de nacionalidad española (Comelles, Riccò, et al., 2017).

La implantación del sistema sanitario público y la facilidad de acceso implicaron una inevitable reducción de la búsqueda del recurso a las prácticas *folk* en cuanto a enfermedades graves o curables rápidamente mediante la asunción de los medicamentos. Aunque el modelo de curanderismo clásico fue desapareciendo paulatinamente, a lo largo de esta tesis se mostrará que sigue permaneciendo y formando parte del proceso de s/e/a.

La globalización, el sistema capitalista y el desencantamiento del mundo

Al principio del siglo XX Max Weber (1919) acuñó la expresión «desencantamiento del mundo» para referirse a un Occidente racionalizado, intelectualizado y dominado por la ciencia, en el que ya no había sitio para lo trascendente. En una sociedad donde el hombre, a priori, puede tener el dominio sobre todas las cosas, magia y misticismo ya no tienen sentido. Un siglo más tarde este desencantamiento ha sido totalmente naturalizado, convirtiéndose en la esencia de la modernidad actual, una modernidad líquida (Bauman, 2000) donde lo «fijo» no solo es difícil de encontrar, sino que ha perdido el valor. En este tipo de sociedad, privatizada y excesivamente individualizada, la responsabilidad (así como la culpa) recaen sobre los hombros de un solo individuo, agobiado y angustiado por el continuo cambio de identidades y la condena de la excesiva libertad (Fromm, 1941).

La globalización ha producido transformaciones enormes tanto a nivel infraestructural (la tecno-economía mundo, las migraciones transnacionales y la crisis ecológica, entre otras) como superestructural (la importancia de los medios de comunicación, el aumento de las organizaciones políticas panestatales y la meta cultura global) (Martínez-Hernández, 2009), permitiendo una nueva relación de poder entre las dimensiones de espacio y tiempo. El antropólogo Marc Augé (1994) considera tres figuras de exceso que caracterizan la contemporaneidad: la superabundancia de acontecimientos, la superabundancia espacial y la individualización de las referencias, que llegan a caracterizar esta época como una forma de sobremodernidad (Augé, 1994). Si en la «sociedad

panóptica» el control y la vigilancia se aplicaban sobre un lugar determinado, como la cárcel o el hospital, en la «sociedad post panóptica» el verdadero dueño ya no es el espacio, sino el tiempo, cuya velocidad puede permitir a quien maneja el poder volverse inaccesible (Bauman, 2005). El individuo contemporáneo tiene que saber guiar esta velocidad y con ella las relaciones a corto plazo, la inestabilidad laboral y el cambio frecuente de tareas (Sennett, 2008). En segundo lugar, ambas dimensiones se han reducido a magnitud cero con la consiguiente creación de individuos mimados por la sociedad y convertidos en «niños caprichosos e impacientes» incapaces de esperar para obtener lo que desean. Si la Tierra, mediante sus ritmos y sus estaciones, nos había acostumbrado a la espera, la industria, cuya finalidad es la producción rápida y masiva, nos ha vendido la velocidad como valor añadido. El gran ganador de este tipo de política es, por supuesto, el sistema capitalista y su lógica económica del consumo. Siguiendo las teorías de Bauman el consumismo se convierte en una forma de contratacar el miedo provocado por la liquidez del sistema, mientras que Bruckner (2002), por su parte, ve en ello una herramienta de la sociedad capitalista para re-encantar el mundo. Un mundo que:

Resultaría intolerable si no estuviera mitigado por ese cinturón de seguridad, esos islotes de beatitud que nos protegen del miedo y de la hostilidad. Ir de compras, distraerse, vagabundear mentalmente por los espacios virtuales producen una penumbra, embrutecedora tal vez, pero tan suave, tan amable, que se confunde para nosotros con la luz más resplandeciente (Bruckner, 2002: 71).

El planteamiento de Bruckner propuesto en su fascinante libro *La tentación de la inocencia* es el de una sociedad movida por dos actitudes de la irresponsabilidad: el infantilismo y el victimismo. La libertad extrema y el individualismo moderno impulsaron la exigencia y la avidez hasta sus límites, generando individuos con un eterno síndrome del niño emperador, adultos que reclaman todos los derechos sin cumplir con ningún deber. El infantilismo se combinaría además con su contraparte victimista siempre pronto a culpar a los demás y a autorelegarse a una condición de subalternidad. Inmerso en este contexto, el consumismo se presenta como una «religión degradada y seducida por lo efímero» (Ibidem). El de Bruckner es un libro duro y encantador que todos deberían leer, no solo porque pone de relieve las contradicciones de la sociedad occidental, sino porque es capaz de dar la vuelta al uso que se hace de toda una serie de paradigmas ideológicos (como el feminismo o la importancia de la libertad) que a veces no son más que un escudo empleado para justificar un egocentrismo extremo.

En el cuadro que acabamos de describir, el de un mundo líquido, desencantado y obsesionado por la velocidad, el sitio para la medicina popular centrada en las relaciones

simbólicas se hace cada día más limitado (por lo menos aparentemente). Por otra parte, hay que decir que no todos los autores tienen una visión tan crítica y cínica del contexto actual. Dei (2014) critica el punto de vista de Bauman, sobre todo por la ausencia de diálogo con los actores sociales y por la presunta superioridad moral desde la cual muchos intelectuales se posicionan. Según este autor, al hablar de consumo de masa se tendría que considerar la importancia que los individuos asocian a los objetos para descubrir hasta qué punto se puedan considerar como una mera herramienta de obnubilación.

Berman (1987) y Noguera de Echeverri (2004) hacen un análisis positivo del concepto de reencantamiento del mundo, considerándolo como un estadio deseable al cual auspiciar a través de un mayor acercamiento al cosmos y a la naturaleza, un holismo entre individuo y universo y una vuelta a la unidad perdida. Esta recuperación de elementos mágicos por parte de las clases burguesas junto con la formación de grupos religiosos de inspiración oriental representa según Lanternari (1976) la respuesta retrógrada y anacrónica a un sentido de insatisfacción generalizado. El antropólogo italiano opone al magismo primario del mundo mágico demartiniano, un magismo secundario, burgués, derivado de la crisis de identidad producida por el sistema capitalista. Todo esto puede parecer, a priori, demasiado abstracto. Y sin embargo no puede ser más concreto. Según Maffesoli (2009) solo teniendo en mente esta «reanudación-distorsión» puede comprenderse la vuelta de todos esos arcaísmos que puntúan la vida cotidiana. Las tribus juveniles, la importancia del nomadismo, la exacerbación de las religiosidades, la prevalencia de la animalidad en los espectáculos de todos los órdenes, el desarrollo festivo, el culto del cuerpo. Todo se encuentra en las tiendas especializadas, inunda la publicidad y, poco a poco, contamina los diferentes sectores de la vida social. Maffesoli considera el reencantamiento del mundo como «la reafirmación de lo complejo, la heterogeneización de todos los aspectos de la vida. Pluralización de la persona, fragmentaciones tribales, policulturalismo galopante son algunas de las tantas características de la vida social» (Maffesoli, 2009, p. 48). Para el autor lo que resulta sorprendente es el sustrato cultural sobre el cual parece haberse fundando la postmodernidad que es precisamente esta «fantasía» de un renovado panteísmo. Como veremos más adelante, esta «necesidad de trascendencia» será una de las características fundamentales para el desarrollo de la medicina popular en clave postmoderna, es decir, mediante el apoyo de las medicinas alternativas y complementarias y de las nuevas formas de espiritualidad contemporánea.

La secularización

Como «proceso de secularización» se etiqueta la pérdida de poder de la religión y de su influencia sobre los individuos y las instituciones políticas y sociales, y su relegación a la esfera privada. Pérez-Agote Poveda (2007) habla acerca de España, de tres oleadas de secularización que pueden resultar útiles aplicadas a otros países del sur de Europa, Italia entre ellos. La primera se refiere a la pérdida de importancia de la religión en la conciencia de las personas con consiguiente abandono de prácticas y costumbres. La segunda alude a la lógica de laicización del Estado y a la actitud pasiva y desinteresada hacia la religión, mientras que la tercera se manifiesta como una crisis de la religiosidad en sí y no solo de la religión orientada hacia la Iglesia. A pesar de esto, el autor concuerda con que el proceso de secularización no se puede justificar con el simple aumento de categorías como ateo, agnóstico o no creyente, sino que habría que investigar sobre la interpretación que los actores sociales dan de las mismas. Si es cierto que el proceso de secularización de las sociedades occidentales permitió el desarrollo de la democracia y la formación de la sociedad civil (Comelles, 1996b, p. 129), es cierto también que lo que se ha generado no es un declive de la religión, sino una mutación de la misma y de sus funciones. Según Bakx (1991), los cambios en la forma de vivir y practicar la religión, no implican su desaparición en cuanto tal, sino que conllevan el pasaje de una *church religion* hacia una *religion as experience*. A tal propósito, un papel importante lo encarna la ciencia moderna, incluida la medicina, que en un cierto sentido ha tomado el lugar de la religión -así como los médicos han substituido a los sacerdotes (Rodríguez-Díaz Susana, 2008)- y se ha convertido en una ideología dominante y potentísima cuya pretensión es la universalidad (Lizcano, 1999). El tipo de confianza ciega que encomendamos a la ciencia y a quienes la practican no se aleja mucho del aura de sacralidad que permeaba la religión y sus promotores, con la diferencia que ahora preferimos dejar nuestras vidas en manos del cirujano, mientras que antes las dejábamos en las de Dios. La ciencia, de a poco, suplantó a la religión realizando uno de los mitos de los cuales nos hablaba Foucault (1953) el «de una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero, e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que éste ejerce sobre las almas» (Foucault, 2001, p. 157). Turner (1989), por su parte, evidencia como la cultura de la culpa y de la confesión, sobre la cual volveremos más adelante, no ha desaparecido, sino que se ha redistribuido y reincorporado mediante la misma medicina.

Si la Iglesia condenaba la promiscuidad desde un punto de vista moral, en la sociedad secularizada la condena se origina en el ámbito de la salud, porque los

comportamientos sexuales de riesgo transmiten enfermedades, pero no por esto son exentes de un juicio moral. Así que las prácticas saludables, como hacer deporte, comer correctamente, no beber ni fumar, son incentivadas y vistas de buen grado porque reducen la intervención médica y, por ende, el gasto del Estado. El mismo trato, no será reservado a los sujetos acostumbrados a los malos hábitos, sobre ellos recaen culpas y críticas y la enfermedad asume el papel de castigo. En una sociedad para la producción no hay espacio para el padecimiento físico que frena el rendimiento continuo, así que la salud pasa de ser un «regalo» de los dioses a una «obligación» (Gondar Portasany, 2003).

Dicho esto, el lector puede preguntarse a qué propósito la secularización tiene que ver con la disminución de la medicina popular y de su uso. Para entenderlo hemos de explicar la relación entre medicina y religión, aprovechando el concepto de religiosidad popular. Este término se ha empleado para referirse a las formas que el pueblo tenía de vivir la religión fuera del ámbito oficial e institucionalizado. No obstante, teniendo en cuenta que las prácticas de religiosidad popular no son siempre minoritarias y marginales, sino que tienen un número elevado de seguidores en la población, la distinción entre «religión» y «religiosidad popular» no tiene mucho sentido (Delgado, 1993). A pesar de las críticas atraídas por el concepto, creo que puede resultar útil para acercar el lector al universo de las nuevas terapias de sanación tradicional de las que estoy hablando. Es el caso de las oraciones e invocaciones de santos, de los símbolos religiosos y de los exorcismos. A tal propósito, Di Nola (1981) discernía entre la religiosidad popular en el mundo rural y en el urbano. En el primero, la relación con lo sagrado se hacía cada día más fuerte gracias al vínculo cotidiano que las clases populares tenían con lo divino, mientras que en el segundo se relegaba a la categoría de inaccesible. El proceso de secularización, junto con otros factores, ha ciertamente ayudado a generar esta distinción.

Del campo a la ciudad, del curanderismo rural al curanderismo urbano

El modelo clásico de la medicina popular incorporaba algunas características específicas, como su difusión y prevalencia en el mundo rural -donde las condiciones de precariedad eran mayores-, la difícil accesibilidad al sistema sanitario y el fuerte sentimiento de pertenencia a la colectividad. Desde la segunda mitad del siglo XIX, con los éxodos rurales masivos, buena parte de la población, sobre todo joven, se desplazó a las ciudades. Aunque la mayoría de los estudios sobre medicina popular se desarrollan en ámbito rural, algunos autores se centraron en la persistencia del curanderismo fuera de su contexto de origen, en concreto en las ciudades. En 1982, el catalán Xavier Granero dedicó un artículo al

«curanderismo urbano» y a su problemática teórico-metodológica. El autor recuperó este concepto de Irwin Press (*the urban curandero*) que lo había definido como un complejo de actividades terapéuticas «*which in variety and quality of overall services offered, appears to accommodate peculiarly urban needs*» (Press, 1971, p. 753). Press subrayaba como el intento de encasillar a los curanderos dentro de categorías específicas (marginales, místicos, espiritistas, expertos de hierbas) había sido un gran error porque suponía negar la multiplicidad de rasgos que caracterizaban a cada sanador y su práctica. Granero retomó el concepto con algunas críticas, sobre todo en relación al uso del término curanderismo, que consideraba una definición peyorativa, creada por la propia medicina científico-experimental en un momento histórico determinado en el que necesitaba diferenciarse de la «medicina tradicional» (así como ocurrió con el término «medicina popular»). Lo que para él ensamblaba la inmensa variedad tipológica de sanadores era el rechazo por parte de la biomedicina. Por eso se opuso a la utilización indiscriminada del término que hizo Press para identificar los especialistas y objetó también el uso demasiado estricto del mismo como hacía Kiev (1968). Para Granero el curanderismo urbano puede considerarse como un fenómeno nuevo que tiene su origen en la hegemonía de la medicina científico-experimental y que influye, de una determinada manera, en la construcción de la medicina popular fuera de los contextos rurales donde inicialmente se había desarrollado. No se refiere, por tanto, a prácticas populares trasladadas a grandes ciudades. Los especialistas que menciona utilizan aspectos de la medicina «moderna» y del curanderismo clásico a la vez. Si bien estoy de acuerdo con su idea de la existencia en las ciudades de prácticas *folke* derivadas del proceso de medicalización, creo que treinta años después de la publicación del artículo, el término curanderismo urbano ya no es pertinente. De hecho, hay algunos fenómenos típicos del nuevo contexto globalizado que, utilizando esta definición, corren el riesgo de quedarse excluidos. En particular, estoy pensando en los curanderos africanos (o marabú), que se sitúan entre el universo local y el global, o todas aquellas prácticas terapéuticas surgidas tras el diálogo y la hibridación entre las terapias tradicionales y el mundo de las medicinas alternativas o *New Age*. En este segundo caso los elementos que componen el panorama proceden de distintos contextos y ya no es posible hablar de curanderismo. Dados los cambios socio-culturales de la realidad en donde vivimos, hay que repensar la noción de curanderismo urbano y relacionarla con un mundo mucho más amplio y para esto puede servir el «sector paralelo de atención a la salud».

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

CAPÍTULO II. EL MOVIMIENTO *NEW AGE* Y LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Il problema drammatico è che la Biomedicina ha fallito [...] nell'aver rinnegato le proprie origini e nel non essere stata capace nella sua arroganza e presunzione autoreferenziale e difensiva del proprio potere, scienziata, positivista di affrontare il problema della salute globale rifiutando il contributo del Pensiero e quindi delle Medicine Tradizionali.

Paolo Roberti et al.
*Medicine Tradizionali
e Non Convenzionali in Italia*
(2012, p. 6)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Los antecedentes

Al margen de la hegemonía de las medicinas técnicas en Occidente, siempre coexistieron, también en el mundo antiguo (Champeaux, 2002), prácticas alternativas de sanación asociadas a discursos religiosos o parareligiosos. Dentro del pluralismo asistencial se hallan también aquellas corrientes marginales (algunas todavía vigentes, otras no) practicadas principalmente por la burguesía y las clases medias, que permitieron el surgimiento de un mercado para las que hoy se denominan «formas de espiritualidad contemporánea», «nuevos imaginarios culturales» (Prat, 2012) o, más popularmente, terapias *New Age*. Son corrientes vinculadas a filosofías y religiones con una determinada visión de la vida, del cosmos, de la trascendencia y espiritualidad, cuyas creencias tienen importantes repercusiones sobre las prácticas de atención a la salud. Cabe mencionar brevemente algunas de ellas, principalmente por dos razones: la primera tiene que ver con la correspondencia de elementos entre momentos históricos distintos, que marcan una continuidad y evidencian una duradera comunicación entre ciencia, metafísica y magia. La segunda está relacionada con el contexto social y el público al cual se dirigen. Si la medicina popular permitía vislumbrar el vínculo entre trascendencia, espiritualidad y salud a través de los ojos de las comunidades rurales, las corrientes que veremos a continuación tienen en cuenta la mirada burguesa y la de las clases medias emergentes que buscan alternativas a los límites de la medicina hegemónica. Las principales son:

- Swedenborgianismo
- Espiritismo
- Mesmerismo
- Transcendentalismo
- Ciencia Cristiana y *New Thought*
- Teosofía
- Parapsicología
- Psicoanálisis

A estas, debe sumárseles la difusión de ciertas escuelas del pensamiento oriental. Tras la suspensión de la *Asian Exclusion Act* en 1965, de hecho, muchos maestros espirituales asiáticos tuvieron la posibilidad de llevar sus enseñanzas a Estados Unidos, impulsando sus filosofías, creencias y prácticas entre la población occidental (Gordon Melton, Clark, & Kelly, 1991). De esta forma, a través de las «religiones exóticas», acompañadas de sus componentes terapéuticos, se empezaron a difundir nuevas técnicas empíricas de sanación (Lanternari, 1996), cuya filosofía había sido popularizada, en parte, por los libros de Alexandra David-Neel (1921, 1929), de Harner (1953) y de Juan Marín (1944) (en España).

El Swedenborgianismo

El Swedenborgianismo nace del pensamiento del sueco Emanuel Swedenborg (1688-1772) que, en conformidad con Paracelso, creía en la existencia de correspondencias entre la realidad física y la realidad espiritual. A lo largo de su vida, el erudito tuvo numerosas visiones celestiales e infernales y reclamó haber sido escogido para un tour por el sistema solar. Todas estas experiencias transcendentales propiciaron la escritura de su obra principal, *Del cielo y el infierno* (1758). Swedenborg estaba convencido que las almas, al morir, pasaban un periodo, más o menos largo, manteniendo la apariencia humana y las funciones de la vida terrenal. Según él, mediante un estado de concentración especial era posible ponerse en contacto con estas entidades desencarnadas. Swedenborg influyó en el futuro movimiento espiritista (del Oso, 1980) y tras su muerte fue fundada en Inglaterra *The Church of the New Jerusalem* que tenía la misión de difundir su pensamiento y, por ende, muchas de sus obras fueron traducidas del latín al inglés (Albanese, 1992).

El Magnetismo animal o Mesmerismo

El mesmerismo se propagó en Francia³¹ a finales del siglo XVIII, cuando el médico alemán Franz Anton Mesmer (1734-1835) abandonó Viena, después de un recibimiento poco entusiasta, y se mudó a París donde implantó su nueva técnica, el «magnetismo animal». De acuerdo con sus ideas, el universo estaba penetrado por un fluido invisible, debido a la influencia recíproca de los cuerpos celestes y de la gravedad, que funcionaba como un imán. En caso de bloqueos, este fluido podía causar enfermedades que, para poder curarse, necesitaban la intervención del «magnetizador», una figura que se ocupaba de manipular y concentrar el flujo para restablecer la salud. Al principio Mesmer practicaba sus sanaciones pasando imanes por encima de sus pacientes; más adelante, gracias a la ayuda de Johann Joseph Gassner, llegó a la conclusión que los mismos resultados podían lograrse mediante la imposición de manos, una técnica que tenía cierta relación con el «toque milagroso» que la realeza practicaba a los escrofulosos en la Francia del Antiguo Régimen (Bloch, 1989). Tras su descubrimiento, Mesmer dedujo que el poder de la sanación se alberga dentro de nosotros (Zweig, 1931). Una vez estabilizado el flujo, se podía desarrollar una crisis, caracterizada por convulsiones o trance, considerada totalmente normal (Monroe, 2007). El médico creía firmemente que los individuos no estaban dotados solo de sentidos externos, sino también de uno interno (lo que suele definirse como sexto sentido) a través del cual

³¹ Sobre el mesmerismo en Francia y Alemania véase Montiel y González de Pablo (2006).

era posible conocer la realidad de forma directa, sin la mediación del intelecto, de la razón o de la memoria. El «sentido interno» permitía una representación fiel del mundo y de las que él denomina «ideas físicas». En condiciones normales, el hombre se servía exclusivamente de los sentidos externos, mientras que el «interno» existía en potencia y estaba sujeto a la capacidad de activarse exclusivamente bajo ciertas circunstancias (estados alterados de conciencia) (Introvigne, 1989; Montiel & González de Pablo, 2006).

Una visión más amplia y concreta del fenómeno es el caso de Elisabetta, descrito cuidadosamente por Clara Gallini (1983). Elisabetta era una joven mujer italiana, residente en Corfú, cuya adolescencia había sido marcada por numerosos malestares (dolores de cabeza, bronquitis, crisis epilépticas) hasta que, en 1830, tras la muerte de los padres, los síntomas se habían agudizado, causándole amenorrea y la presencia continua de fiebres y vómitos. Dos médicos de la época emplearon sobre ella el magnetismo animal y analizaron atentamente las distintas fases del tratamiento. Mediante sus notas explicaron el fenómeno de la *chiarovisione* (clarividencia), la visión de los propios órganos enfermos, y la terapia. Ésta

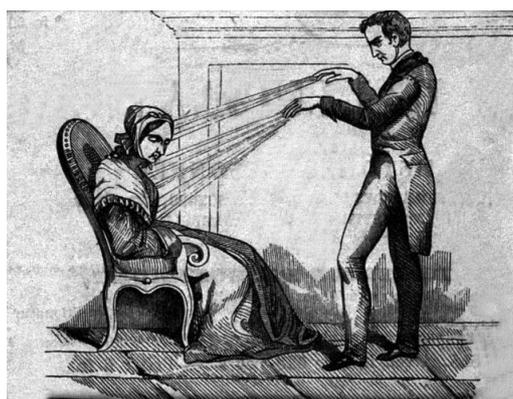


Figura 15. «Magnetizador haciendo una terapia de magnetismo animal»

©Archivio iconográfico del Verbanco Cusio Ossola.
<https://archiviodelverbanocusioossola.com/2011/12/13/accadde-a-lesa-manzoni-e-la-domestica-magnetizzata/>.

debía llevarse a cabo mediante lo que solía definirse como «sonambulismo lúcido» o «sonambulismo artificial», una suerte de sueño, natural o inducido, en el cual el sujeto manifiesta dotes peculiares. Mediante el tratamiento, Elisabetta se recuperó, pero tras la muerte de su hermana, recayó.

En su análisis, Gallini considera el magnetismo una terapia alternativa asociada a las demandas de la burguesía, a través de la cual, ésta, podía expresar sus sufrimientos, quejas y aspiraciones. El magnetismo animal

dio origen al hipnotismo moderno,³² a través de la figura de James Braid, influenciado por el mesmerismo y determinadas prácticas orientales que inducían estadios alterados de conciencia (Ross, 2012).

³² Sobre el fenómeno del hipnotismo se puede consultar el capítulo de Jeanne Pierre Peter en el libro *Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo* (Montiel & González de Pablo, 2006).

El Espiritismo

El movimiento espiritista surge en 1847 en Estados Unidos, a partir de unos hechos ocurridos en la casa del pastor metodista John Fox. Hacía tiempo que las hijas del pastor oían ruidos extraños, sin causa aparente. Las niñas concluyeron que la casa estaba poseída e inventaron un código constituido por golpes y que servía para comunicarse con los que consideraban «espíritus». Tras estos episodios, las hermanas fueron reconocidas por sus dotes de médiums y animadas a desarrollarlos. Con la familia Fox como pionera, la práctica se difundió rápidamente en Norteamérica y en Inglaterra, donde se trasladaron posteriormente. En 1927, se calcula que había en todo el mundo unos 3 o 4 millones de espiritistas (concentrados sobre todo en Estados Unidos, Brasil, Francia y Argentina) (del Oso, 1980). En el Viejo Continente, se desarrolló también el fenómeno de las mesas giratorias que consistía en hacer mover objetos o una mesa. Tres o más personas se sentaban alrededor, con las manos apoyadas en su superficie, tocándose apenas el uno con el otro. Al cabo de cierto tiempo, la mesa, en teoría, debía empezar a moverse. Así pretendían llegar a comunicarse con espíritus. Sucesivamente, se inventó la famosa «ouija», un tablero con las letras del alfabeto, alrededor del cual los participantes se reunían y movían un puntero, hasta que oían el ruido del golpe de la pata de la mesa contra el suelo, señal de respuesta de la supuesta presencia. Posteriormente, la tendencia fue abandonada para pasar a posicionar los dedos directamente sobre el puntero que construía palabras (Graus, 2014).

A pesar de las hermanas Fox, los fundamentos del movimiento espiritista se desarrollaron en Francia de la mano de Allan Kardec. En sus obras, *El Libro de los Espíritus* (Kardec, 1857) y *El Libro de los Médiums* (Kardec, 1861), mediante la ayuda de dos médiums, reveló el pensamiento de los Espíritus Superiores. Su obra fue fundamental para dar forma al movimiento dado que en sus libros aparecían consejos concretos sobre cómo organizar sesiones e interpretar los mensajes (Mülberger, 2016).

Según la base doctrinal del espiritismo, Dios existe y es la causa y origen de todas las cosas. El hombre estaría dotado de tres partes: el alma (inmortal), el cuerpo físico y el «peri-espíritu». Este último representaría el eslabón de unión entre espíritu y materia. Una



Figura 16. «Las mesas giratorias»

© Archivo HUM, historia urbana de Madrid – ISSN 2444-1325.

vez muerto, el individuo se libera de la materia y se queda con el peri-espíritu, forma mediante la cual el alma sobrevive al cuerpo, tanto que, para los espiritistas, el alma se considera inmortal. El espíritu es el que decide y crea su destino, evolucionando mediante reencarnaciones o quedándose parado en un mismo estadio por mucho tiempo sin progresar. Cada uno de nosotros tiene y tuvo muchas existencias, solo que nos olvidamos de ellas y nos seguimos reencarnando. Según la teoría de la vida espiritual hay tres mundos: el de la luz, el de la oscuridad y la Tierra. El primero es un lugar de luz, amor y armonía donde alberga Dios y los seres elevados. El segundo es el reino del mal y de los seres oscuros. El tercero es una zona de tránsito donde viven los seres humanos antes de elevarse hacia la luz o bajar hacia la oscuridad (Reviriego Almohalla, 1995). A través de figuras con dotes peculiares (los médiums) es posible contactar con los espíritus desencarnados (los difuntos).³³ Dicha comunicación puede realizarse en distintas formas: a través del habla, la escritura o los golpes. Los espiritistas consideran que los rituales y la salud están estrictamente vinculados, tanto que la enfermedad puede ser determinada por la posesión de un espíritu y, en este caso, se necesita de un médium para la sanación (Baer, 2001).

La filosofía de Kardec no tardó mucho en cruzar la frontera francesa y, desde finales del XIX hasta la guerra civil española, el espiritismo se difundió rápidamente en Cataluña. Se organizaron dos congresos espiritistas internacionales en Barcelona, se publicaron 40 periódicos y se editaron traducciones clandestinas de Allan Kardec. A raíz de esto, el espiritismo en Cataluña empezó a difundirse entre los anarquistas y las clases sociales subalternas que pretendían trascender el orden social hegemónico (Horta, 2004). Esta nueva manera de vivir la espiritualidad era, de hecho, una forma de rechazar la ideología católico-burguesa dominante. Su expansión se vio frenada por el franquismo, puesto que para el nacional-catolicismo el espiritismo era una forma de transgredir e insultar la sacralidad de la religión. A lo largo del régimen, el clima de terror y de restricción condujo a un aparente desvanecimiento de tales creencias que se siguieron practicando en la clandestinidad y que, tras la muerte de Franco, emergieron nuevamente (Reviriego Almohalla, 1995).

En Italia el espiritismo se introdujo durante el siglo XIX de la mano de los mismos sectores que habían sido el escenario del mesmerismo. No tuvo el mismo éxito porque la Iglesia católica veía en ello, aún más que en el magnetismo animal, una fuente de herejía

³³ Sucesivamente se desarrolló la corriente del espiritismo científico, según la cual un día todos estos fenómenos «paranormales» serán explicables gracias al completo conocimiento de los procesos psíquicos y psicofisiológicos. Algunos de sus exponentes fueron C. Lombroso, O. Lodge y R. Wallace (Bona, 1961).

(Zanovello, 1992). Sin embargo, determinadas figuras se hicieron famosas gracias a sus capacidades mediúmnicas. Entre ellas, la napolitana Eusapia Palladio (1854-1918) quien, en sus primeras sesiones públicas, consiguió convencer al famoso criminólogo Cesare Lombroso, largamente escéptico en esta materia. Desde entonces, la médium se convirtió en un sujeto de estudio a nivel internacional durante más de 20 años (Mülberger, 2016).

El Trascendentalismo

El Trascendentalismo³⁴ nació en Estados Unidos alrededor de 1820 sobre la base del Unitarismo, una rama del cristianismo protestante muy difundida en Boston, a principios del siglo XIX, que negaba la Santísima Trinidad y afirmaba la unidad de Dios. En el pensamiento trascendentalista había una crítica hacia la sociedad actual, considerada corrupta e impura, y contra la cual se necesitaba un cambio radical impulsado por una relación distinta entre los individuos y el universo. Los adeptos a este movimiento estaban muy fascinados por las religiones asiáticas, por su relación con el mundo espiritual (Versluis, 1993), e introdujeron muchas ideas de las filosofías y religiones orientales en Norteamérica. Entre sus exponentes cabe mencionar a Ralph Waldo Emerson (1841), Henry Thoreau (1854), Amos Bronson Alcott (1835) y Margaret Fuller, editora de la revista *The Dial*, fundada en los principios trascendentalistas. Los autores trascendentalistas fueron capaces de integrar la metafísica idealista del mundo oriental con los «valores» de la sociedad capitalista norteamericana: el individualismo, la responsabilidad personal y la filosofía del «salir adelante» (Gordon Melton et al., 1991).

La Ciencia Cristiana y el New Thought

La Ciencia Cristiana nació de Mary Baker Eddy (1821-1910) y de las influencias que sobre ella tuvieron el trascendentalismo, el mesmerismo, Swedenborg y Hegel. Tras haber experimentado mucho sufrimiento a causa de distintas enfermedades, desde su infancia, empezó una terapia de magnetismo animal con el magnetizador Phineas Parkhurst Quimby. De él tomó ideas sobre la sanación y la capacidad de auto-sanación de los individuos. Sin embargo, llegó a la conclusión de que el magnetismo animal explotaba de forma negativa los poderes de la mente y que podía ser utilizado maliciosamente contra los individuos, de manera más o menos consciente (Gartrell-Mills, 1991). En 1875, Mary Baker publicó la primera edición de *Science and Health*, el texto fundacional de la Ciencia Cristiana, en el que

³⁴ Cf. Russell Goodman (2003) Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/transcendentalism/> [consultada 20/12/2016].

se niega la realidad del mundo material y se declara que el hombre, que ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, es un ser espiritual y no material. Por consiguiente, la muerte y la enfermedad tampoco se consideraban como fenómenos reales, tanto que se creía que pudiesen ser superados mediante la oración y la comunión personal con Dios.

En 1879, Mary Baker fundó *The Church of Christ* (actualmente *The Mother Church*) en Boston. En poco tiempo, la Ciencia Cristiana se convirtió en uno de los movimientos religiosos que ha crecido más rápidamente de los Estados Unidos. De este, surgió a finales del XIX el movimiento religioso del *New Thought*, una forma de idealismo moderno que veía en la mente la realidad última, hasta el punto de que ésta puede resolver cualquier tipo de problema humano. Sus orígenes se deben a Emma Curtis Hopkins que, tras la separación de Mary Baker, fundó en Chicago en 1886 la *Christian Science Theological Seminary*, cuyos valores fundamentales eran el optimismo, la autosuficiencia y la confianza en uno mismo. Dios representaba la fuente omnipotente de poder y energía y, también, una fuerza que reside en cada uno de nosotros (Baer, 2001). La relación entre *New Thought* y *New Age* radica, fundamentalmente, en su fuerte propagación. Los primeros veían en los líderes de la Nueva Era un recurso para expandir sus iglesias, mientras que los segundos esperaban del Nuevo Pensamiento una posible clientela (Gordon Melton, 1992).

La Teosofía

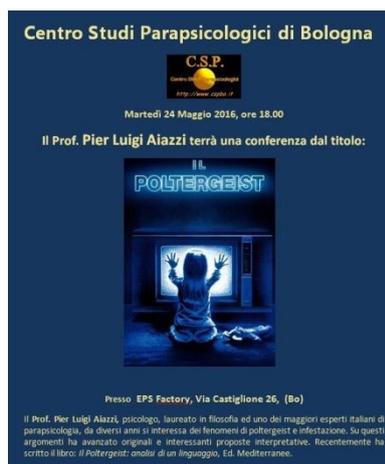
La Teosofía, del griego «sabiduría de Dios» (teos= Dios, sofia= sabiduría), es una corriente con características religiosas basada en el pensamiento del periodista y abogado estadounidense Henry Steele Olcott y de la médium rusa Helen Petrovna Blavatsky (1831-1891). Es una doctrina que intenta aunar creencias pertenecientes al mundo occidental y oriental, considerando que todas las religiones conservan fragmentos parciales de una antigua verdad que ha sido transmitida exclusivamente a un estricto grupo de personas.³⁵ Uno de los objetivos de *The Theosophical Society* (fundada en Nueva York en 1875) era la creación de la *Universal Brotherhood Humanity*, un núcleo de personas que impulsase el estudio comparado de las religiones para poder comprender las leyes de la naturaleza y el poder desconocido de los seres humanos (Prat, 2012). La sociedad teosófica intentaba descubrir la esencia de la religión que, para ellos, no era otra cosa que «*an unified body of esoteric knowledge subtending all the world's diverse and seemingly irreconcilable faith*» (Monroe, 2007, p. 235), además de las leyes de la naturaleza y de los poderes latentes del hombre (Hanegraaff,

³⁵ Cf. Enciclopedia On Line, Treccani. <http://www.treccani.it/enciclopedia/teosofia/> [consultada 20/12/2016].

1996). Los teósofos creían en una realidad espiritual y en la posibilidad de contactar con ella mediante la intuición, meditación, revelación o estados alterados de conciencia. Según esta corriente, los seres humanos están atrapados en el mundo material, pero quieren y necesitan volver a su hogar espiritual. Desde de una concepción filosófica de la realidad, los teósofos se centraban en aspectos éticos, impulsando a los hombres a una acción conjunta para superar los conflictos y eliminar el mal (Polestra, 1962).

La Parapsicología

La Parapsicología surgió en Inglaterra, a principios del siglo XX, con la *Society for Psychical Research*. Esta corriente se centraba principalmente en tres tipos de fenómenos: la percepción extra-sensorial (clarividencia, telepatía y precognición, entre otros), la interacción mente-materia y los elementos que sugieren la supervivencia después de la muerte corporal, como las experiencias cercanas a la muerte, las apariciones y la reencarnación (Bonilla, 2010). Uno de los fenómenos más conocidos es el del *poltergeist*, que consiste en el movimiento repentino de objetos o en la caída de piedras y otros materiales sin ninguna explicación aparente. Según el médico y psicólogo alemán Hans Bender, la explicación arraiga en las capacidades mediúmnicas inconscientes de jóvenes o adolescentes que muchas veces están presentes cuando se manifiestan los fenómenos (La Vecchia, 2002). Su problema radica en la imposibilidad de replicar los experimentos, razón por la que la parapsicología no puede considerarse una ciencia. Empero, hubo una época, alrededor de los años treinta del siglo pasado, en que se hicieron famosos los experimentos sobre percepción extrasensorial (ESP) llevados a cabo en la Duke University por John Banks Rhine. Uno de los más conocidos consistía en la adivinación de una carta de baraja, usando las dotes psíquicas. Actualmente, las sociedades parapsicológicas siguen existiendo. Podemos señalar el *Centro di Studi Parapsicologici di Bologna* (CSP), del cual he podido entrevistar el actual presidente, Bruno Severi, que sigue su actividad científica a pesar de la disminución general de interés por la parapsicología.



Figuras 17-18-19. Carteles con los últimos eventos del *Centro Studi Parapsicologici* de Bologna.

El Psicoanálisis

El psicoanálisis, fundado por Sigmund Freud (1886-1936) a finales del siglo XIX, consiste en el estudio del inconsciente como herramienta para comprender la vida psíquica consciente, teoría que comparte algunos elementos con otras corrientes marginales.³⁶ Fue en el marco del psicoanálisis que los psiquiatras empezaron a apropiarse de técnicas espiritistas (mediumnidad, escritura automática, hipnosis) para convertirlas en nuevas herramientas científicas. El inconsciente empezó a asumir un papel clave y surgieron estudios que se situaban entre la psicología, la medicina, lo paranormal y el espiritismo. El médico Pierre Janet (1889) planteaba el «automatismo psíquico» que representaba la forma más sencilla de la actividad mental. De este modo, distinguía entre un psiquismo sano y un psiquismo enfermo. El primero dejaba muy poco espacio al automatismo, haciendo

³⁶ Cf. *En ningún lugar, en parte alguna. Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo* (Montiel, & González de Pablo, 2006).

emerger la conciencia en las experiencias perceptivas; el segundo, en cambio, no tenía un control sobre la fuerza automática. Según él, este era el caso de aquellas personas con «falta de voluntad y coherencia en el trabajo mental» (Mülberger, 2016, p. 112).

Carl Gustav Jung (1875-1961) estaba también muy interesado por los fenómenos paranormales, intentó explicar, por ejemplo, el enigma de las mesas giratorias mediante el planteamiento de un inconsciente colectivo (Jung, 1925). En su opinión, éste representaría la manifestación en el individuo de la experiencia psíquica total de la humanidad vivida durante miles de años (Ladous, 1989). Para entender mejor a qué se refiere, emplearé un ejemplo del mismo Jung, descrito por Ladous (Ibidem). Durante una noche de invierno mientras estaba en casa, el psicoanalista empezó a oír el ruido de instrumentos musicales en conjunto con voces de personas que hablaban y se reían. Pero en las calles no había nadie. Jung se quedó obsesionado con esta visión y comenzó a buscar un significado simbólico, hasta que un día descubrió que su imaginación había «reconstruido» un episodio realmente ocurrido. En el lugar donde se hallaba su casa, en la época Medieval, se solían juntar los mercenarios que bajaban de las montañas. Jung asoció su visión a uno de aquellos encuentros que podían haber sido acompañados por cantos, risas y bailes. Dado que Jung no pretendía explicar la realidad con elementos sobrenaturales, sino buscar explicaciones en las profundidades del inconsciente, nunca fue considerado un visionario, cosa que, en cambio, les ocurrió a los espiritistas. Asimismo, para el psicoanalista, existen elementos y símbolos recurrentes entre culturas lejanas que permiten demostrar la existencia de determinadas *forma mentis* comunes a todos los individuos: los arquetipos (Introvigne, 1989). Esta interpretación del inconsciente, recuperada por las corrientes espirituales contemporáneas, harán de Jung uno de los mayores intermediarios entre el modelo espiritista y el *New Age* (Ladous, 1989).

El movimiento New Age

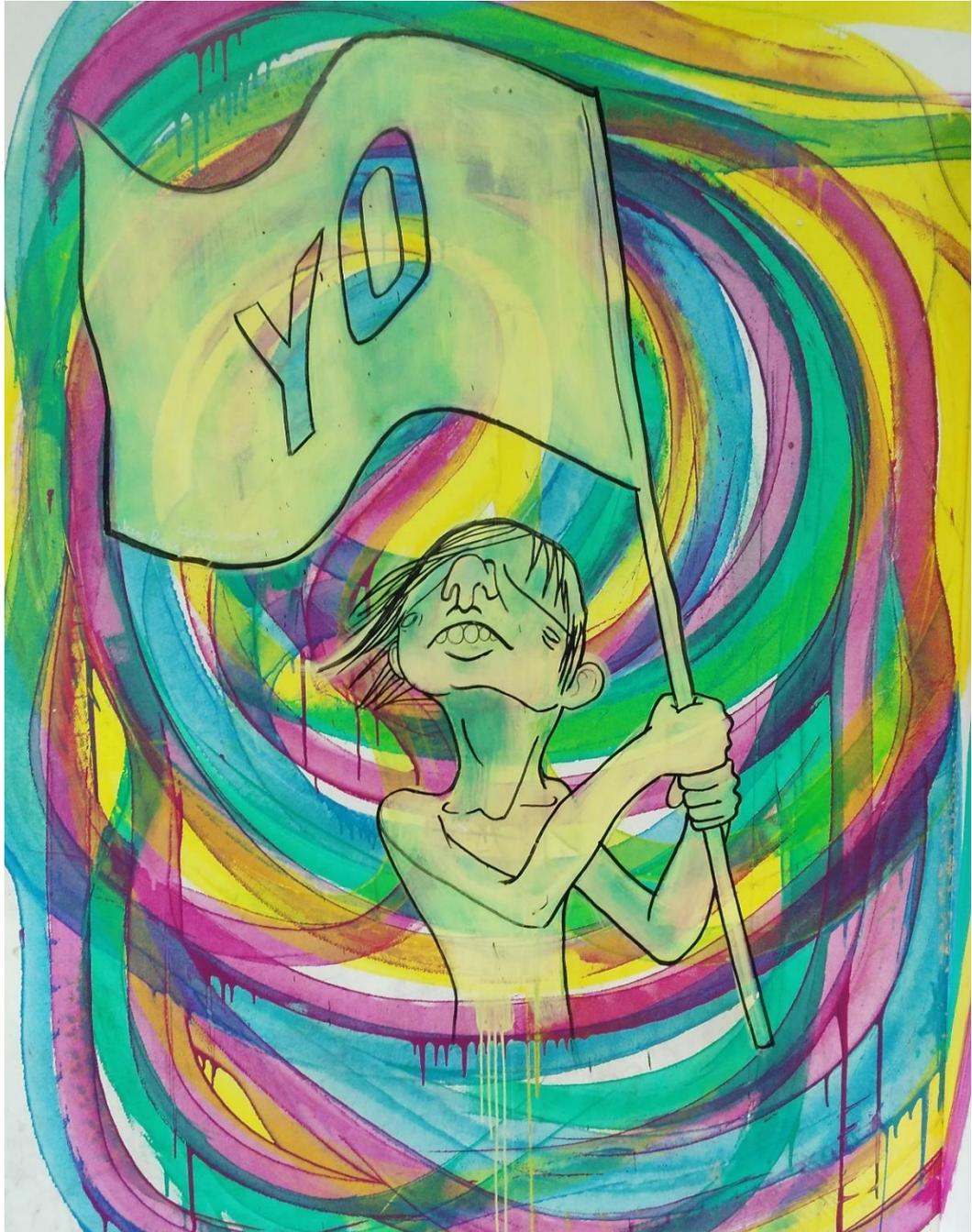


Figura 20. Grafiti en la estación de autobuses de Tarragona.
Fotografía propia

When the moon is in the Seventh House and Jupiter aligns with Mars
 Then peace will guide the planets and love will steer the stars
 This is the dawning of the Age of Aquarius
 The Age of Aquarius,
 Aquarius! Aquarius!
 Harmony and understanding, sympathy and trust abounding
 No more falsehoods or derisions, golden living dreams of visions
 Mystic crystal revelation
 And the mind's true liberation
 Aquarius! Aquarius!

...

Aquarius/Let the Sunshine In
Album: The Age of Aquarius,
 The Fifth Dimension,
 1969

Una definición difícil

El movimiento *New Age* nació, como tal, en Estados Unidos en los años sesenta en el contexto de las corrientes de rebelión de la contracultura juvenil. Surgieron muchos movimientos neo-orientales con características muy distintas entre ellas, pero todos criticaban el hecho de delegar a determinadas figuras el papel de la sacralidad (Filoramo, 1999). Sus precedentes, identificados por Gordon Melton, Clark y Kelly (1991), son todas aquellas corrientes marginales descritas en el apartado anterior, desde las que surgió un nuevo modo de considerar la espiritualidad. Junto con ellas, cabe mencionar la idea religiosa de apocalipsis cristiano y la de adivinación pagana, presentes y mezcladas dentro a los ideales de la Nueva Era. Estos movimientos se inscriben en lo que Castel *et al.* (Castel, Castel, & Lovell, 1980) consideraban como el desarrollo de la sociedad *psy* en Norteamérica y el avance de un amplio mercado relacionado con la salud que desbordaba los límites de la medicina y la enfermedad, que había sido el paradigma dominante anterior. Determinados movimientos, como el naturismo y el vegetarianismo ya habían tenido un peso, aunque marginal, en las sociedades europeas en la primera mitad del siglo XX. Sin embargo, movimientos inscritos en un racionalismo muy poco sospechoso de espiritualismo, como el *New Age* norteamericano, no dejan de formar parte de la cultura de *In God we Trust* presente incluso en los billetes de dólar.

Analizando la literatura, lo primero que se observa es la dificultad de dar una definición precisa de la Nueva Era. De hecho, la principal característica de este tipo de terapias y creencias es no ser parte de un movimiento organizado y coherente. A la vez, muchas personas rechazan la misma terminología de *New Age*, utilizada principalmente por los medios de comunicación de forma despectiva al punto que, cuando se habla de éste

como hecho socio-cultural, hay muy pocas personas que se identifican a sí mismas como sus partidarias, voceras o adeptas (Carozzi, 1993). Para hacer la definición aún más complicada, se suma la falta de una organización y un credo oficial al cual hacer referencia. Sin embargo, hay muchas personas que, aunque no se definan como *new agers*, comparten sus creencias y prácticas (o las que han sido consideradas como tal). La tendencia a conferir connotaciones negativas o a ridiculizar -a nivel terminológico- interpretaciones de la realidad distintas de la del modelo oficial, no es un fenómeno nuevo, de hecho, lo mismo había ocurrido con el concepto de medicina popular. Por esta razón, el movimiento *New Age* ha sido remplazado también con otras etiquetas como «nueva ciencia», «metafísica», «religiones occidentales», «filosofía», «vida natural» (Lewis 1992, p. 1). Asimismo, ha sido enmarcado dentro de las tendencias modernas de «bricolaje religioso» (Rodrigo & Hernández Martí, 2014) denominadas como «religión a la carta» (Possamai, 2001), «supermercado espiritual» (Greenfield, 1979) o «movimientos psico-espirituales» (Rodrigo & Hernández Martí, 2014). Fundamentalmente, se inscribe en un contexto que combina la laicización de las sociedades occidentales y la falta de respuesta de las religiones más o menos burocratizadas -por usar un término que caracterice algunos de sus rasgos dominantes- a las dudas y necesidades de determinados sectores de la población.

No hay que olvidar que el auge del *New Age* se asocia también a la emergencia masiva de los predicadores y telepredicadores, personajes ambiguos y carismáticos que ya en los años treinta en Estados Unidos tenían sus seguidores; piénsese, por ejemplo, en la novela de Sinclair Lewis, *Elmer Gantry* (Lewis, 1927), donde el protagonista finge ser un predicador evangélico, tras darse cuenta de lo fácil que es sacar dinero con ello. A la vez, la influencia de estos personajes puede llegar a ser verdaderamente peligrosa, como recuerda Filoramo al principio de su libro *Millenarismo y New Age* (Filoramo, 1999):

Il 26 marzo 1997, nei sobborghi di San Diego (California), in una villa miliardaria sull'Oceano Pacifico con relativa piscina e campo da tennis, tra buganvillea e palme, furono trovati 39 cadaveri, 22 donne e 17 uomini, la maggior parte giovani tra i 22 e i 30 anni, tutti in pantaloni neri e scarpe nere da tennis, il viso e il petto coperti da un lenzuolo triangolare color porpora, sdraiati con le mani accanto al corpo, senza segni di arma da fuoco o di gas, pronti per il grande viaggio (Filoramo, 1999, p. 5).

Al reconstruirlo, la policía explicó que el suicidio colectivo fue organizado por un líder carismático que convenció a un grupo de jóvenes (casi todos trabajadores de una empresa de informática) de que, a través de la aparición del cometa *Hale Bopp* y de la astronave situada detrás de la misma, era posible alcanzar las «puertas del cielo». El *New Age* se halla entonces en un espacio en vilo entre la religión, la espiritualidad y, en algunos casos, el delirio.

A pesar de la dificultad, algunos autores intentaron igualmente formular algún tipo de definición. Según el antropólogo británico Paul Heeles, el término *New Age* se emplea por «*those who maintain that inner spirituality – embedded within the self and the natural order as a whole – serves as the key to moving from all that is wrong with life to all that is right [...] nevertheless the spirituality is found in many religions both east and west*» (1996, p. 16). Hanegraaff, por su parte, lo interpreta como una forma de «religión secularizada» que «*provides the possibility for people to construe a spirituality according to their own individual preferences, within the context of a culturally pluralistic society*» (Hanegraaff, 2000, p. 307). En las conclusiones del libro *New Age Religion and Western Culture* (Hanegraaff, 1996), el autor resume cinco elementos que identifican el movimiento de la Nueva Era: el que llama *this-worldliness* -es decir, la insistencia en la separación de este mundo como forma de evolución-, el holismo, el evolucionismo, la inminente llegada de una Nueva Era y, por último, la «psicologización de la religión» que coincide con la sacralización de la psicología -es decir, la reducción de la religión a una experiencia subjetiva de espiritualidad. Filoramo (1999), por su parte, recoge los cinco elementos de Hanegraaff y añade el panteísmo, entendido como la negación, más o menos explícita, de un Dios creador y juez, a favor de una *realtà ultima*. Finalmente, cabe mencionar a Lucas (1992) que identifica como características propias del movimiento la transformación espiritual, la presencia de una vasta gama de terapias (yoga, meditación, terapias con cristales, tradiciones esotéricas, *channeling*, entre otras), el empoderamiento de los individuos y el deseo de reconciliar religión y ciencia en una gran síntesis que conjugue materialidad y espiritualidad.

Dadas estas premisas, siguiendo a Carozzi (1993), es lícito preguntarse si estamos hablando de una «subcultura» (Gordon Melton & Lewis, 1992), un concepto que ha estado siempre sometido a dudas y discusiones, o de una etiqueta producida principalmente por periodistas e investigadores sociales que no sabían muy bien cómo encuadrar determinadas prácticas aparentemente novedosas. Teniendo todo esto en cuenta, deseo subrayar que el uso que haré del término *New Age* (o Nueva Era) a lo largo de la tesis es puramente instrumental y destinado a facilitar la comprensión de un conjunto de prácticas y creencias.

La Era de Acuario

La primera pregunta que surge espontánea es de carácter etimológico: ¿a qué nos referimos, en concreto, cuando hablamos de *New Age*? ¿Qué ocurre exactamente durante la Nueva Era? ¿Y cuándo? La expresión alude al surgimiento de un nuevo ciclo cósmico, denominado «Era de Acuario». En ese sentido, el *New Age* conecta, aunque no

completamente, con los movimientos milenaristas ampliamente descritos en la literatura antropológica -cuyos ejemplos más notorios son, entre otros, la *Ghost Dance Religion*³⁷ o los Cargo Cult³⁸ melanesios (Cohn, 1957; Worsley, 1957). Si muchos de esos movimientos se asociaban a instancias revolucionarias y, en ocasiones, se expresaban de forma violenta, en el *New Age*, la nueva era empuja hacia una etapa de armonía con el cosmos. Durante la fase inicial, el milenarismo³⁹ era fundamentalmente optimista, se esperaba una Nueva Era de paz y bienestar mundial. La transformación de la consciencia individual, a través del descubrimiento del yo interior, se presentaba como un pasaje indispensable para lograr el cambio global. Desde los noventa la situación comenzó a cambiar, probablemente a causa de un pesimismo generalizado y, en lugar de ir hacia un cambio comunitario, el movimiento se centró fundamentalmente en la transformación individual (Filoramo 1999). Para llegar a este nuevo ciclo, el hombre tuvo que pasar por dos estadios anteriores, necesarios para la evolución y transformación: la Era de Aries y la de Piscis. La primera representa el periodo del judaísmo y del antiguo testamento. La segunda, la de un cristianismo que progresivamente se alejó del mensaje originario de Jesús y que, por esta misma razón, necesitaba ser superado. Tal superación es la que está tomando forma, según los *new agers*, en esta nueva era. En particular, Marilyn Ferguson en su *best seller La Conspiración del Acuario* (1980) muestra los cambios que ocurrieron en distintos campos de la vida (política, medicina, entre otros) en los Estados Unidos de los ochenta.⁴⁰ Estos cambios fueron posibles gracias a lo que ella denomina positivamente como «conspiradores», aquellos que, de forma consciente o inconsciente, están permitiendo la difusión del nuevo paradigma. Aunque el concepto de transformación puede variar de individuo a individuo,

³⁷ La *Ghost Dance Religion* se originó a finales del XIX a través de un tal Wovoka, un indiano del Norte América que había estado en contacto con los misioneros cristianos y había adaptado la idea de parusía a la situación desesperada de su pueblo. Wovoka predicaba la llegada de un mundo de abundancia en caso de que los indios hubieran obedecido a sus órdenes. Cf. Enciclopedia delle Scienze Sociali, Treccani. http://www.treccani.it/enciclopedia/millenarismo_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/ [consultada 05/06/2017].

³⁸ El Culto del Cargo se desarrolló en Melanesia al principio del XX. Se fundaba en la creencia que de allí a poco llegaría un cargo lleno de las riquezas de los blancos, además de los antepasados de los indígenas. Tras la llegada, los extranjeros se convertirían en los siervos de los indígenas o morirían en una catástrofe cósmica. Enciclopedia delle Scienze Sociali, Treccani. http://www.treccani.it/enciclopedia/millenarismo_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/ [consultada 05/06/2017].

³⁹ Inicialmente el concepto de milenarismo estaba asociado a la llegada del Mesías en la religión judaica y a la «vuelta» de Cristo en aquella cristiana y, sobre todo, a la creencia en un reino mesiánico y en una doble resurrección. Sucesivamente, por extensión, fueron definidos milenaristas todos aquellos movimientos que anuncian el inminente fin del mundo, la llegada de una edad de oro y la salvación para los que habían creído. Cf. Enciclopedia On Line, Treccani. <http://www.treccani.it/enciclopedia/millenarismo/> [consultada 04/06/2017].

⁴⁰ Otros *best sellers* norteamericanos que marcaron el escenario *New Age* fueron: *The Celestine Prophecy* (Redfield, 1994) y la autobiografía de la actriz Shirley MacLaine (1983) que pasó a ser considerada un icono del movimiento.

Gordon Melton (1991) evidencia algunos elementos comunes a todos los *new agers*. El primero es el abandono del viejo estilo de vida, en particular de una existencia dominada por un sentido de negatividad. El segundo implica apoyar una vida más positiva y llena de esperanza, un cambio que se vive a través de la experiencia cotidiana. El tercero se refiere a la idea de metamorfosis como experiencia mística, mientras que el cuarto alude a una estrategia de continua transformación. El conjunto de estos elementos sacó a relucir un nuevo paradigma, cuya propagación alcanzó todos los campos del saber (Introvigne, 1989).

Médium, Channeling y Tarot

El movimiento *New Age* se sitúa dentro de un conjunto de cambios y transformaciones que tuvieron una importante repercusión sobre el modo de considerar el cuerpo, la salud y la enfermedad. En concreto, se inscribe en un proceso, detectable desde finales de los 40, de transición de un modelo de medicina de la enfermedad a uno de medicina de la salud, propiciado por el abatimiento, en los países occidentales, de la morbi-mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas y de la mortalidad infantil. En tal contexto, el énfasis pasó a la prevención, a los cambios en los modos de vida y a la promoción de hábitos saludables. Las terapias *New Age*, que no suelen ser ni invasivas ni basadas en la farmacología, se alinean con lo que los franceses denominan *thérapies douces* y comparten espacio con muchas corrientes psico y socio terapéuticas, incluidas formas de autoayuda como las representadas por alcohólicos anónimos y sus derivadas (Menéndez, 1984), y las CAM. A estas terapias, se suman componentes adivinatorios, recuperados del espiritismo y del ocultismo, pero con la adición de nuevos elementos, como es el caso del *channeling*. El término deriva del movimiento enfocado en el contacto con los extraterrestres de los años cincuenta, aceptado y re-contextualizado por la corriente *New Age* para indicar la transformación individual de quien acude al canalizador (Gordon Melton, 1992). Con este concepto, se indica que los médiums psíquicos pueden, bajo algunas circunstancias, canalizar una información que llega por parte de entidades desencarnadas. Si bien existen casos de *channelers* en condición de plena consciencia durante el proceso comunicativo, a menudo se requiere un estado de trance durante el cual el espíritu, mediante los órganos vocales del canalizador, la escritura automática o la telepatía, se comunica con nuestro mundo (Hanegraaff, 1996). Los médiums no se limitan simplemente a ponerse en contacto con las entidades desencarnadas, sino también a sanar o a aconsejar a través de ellas y, en consecuencia, «lo aprendido o dictado va a servir para hacer un bien social» (Velázquez, 2006, p. 6). Pero ¿cuál es la diferencia entre el *channeler* y el médium espiritista de principios

del siglo XX? En realidad no existe ningún criterio unánimemente aceptado capaz de diferenciarlos, las que existen son, simplemente, sutiles distinciones. Los *channelers*, por ejemplo, sostienen que el espiritismo acabó siendo una suerte de movimiento religioso. Esta afirmación resulta particularmente ambigua porque, según lo que se entienda por «religión», se puede considerar que la misma afirmación es válida tanto para el *channeling* como para el movimiento *New Age* en general. Otro criterio se centra en la cantidad y el tipo de «manifestaciones» (avistamientos, apariciones), que serían mayores en número y más fáciles de conseguir en el espiritismo clásico que «contactaba» especialmente con personas difuntas. Por su parte, el *channeling* implicaría una variedad mucho mayor de espíritus: «entidades elevadas», «seres de luz», ángeles, extraterrestres e, incluso, Jesús (Introvigne, 1989).

Otras formas de inducir estados alterados de conciencia son la hipnosis (mesmerismo, sofrología), la meditación, el consumo de hierbas y plantas psicoactivas - como ayahuasca y peyote (neo-chamanismo)- y también la intermediación de aparatos tecnológicos (tecnochamanismo). Finalmente, a través del *New Age* se ha revivido una herramienta que ha sido adoptada como transformativa y no solo como instrumento de adivinación (Feher, 1992): las cartas del Tarot. Para algunos *new agers* estas representan los arquetipos junguianos y, en este sentido, se usan para auto-analizarse y llegar a una comprensión profunda de uno mismo (Gordon Melton et al., 1991).

Cosmovisión

En oposición a la visión escatológica del Cristianismo, los *new agers* creen en la reencarnación y en el principio del karma hinduista. Por consiguiente, explican los aspectos negativos de la existencia, las injusticias, las guerras y los sufrimientos mediante la idea de crecimiento espiritual de los individuos y las repercusiones de las vidas pasadas sobre la presente. Algunos creen en un proceso infinito de reencarnaciones, mientras que otros opinan que existe un fin último: el de llegar a un estado distinto de la existencia (Gordon Melton et al., 1991). La diferenciación con el cristianismo, a nivel teórico, depende también del concepto de «espiritualidad», es decir de la posibilidad individual de acercarse a lo trascendente, sin que su forma de acceso sea dictada por normas o preceptos establecidos. En este sentido, algunos autores (Hanegraaff, 1996; Heelas & Woodhead, 2008) distinguen netamente entre religión y espiritualidad, observando que son componentes mutuamente excluyentes. Giordan (2009), en cambio, ve en la espiritualidad un viejo concepto cristiano resignificado a través de lo que llama *postmodern reinvention*. Según el sociólogo, hay que

considerar la complejidad del mundo en el que vivimos y las distintas formas en las que las personas se acercan a lo trascendente. Por esta razón no se debe pensar tan rígidamente a las categorías de espiritualidad y religión. Consecuentemente, hay que tener en consideración dos elementos. El primero es que a menudo la identidad de *new ager* deriva de un punto de vista externo, hegemónico y distorsionado por los medios de comunicación. El segundo es que, muchos de los que son definidos *new agers* no apoyan el movimiento en todos sus matices y, al mismo tiempo, conservan las raíces y creencias de su cultura de origen. Este es el caso de algunos de mis informantes para los que la espiritualidad y la religión no son contradictorias, sino son categorías que se usan para describir una determinada forma de pensar la realidad.

Algunas corrientes New Age

La siguiente tabla muestra algunas de las corrientes y prácticas más conocidas y difundidas del movimiento *New Age*.

Neochamanismo	Neopaganesimo	Wicca
Magia	Adivinación	<i>Channeling</i>
Cristalloterapia	Numerología	Tarot
Radioestesia	Registros akáshicos	Regresiones

Figura 21. Tabla con algunas corrientes *New Age*.

A estas deben sumárseles todas aquellas corrientes y creencias que se encuentran en una zona intersticial entre las CAM y el *New Age* y que son parte de los que Joan Prat (2012) denomina «nuevos imaginarios culturales». Entre ellos se hallan corrientes espirituales orientales (flores de Bach, yoga, reflexoterapia, constelaciones familiares, acupuntura, entre otros), terapias naturales (meditación, reiki, educación emocional, entre otras) y saberes esotéricos (registros akáshicos, tarot, numerología, regresiones, entre otras). A continuación profundizaré brevemente en algunas de ellas.

Neochamanesimo y Tecnochamanesimo

En los últimos 40 años se ha renovado el interés por el chamanismo, no solo a un nivel académico, sino también en la cultura popular y de masas, permitiendo la difusión de lo que ha sido denominado como neochamanismo. El texto de Carlos Castañeda, *Las enseñanzas de Don Juan* (1968), ha sido crucial. A pesar de las críticas por parte de sus colegas

antropólogos, tuvo mucho éxito entre el público «profano». En el libro Castañeda describe su iniciación a la toma del peyote, sus estados visionarios y alterados y su acercamiento al conocimiento Yaqui.

Cabe mencionar también los trabajos de Michael Harner (1982) y Joan Halifax (1982) que fueron particularmente influyentes. El primero fomentó el «core chamanismo» una forma de chamanismo para occidentales, por decirlo de alguna manera, que no tuvo contactos directos con el chamanismo «tradicional». Su eje principal recae en la existencia de dos planos: una realidad ordinaria y una espiritual. Además, se funda en un naturalismo empírico y en la creencia en el contacto con los espíritus (Morris, 2006b). En los últimos años, el neochamanismo se hizo popular en Occidente bajo diversas formas: como pseudo-conocimiento, resistencia y, también, como objeto de consumo (Fericgla, 2000). Entre sus variaciones y evoluciones se sitúa el tecnochamanismo, es decir, la provocación de estados alterados de conciencia mediante la música (tecno y electrónica), la danza y los dispositivos tecnológicos. Estos elementos suelen formar parte de las *raves*, manifestaciones musicales (muchas veces autogestionadas) organizadas en espacios alejados, donde suelen circular sustancias estupefacientes, y que remontan su origen a un movimiento cultural-espiritual surgido en Goa (India) durante los años setenta. En estos contextos son los *dj* quienes acaban cumpliendo la función de «chamanes» (Arias & Herrero, 2014) porque son ellos quienes, entre comillas, poseen el control sobre el trance de su público.

Neopaganesimo y Wicca

El paganismo moderno ha sido descrito como una nueva religión basada en el culto de la naturaleza y de las antiguas tradiciones (en particular la germánica y la escandinava) y, también, como una reacción de protesta contra el cristianismo y el sistema económico capitalista. Entre los principios del neopaganismo destaca la idea de un politeísmo radical, que muchas veces se conjuga con creencias animistas, espiritistas, panteístas, entre otras, así como a través del «*embodiment of the goddess*» (Morris, 2006a, p. 275). Otra característica yace en la importancia de la perspectiva ecológica, es decir, un énfasis en la protección, el contacto y el cuidado de la naturaleza y de todos los seres vivos. Este último, sería el aspecto que más se opone al capitalismo, en tanto este considera el medioambiente una mera fuente de explotación de recursos. Cabe mencionar su enfatización de lo femenino, contrapuesta a la exaltación típica de lo masculino de las religiones patriarcales como el Cristianismo y el Islam (Adler, 1979), así como la descentralización religiosa del movimiento que, si por un lado repudia cualquier tipo de jerarquía, por el otro enfatiza la

presencia de gurús y maestros espirituales. Por último, el movimiento se compone también de una exaltación de la sexualidad en tanto «*numinous and sacred*» (Starhawk, 1979, p. 27).

Una de las corrientes neopaganas que más triunfó fue la Wicca, término con el cual los devotos suelen indicar una antigua religión de la brujería. El movimiento surgió en Inglaterra alrededor de los años cincuenta a través de Gerald Gardner, un funcionario británico que vivió muchos años en Asia, donde entró en contacto con prácticas mágicas y ocultas (Gordon Melton, 2017). Gardner fundó un movimiento basado en rituales mágicos y en la creencia en una divinidad femenina y en un conjunto de otros dioses. Sin embargo, será principalmente la figura de Doreen Valiente la que desarrollará la Wicca como brujería moderna. Desde Inglaterra se difundió rápidamente a Estados Unidos y al resto de Europa. Los seguidores suelen reunirse en pequeños grupos, generalmente dirigidos por líderes carismáticos, para ceremonias estacionales, iniciaciones y ritos sexuales (Morris, 2006a). Así, la polaridad sexual es una pieza particularmente importante en la ritualidad Wicca, es crucial la oposición de género, a tal punto que Greenwood (1998, p. 105) llegó a hablar de «*heterosexual dynamic*». A pesar de la heterogeneidad implícita en todos los movimientos neopaganos, la mayor parte de los seguidores comparten un cierto número de creencias y prácticas. Si por un lado creen en una divinidad femenina (Goddess), por el otro, son al mismo tiempo politeístas y panteístas.

Las medicinas alternativas y complementarias (CAM)⁴¹ en Occidente

Un panorama complejo

En la *Estrategia sobre la medicina tradicional del 2014-2023* la OMS afirma que:

Los términos “medicina complementaria” o “medicina alternativa” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional (OMS, 2013, p. 15).

La definición resulta tener bastantes limitaciones, si al principio se describen las CAM como un sistema «otro», no perteneciente al país de referencia, en la segunda frase se menciona la posibilidad de que esta denominación coincida con la de «medicinas tradicionales» y se propone el ejemplo de la acupuntura (que en Europa encaja dentro de las CAM y en China dentro de la TCM, es decir del sistema médico oficial del Estado). Un primer problema tiene que ver con las ya mencionadas restricciones relativas a la expresión «medicina tradicional» y su empleo para denominar sistemas médicos de antigüedad milenaria, como el conjunto de determinados remedios de hierbas proporcionados por poblaciones indígenas (sin quitar importancia a estas últimas). No existe tampoco una distinción entre aquellos sistemas médicos -entre comillas sistemáticos- que contienen un código escrito y un corpus de estudios oficial, y los que se transmiten exclusivamente a nivel oral. La única diferenciación se basa en la separación etnocéntrica entre la medicina técnico-científica (occidental) y «el resto». Si por un lado la OMS ha relativizado justamente el concepto de «alternatividad», a partir de casos como la acupuntura, por otro lado no ha hecho lo mismo con el de «tradicionalidad». En concreto, no ha tenido en cuenta que este concepto puede tener una connotación diferente según su ámbito cultural de pertenencia. A lo largo del documento, los problemas se agudizan cuando se llega a formular la expresión «medicina tradicional y complementaria», considerándola como un conjunto variado de terapias y productos, entre los cuales:

Medicamentos terapéuticos y tratamientos de salud basados en procedimientos, por ejemplo a base de hierbas, naturopatía, acupuntura y terapias manuales tales como la quiropráctica, la osteopatía y otras técnicas afines, incluidos qí gong, tai chi, yoga, medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y psicofísicas (OMS, 2013, p. 31).

⁴¹ En Europa es bastante común también la denominan «medicinas no convencionales» (MNC), también están difundidas las expresiones «medicinas naturales» y «medicinas holísticas».

Si ya la denominación «medicinas alternativas y complementarias» era problemática per se, la propuesta de vinculación con las medicinas tradicionales crea una confusión aún mayor. El problema de la clasificación es un asunto al que, como afirma Perdiguero-Gil, «se presta gran atención, pero en el que es muy difícil llegar a un consenso» (Perdiguero-Gil, 2004, p. 141).

El Parlamento Europeo, en 1997, aprobó una resolución sobre el estatus de las medicinas no convencionales, identificando ocho de ellas que debían ser reconocidas por los estados miembros de la Unión. A estos grupos pertenecían: la quiropráctica, la medicina homeopática, la medicina antroposófica,⁴² la medicina tradicional china (incluida la acupuntura), el shiatsu, la naturopatía,⁴³ la osteopatía⁴⁴ y la fitoterapia⁴⁵ (Roberti et al. 2012). Mediante esta resolución se invitaba a los estados miembros a regularizar la legislación sobre las medicinas alternativas y complementarias. En 2010, el Consejo de Europa afirmó nuevamente la necesidad de un reconocimiento de las mismas y, dentro del séptimo programa de investigación y desarrollo de la Unión Europea, se financió un proyecto destinado a una acción de coordinación en el ámbito de las CAM, el Consorcio CAMbrella (Eardley, Bishop et. al., 2012; Fønnebø, Falkenberg, et al., 2012a, 2012b; Fønnebø, Kristiansen, et al., 2012), constituido en 2012. La red paneuropea del proyecto incluía 16 grupos académicos de investigación pertenecientes a 12 países,⁴⁶ cuya finalidad era evaluar las condiciones que respaldan la utilización de las medicinas alternativas y el suministro de sus productos en Europa. Al margen de la creación de una sistema de colaboración, el programa pretendía facilitar la comprensión de las CAM para aumentar las prestaciones, revisar su estatus jurídico y las políticas sobre las mismas, explorar las necesidades de los

⁴² La medicina antroposófica o antroposofía la introdujo el filósofo austriaco Rudolf Steiner (1861-1925), secretario de la *Sociedad Teosófica Alemana* de la cual se alejó para desarrollar su propio sistema. El filósofo creía que la historia de la humanidad estuviese dividida en tres fases: en la primera el hombre, en total armonía con la naturaleza, empleaba aquellos poderes paranormales observables en el sueño magnético, en la segunda había desarrollado la autoconciencia y la razón pero había perdido de vista el contacto con el mundo espiritual. La tercera fase era la de la clarividencia, en la cual las dos facultades tenía que converger (Introvigne, 1989) con el objetivo de lograr, mediante cambios y modificaciones del estilo de vida, la armonía entre mente, cuerpo y espíritu (Brigo, 2006).

⁴³ Sobre la naturopatía véase capítulo 5.

⁴⁴ La osteopatía mira a restablecer el equilibrio mediante determinadas manipulaciones que tienen la función de liberar el individuo de tensiones y dolores musculares (Brigo, 2006).

⁴⁵ La fitoterapia emplea remedios a base de plantas y hierbas para mejorar el bienestar de los individuos (Brigo, 2006).

⁴⁶ Los centros y los países que tomaron parte al proyectos son los que siguen: Technische Universität München (Alemania), Wiener Internationale Akademie für Ganzheitsmedizin (Austria), Universitetet i Tromsø (Noruega), Universität Bern (Suiza), University of Southampton (UK), Charité - Universitätsmedizin Berlin (Alemania), Universität Zürich (Suiza), Comitato permanente di consenso e coordinamento per le MNC ComCAM (Italia), Karolinska Institutet (Suecia), Université Paris (Francia), Servicio Andaluz de Salud (España), Agenzia sanitaria e sociale regionale, Regione Emilia-Romagna (Italia), Pécsi Tudományegyetem - University of Pecs (Hungría), Universitatea de Medicina si Farmacie Victor Babes Timisoara (Romanía) Syddansk Universitet (Dinamarca) y Bayerische Forschungallianz gemeinnützige GmbH (Alemania).

pacientes en relación a las terapias alternativas (Roberti et al., 2012) y proponer una estrategia capaz de comprender y evaluar su uso y su eficacia (Bicocca, Florindi, & Cardini, 2009).

Teniendo en cuenta que la responsabilidad de los tratamientos recae sobre las políticas públicas de cada país, se pueden encontrar diferencias substanciales. En el mapa siguiente, que data del año 2012, entre los 27 países de la UE (incluido el Reino Unido y excluida Croacia),⁴⁷ más 12 potenciales candidatos, solo 17 poseen una legislación general sobre las CAM. Los restantes 22 poseen una legislación específica relativa a determinados tratamientos, variables de país a país. De ello se desprende que la mayoría de las terapias están reguladas solo en algunos estados. Asimismo, existe un apartado denominado «otros tratamientos de los cuales se ha encontrado una legislación».

La heterogeneidad de las CAM se extiende a los profesionales que, evidentemente, varía conforme al tratamiento; pueden ser biomédicos, médicos especializados en medicinas alternativas (por ejemplo en TCM o

Ayurveda), profesionales sanitarios (enfermeras, quiroprácticos, osteópatas, entre otros), profesionales que asistieron a cursos de formación o, finalmente, autodidactas. Dentro de la evidente falta de un corpus coherente, se ha intentado proporcionar alguna forma de clasificación. Cant y Sharma (2001), por ejemplo, identificaron las siguientes cinco categorías responsables del surgimiento de las CAM:

- Terapias que se han desarrollado en paralelo a la biomedicina o precedentemente a la misma (fitoterapia, herbalismo, homeopatía)

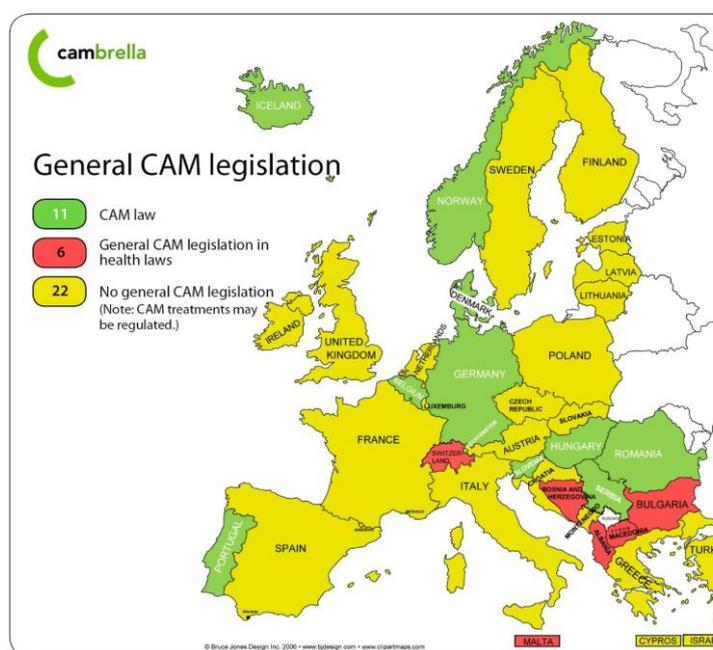


Figura 22. Legislación general de las CAM en Europa. Cf. Fønnebø et al. (2012, p. 21).

⁴⁷ En 2015 Turquía entró a formar parte de los países que poseen una legislación sobre las CAM.

- Terapias que se han originado dentro del contexto del individualismo médico que caracterizó el sistema de salud norteamericano (osteopatía)
- Terapias que derivan de la Europa Central (homeopatía)
- Terapias que derivan del Pensamiento Oriental, importadas por Occidentales que estuvieron en Asia (acupuntura)
- Terapias que derivan de la inmigración (Unani, Ayurveda, medicina china)

Esta clasificación puede ayudar a comprender los orígenes de este sector de terapias, aunque no concede suficiente peso al papel de la medicina popular (perteneciente al punto uno) que, en mi opinión, debe tenerse en cuenta para comprender el surgimiento de las CAM en Occidente o por lo menos en los países de la Europa del Sur.

Con el intento de ayudar al lector a hacer malabarismos entre el marasmo de terapias he elaborado las dos tablas siguientes. En la primera presento un elenco de los sistemas médicos que poseen un corpus escrito e histórico. Entre estos, solo la TCM y el Ayurveda (y en algunos casos el Unani) se suelen considerar como parte de las medicinas alternativas y complementarias. Las explicaciones con muchas probabilidades son dos: la primera es que las otras han tenido una menor difusión el mundo occidental y la segunda es que la mayoría son adaptaciones locales de la medicina china o del Ayurveda.

	Origen	Elementos distintivos
Medicina Tradicional China	China	«Qi», 5 elementos, Yin-Yang, teoría de los meridianos
Ayurveda	India	5 elementos
Unani	Grecia* (enriquecida por mundo árabe)	Teoría de los 4 humores
Medicina Tradicional Japonesa (Kampo)	Japón	Equilibrio cuerpo mente, Importancia de las hierbas**
Medicina Tradicional Tibetana	Tibet	Papel de la mente en las condiciones de salud y enfermedad, 5 elementos
Medicina Tradicional Koreana	Korea	Equilibrio cuerpo mente, Importancia de las hierbas**
Medicina Tradicional Bhutanesa	Bhután	Equilibrio cuerpo mente, Importancia de las hierbas**
Medicina Siddha	India del Sur	Teoría de los humores

Figura 23. Tabla que representa algún sistema médico distinto de la biomedicina.

*La medicina Unani se basa en las enseñanzas de Hipócrates y Galeno sucesivamente desarrolladas por la medicina árabe y persa. Actualmente está muy difundida en India y Pakistán.

** A pesar de las diferencias idiosincráticas, las características principales de la Kampo, la Medicina Tradicional Koreana y la Medicina Bhutanesa coinciden, puesto que todas derivan de la TCM.

	Origen	Algunas características
Acupuntura	China	Prevé la inserción de agujas en distintas partes del cuerpo con el objetivo de modificar el flujo de energía corporal
Aromaterapia	Francia	Uso terapéutico de los aceites esenciales
Digitopresión	China	Micro-masaje que se hace a través de la presión de una parte de la mano (dedo, nudillo, palma) o del codo
Fitoterapia/Herbalismo	Países occidentales	Remedios industriales a base de hierbas medicinales en muchos casos con acondicionamiento farmacéutico o alimentario
Flores de Bach	Inglaterra	Toma de una solución compuesta por la esencia de determinadas flores, agua y alcohol
Homeopatía	Alemania	Se basa en la idea de que las sustancias que producen los síntomas en personas sanas pueden ayudar a curar cuando se dan en cantidad diluidas en personas enfermas
Kinesiología	Estados Unidos	Es el estudio de los músculos y la relación de la fuerza muscular con la salud
Medicina Antroposofica (antroposofía)	Austria	Búsqueda armonía mente, cuerpo, espíritu
Musicoterapia	Múltiple	Uso terapéutico de la música
Naprapatía	Estados Unidos	Trata las enfermedades articulares mediante la combinación de técnicas manuales, quiropráctica, fisioterapia y osteopatía
Naturopatía	Norte de Europa	Cree en la capacidad innata del cuerpo para la sanación y en la enfermedad como purificación del cuerpo
Terapia neural (o neuralterapia)	Alemania	Inyección de anestésicos en zonas específicas
Osteopatía	Estados Unidos	Manipulaciones de los músculos y huesos
Qi gong	China	Sistema de posturas y ejercicios, técnicas respiratorias y meditación para reforzar el qi
Quiropraxia	Estados Unidos	Procedimiento de manipulación articular y masajes utilizados en el tratamiento de síntomas músculo-esqueléticos
Reflexología	Estados Unidos	Calma el dolor mediante la estimulación de puntos de presión predefinidos de las manos y de los pies
Reiki	Japón	Emplea la imposición de manos (sin tocar) para mejorar el flujo de energía vital
Shiatsu	Japón	Terapia manipulativa que incorpora el masaje tradicional japonés, la acupresión, estiramiento y masaje occidental
Tai-Chi	China	Técnica de relajación basada en ejercicios físicos lentos y suaves
Terapia biomagnética	México	Uso de campos magnéticos estáticos sobre el cuerpo
Terapias energéticas	Múltiple	Terapias que pretenden canalizar la energía del paciente para mejorar su salud física, mental y emocional
Terapias nutricionales y vitamínicas	Múltiple	Uso de suplementos nutricionales y vitaminas
Yoga	India	Técnicas de relajación y meditación

Figura 24. Tabla CAM.

La mayor parte de la información ha sido recogida en la *Enciclopedia de las medicinas alternativas* (Kristine & Longe, 2006).

En la segunda tabla he recogido los tratamientos que comúnmente han sido encuadrados, desde el punto de vista de la medicina occidental, dentro de las CAM. Para su realización he utilizado los datos del proyecto *CAMbrella* (Eardley, Bishop et al., 2012; Fønnebø, Falkenberg, et al., 2012a, 2012b; Fønnebø, Kristiansen, et al., 2012), del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad de España (MSPSI, 2011), de la *Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna* (Bicocca et al., 2009), así como datos propios de terapias que han surgido durante mi trabajo de campo. La tabla no pretende una exhaustividad (probablemente imposible para este sector, dado que muchos de los tratamientos no tienen una legislación) sino que intenta aclarar su complejidad, facilitando la comprensión de los tratamientos.

A pesar de la variedad de las CAM, que incluyen sistemas médicos (ej.: TCN, Ayurveda), métodos terapéuticos (ej.: masajes, reflexología, aromaterapia) y terapias de relajación y de autocuidado (yoga, Tai-Chi), puede ser útil recuperar la clasificación por bloques propuesta por algunas contribuciones, como el *Análisis de situación de las terapias naturales* (MSPSI, 2011) que reconoce los siguientes sectores:

- Sistemas integrales o completos (TCN, Ayurveda, Homeopatía, entre otros)
- Prácticas biológicas (Fitoterapia, Terapia nutricional, entre otras)
- Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo (Osteopatía, Quiropraxia, entre otras)
- Técnicas de la mente y el cuerpo (Yoga, Musicoterapia, entre otras)
- Técnicas sobre la base de la energía (Qi-Gong, Reiki, Flores de Bach, entre otros)

Trasladándonos ahora a la situación específica de Italia y España, y de *Emilia Romagna* y Cataluña, observamos que ninguno de los dos países posee una legislación general sobre el complejo de medicinas alternativas, sino que emplean normas específicas conforme a la técnica terapéutica. Algunos de estos tratamientos pueden ser ejercidos exclusivamente por parte de (bio)médicos. En el caso italiano, dentro de este grupo, se incluyen: acupuntura, homeopatía, antroposofía, Ayurveda, homotoxicología,⁴⁸ fitoterapia y medicina tradicional china. Desde el 2010 osteopatía y quiropraxia fueron excluidas de este listado y pasaron a poder ser practicadas también por profesionales sanitarios especializados. Estos nueve tratamientos y sistemas médicos son los que actualmente poseen una legislación específica, junto a las profesiones de masajista y fisioterapeuta. Algunas regiones han adoptado

⁴⁸ La homotoxicología es una rama de la homeopatía que hace uso de remedios a bajas diluciones (Brigo, 2006).

iniciativas concretas, introduciendo determinados tratamientos CAM en los planos regionales de salud –o en determinadas estructuras regionales de referencia- o han financiado programas de investigación y campañas informativas. En 2004 nació el *Osservatorio delle medicine non convenzionali dell'Emilia Romagna* (OMNCER) cuyo objetivo era evaluar la eficacia de tratamientos alternativos. En 2006-2007 la *Giunta* regional aprobó el primer *Programma sperimentale per l'integrazione delle medicine non convenzionali* en el servicio sanitario de *Emilia Romagna*, autorizando 37 proyectos, las mayoría de los cuales se centraban en la técnica de la acupuntura (a veces asociada a moxibustión, otras a remedios fitoterápicos y homeopáticos) (Bicocca et al., 2009). Fruto de los resultados exitosos, desde 2015, en *Emilia Romagna*, la acupuntura ha entrado a formar parte de los LEA⁴⁹ para lumbagos y migrañas crónicas.

En el Estado español el vacío legal es más pronunciado. Los tratamientos de acupuntura, homeopatía y fitoterapia deben ser llevados a cabo por médicos solo si se ejecutan en los centros de salud. En los centros privados, en cambio, no es necesario. Existe un tipo de legislación que regula la antroposofía y la fisioterapia que, como en Italia, es una profesión legalmente regulada. Esta es toda la legislación que de momento se encuentra en ámbito español.

Como evidencia Perdiguero-Gil (2004a, 2004b, 2006), las Encuestas de Salud de la Generalitat de Cataluña incluyen datos sobre CAM. Desde 1994 es posible indicar si se ha consultado un acupuntor, homeópata o naturista. En las últimas versiones de la encuesta,⁵⁰ las tres opciones están agrupadas bajo la denominación «profesionales de medicinas complementarias» en la sección «visita médica en los últimos 12 meses». Los resultados son estadísticos sobre la cantidad y el tipo de usuarios. Asimismo, cabe mencionar la revista *Pediatria Catalana* que en los últimos años ha incluido artículos dedicados a las CAM y sus potenciales aplicaciones en la salud de los niños (Perdiguero-Gil & Tosal, 2007).

A pesar de las dificultades en la definición, todas las terapias conllevan una visión del cuerpo, de la enfermedad y de la relación hombre-naturaleza distinta de la biomédica y fundada en las siguientes características (Dei, 2012, 2014):

- Energía
- Holismo
- Orientación natural-ecológica

⁴⁹ LEA es el acrónimo de *livelli essenziali di assistenza* expresión con la cual se indican las prestaciones obligatorias que el sistema sanitario nacional debe otorgar a todos los ciudadanos, bajo el pago de una cuota de participación o gratuitamente, conforme a la renta.

⁵⁰ Disponibles en:

[http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/\[consultadas 25/04/2017\]](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/[consultadas 25/04/2017]).

- Unicidad del individuo
- Léxico moral
- Carácter alternativo

Energía y equilibrio, salud y enfermedad

El concepto de «energía» es fundamental para los tratamientos de medicina alternativa dado que representa la clave de la interpretación del estado de salud y enfermedad. Sería el desequilibrio de los flujos energéticos lo que genera el surgimiento del estado patológico, con lo cual, la armonía energética es necesaria para favorecer una condición saludable del individuo. Sin embargo, esta teoría no resulta tan nueva. Ya Hipócrates situaba el origen de la enfermedad en el desequilibrio relativo a los humores.⁵¹ Según la medicina griega, además, el cuerpo tenía una innata capacidad de recuperarse y autocurarse, gracias a las dietas, actividades físicas, descansos adecuados o terapias específicas mediante el uso de plantas, baños, diuréticos y sangrías (Roberti et al., 2012). Pomata (1998) subraya que la noción de fluidez del cuerpo era una característica aún actual en el siglo XVII italiano. Según ella, esto reflejaba la persistencia del modelo hipocrático en contraste con el galénico, cuya visión consideraba al cuerpo como un «órgano sólido», en vez de fluido (Pomata, 1998). Loux (1993), por su parte, cree que el éxito de las actuales terapias energéticas proviene de esta antigua concepción popular de libre circulación de los fluidos y del principio de permeabilidad de los cuerpos (ya descrito en el primer capítulo).

La idea que subyace al concepto de «energía» es la de una fuerza interior que, según las circunstancias, puede aumentar o disminuir (Granero Xiberta, 2003). El terapeuta o curandero, mediante la imposición de manos, regenera las zonas enfermas y armoniza los flujos, descargando o restableciendo la energía. Esta misma regeneración es lo que se busca a través del contacto con determinadas piedras, aguas, árboles o lugares místicos. El origen de esta forma de pensar la relación entre hombre y cosmos está en la filosofía china del «qi» (en India «prana»), la «energía» o «fuerza» vital que compone todo el universo. Algunas autoras (Lock, 1980) lo han interpretado como *flux of emotions*, mientras que otras (Ohnuki-Tierney, 1984) han demostrado su pertenencia al mundo de la fisiología y no al de la psicología. Los principios de la medicina china y del taoísmo, como la doctrina de los cinco elementos o la perspectiva del Yin y el Yang, están en la base de muchas de las terapias que los occidentales han definido como alternativas. Sin embargo, el aspecto más interesante

⁵¹ Helen King subraya como en la antigua Grecia no existiese un único sistema humoral, sino una vasta gama de humores y fluidos. El bloqueo de estos últimos ya entonces estaba asociado prevalentemente con el cuerpo femenino (King, 2013).

del concepto no es la recuperación de la tradición oriental en sí, sino el uso que se hace del vocablo. El término energía acaba siendo un concepto genérico e indeterminado, que puede tener una connotación religiosa (Dei, 2012) o una dimensión espiritual, que se define como «fuerza sobrenatural de carácter impersonal, en algunas ocasiones refigurada por objetos energéticos, por los propios seres humanos» (Cornejo Valle & Blázquez Rodríguez, 2013, p. 17) o por realidades trascendentes denominadas, la mayoría de veces, «luz», «energía», «unidad» (Heriot, 1994), espíritus o entidades desencarnadas. Con esta terminología se refieren a una especie de substancia que junta todas las cosas del universo y que no es simplemente energía física, sino también espiritual. Siguiendo la teoría planteada en el *Tao della física* (Capra, 1982) la concepción del mundo del misticismo oriental coincide con los modelos de la física moderna, que se opone al mecanicismo newtoniano y a su anclaje en la materia. Habría entonces una demostración científica que, según algunos autores, permitiría explicar la existencia de esta «substancia». Grace Diem y James Lewis (1992), por su parte, han criticado a Capra por su malinterpretación de la cultura oriental y por su idealización.

Holismo

Otra característica de las CAM es el concepto de «holismo», la unión entre mente y cuerpo que se propone superar el dualismo cartesiano y el reduccionismo «que limita los determinantes de la salud a factores puramente físicos u orgánicos del cuerpo humano, negando toda consideración a los factores personales y sociales» (Granero Xiberta, 2003, p. 14). Las medicinas no convencionales pretenden superar el mecanicismo y la idea de que el cuerpo sea un conjunto de órganos donde la enfermedad tenga una precisa localización, para centrarse en el individuo y en su singularidad. El «modelo funcional/relacional» de las CAM, orientado hacia el hombre en términos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos y sociales, choca con el «modelo ontológico», centrado en la enfermedad (Laplantine, 1997).⁵² En este último, el biomédico, se distinguen el esencialismo, el anatomismo y el especificismo. El esencialismo actúa a través del aislamiento de las enfermedades y su construcción nosológica; el anatomismo se enfoca en las alteraciones orgánicas, mientras que el especificismo se preocupa de comprender, en particular, el origen del mal, ubicándolo en una entidad patógena exterior al cuerpo. La medicina occidental se centra en los aspectos geográficos (localización de la enfermedad y de su origen), mientras que las terapias no

⁵² Hay casos en que los mismos médicos han criticado la especialización excesiva a favor de la importancia de la persona en su totalidad. A tal propósito, véase Comelles, Riccò, et al. (2017).

convencionales privilegian los históricos, aquellos elementos relativos a la vida del paciente y sus costumbres (Ibidem, 1997). La cura mediante estas terapias pretende ser entonces una sanación completa del individuo que supera la dicotomía entre *illness* y *disease* e intenta poner en relación los «*physical, emotional, mental and spiritual aspects of the patient's experience, as well as to social factors and the influence of the wider environment*» (Hanegraaff, 1996, p. 43). En este sentido, algunos autores (A. I. Ross, 2012; Strathern & Stewart, 1999) prefieren usar el término *to heal* (que en castellano se puede traducir por «sanar», aunque a viene traducido por «curar»), en lugar de *to cure*, para hablar de tratamientos holísticos que no tienen la finalidad de la remisión de un problema específico, sino del restablecimiento de la salud en su totalidad (emocional, social, espiritual, mental y física). Para comprender la relación entre energía y holismo se puede tomar el ejemplo del diagnóstico en la medicina china que:

Extiende los indicios y síntomas en un tapiz interdependiente donde los síntomas físicos, las reacciones emocionales y las creencias espirituales se disponen junto con los factores sociales y ambientales para comprender cómo la dinámica de la energía de esa persona puede ocasionar salud o enfermedad (Williams, 1996: 13).

Orientación natural-ecológica

Dentro de esta nueva óptica de conjunción con el universo, vuelta a la naturaleza y armonización con el mundo, la orientación natural-ecológica es una de las piezas fundamentales. Tal orientación se identifica por el rechazo o la limitación de los medicamentos sintetizados de forma artificial. A menudo, este planteamiento comporta no solo un acercamiento hacia los remedios naturales, sino también un cambio en el estilo de vida, que puede caracterizarse por una alimentación determinada (vegetarianismo,⁵³ veganismo), una dimensión de la maternidad y la paternidad más natural, una acción preventiva y social de la salud, una atención al ambiente y a su salubridad. Mediante el empleo de las CAM se intenta escapar de la medicalización de la vida y del control social ejercido por las multinacionales, las farmacéuticas y los médicos, consecuencias de la iatrogenesis social y de la medicalización de la prevención. En cambio, un sistema basado en la prevención sería más conveniente y sostenible bajo distintos puntos de vista, entre los cuales también estaría el económico. A través del acercamiento a la naturaleza y la búsqueda nostálgica de un estilo de vida en contacto con el mundo rural, los animales y las plantas, se intenta crear un «nuevo» equilibrio a través de la recuperación de una relación más «auténtica» entre el hombre y el ambiente. Sin embargo, aunque intentan escapar de un

⁵³ En su artículo sobre la «antropología encarnada», Mari Luz Esteban vislumbra como el vegetarianismo, y así el naturismo en general, son una forma de objetivar el cuerpo perfectamente en línea con las características de la cultura occidental actual que, por un lado, incita al consumo, a la abundancia, y, por el otro, instiga a la disciplina (Esteban, 2004).

determinado modelo, la difusión de las CAM en Occidente y su actual desarrollo representan la otra cara de la moneda del capitalismo y de sus principales características: el individualismo y el consumismo.

La unicidad y el poder del individuo

El alejamiento de la sociedad «enferma» occidental, alienada y emocionalmente empobrecida es lo que permite el «cambio de *chip*» y la vuelta hacia aquel momento en el que los individuos eran capaces de auto-sanarse, y de restablecer el equilibrio perdido. El cuerpo abandonado a su condición natural no puede ser otra cosa que sano «*sono le interferenze causate dalla "civiltà" che rompono questo equilibrio, non solo causando le malattie ma anche ostacolando la capacità del corpo di restaurare da solo il proprio equilibrio omeostatico*» (Dei, 1996, p. 7). Dentro de este modelo, el individuo toma un papel fundamental en cuanto tal, como entidad única e irrepetible, y no en cuanto ser humano. En las terapias alternativas cada individuo es un mundo y, como tal, debe ser tratado con singularidad. Además, debe considerarse el gran poder que cada uno posee en el proceso de sanación. Los individuos se vuelven sujetos participativos, son parte activa de su mejora, no solo siguiendo los consejos del terapeuta, sino también haciendo uso de la «energía» que tienen para impulsar la cura. El enorme poder que se concede al paciente es un arma de doble filo que al mismo tiempo le otorga la capacidad de sanarse, así como la responsabilidad y la culpa de la enfermedad.

Esta gran libertad del individuo se ajusta con la filosofía existencialista y, sobre todo, con su corriente atea, cuyo mayor exponente es Jean Paul Sartre (1905-1980).⁵⁴ Según los filósofos existencialistas la existencia precede a la esencia. Esto quiere decir que Dios, antes de crear el hombre, ya tenía en su «mente» una idea de él. Pero ¿qué ocurre cuando no existe ningún Dios? ¿Cuándo las creencias en una entidad superior omnipotente caen en favor del método científico, de las pruebas físicas experimentales y repetibles, de lo visible versus lo invisible? Lo que sucede es que todo este poder, que antes estaba fuera de nosotros, ahora se direcciona hacia nuestras manos y con ello, también, toda la responsabilidad.

El léxico moral

Otro componente fundamental es la presencia, bastante común, de un moralismo de fondo, más o menos explícito y más o menos consciente, con respecto a los conceptos de salud y enfermedad. Este aspecto deriva del enorme poder que se concede al individuo, de su

⁵⁴ Cf. *L'esistenzialismo è un umanismo* (Sartre, 1946).

enorme responsabilidad y de la importancia asociada a la prevención que comporta toda una serie de acciones (o no acciones) para evitar los malestares. Como he mencionado anteriormente, la creencia fundamental es que la enfermedad no tiene una causa externa, sino que depende del sujeto, de su actitud en su cotidianeidad y de su atención en evitar todo lo que representa un vicio. El moralismo del que se habla no evoca simplemente la idea de pecado en términos cristianos, sino que alude también a determinadas creencias arraigadas en las filosofías orientales, como la que sigue a continuación: «*un'antica credenza orientale riteneva che la malattia distruggesse solo coloro che la meritano. D'altro canto l'atteggiamento anti-microbo della scienza moderna si è sviluppato per l'incapacità dell'uomo moderno di mantenersi forte nel corpo e nella mente*» (Muramoto, 2007, p. 23). Esta frase pertenece a un texto muy popular entre los terapeutas alternativos, *El médico de ti mismo* (Muramoto, 2007), fundado en los principios de la medicina oriental, que explica como autocurarse y enfrentarse a la enfermedad. De igual manera, Elisabeth Hsu (2013) presenta el caso del *anger* en la China feudal como ejemplo de una emoción primero moralizada y secundariamente medicalizada. En la cultura china, el equilibrio, en el sentido social y moral del término, representaba y todavía representa un valor muy importante, del cual deriva y permanece una conducta sin excesos ni vicios. En este sentido, la ira se consideraba un comportamiento extremo que tenía que ser evitado, inicialmente por cuestiones morales y, posteriormente, también por cuestiones de salud, dado que fue asociada al surgimiento de enfermedades. Lo que, de forma provocadora, se insinúa en este texto es que las terapias holísticas son el resultado de una medicalización de las emociones. Asimismo, en el nuevo panorama de las medicinas alternativas y *New Age*, se entiende que algunas emociones necesitan ser moderadas o anuladas (véase el ejemplo del miedo en el capítulo 6).

El carácter alternativo

Por último, la definición de terapias alternativas denota «*those practices not officially recognised or sanctioned by the state, which are alternative because of their socio-politically defined marginal standing in the health care system*» (Saks, 1992: 3). El carácter de «alternatividad» se percibe principalmente en contraposición con la medicina oficial, tras convertirse en el sistema hegemónico dominante. Esta conflictualidad con el MMH representa también una de los componentes que hace difícil la legislación dentro del mundo occidental, donde muchas de estas terapias no poseen un corpus normativo.

New Age y medicinas alternativas: un diálogo contemporáneo

Puntos de contacto

Si bien las CAM y el *New Age* se solapan en muchos aspectos, ya sea a nivel de terapias o de creencias, no deben considerarse como sinónimos. Sin embargo, es importante comprender qué tipo de relación hay entre ellas y qué características comparten. Con este propósito, es necesario volver a la dificultad de definir a los *new agers* que, por un lado, se debe a la connotación negativa del término y, por el otro, deriva de la confusión alrededor del mismo movimiento. La pregunta es, entonces, ¿cuándo se puede considerar a alguien un *new ager*? Hay una diferencia entre quien apoya todo o buena parte de los valores asociados a la cosmovisión de la Nueva Era y quien ha experimentado solo determinados tratamientos. Del mismo modo, las CAM son otra realidad compleja y difícil de definir por la amplitud de las terapias y su variedad según el contexto y la legislación del Estado. Además, aunque todas las terapias implican una determinada concepción del cuerpo y de la enfermedad, los pacientes que recurren a ellas no necesariamente creen o conocen la filosofía que hay detrás de las mismas. El elemento fundamental de conexión entre CAM y NA es principalmente el componente holístico. Los *new agers* rechazan cualquier tipo de dualismo, ya sea en el campo religioso (la oposición entre el hombre y Dios), ecológico (hombre vs naturaleza), así como en el terapéutico (Hanegraaff, 2000). Gordon Melton et al. (1999) afirman que los *new agers* acaban convirtiéndose en buena parte del público y de los clientes de las CAM (Gordon Melton et al., 1991) y, en mi opinión, esto depende precisamente del pensamiento holístico que comparten. El aspecto de la sanación es central para ambos campos, aunque solo una parte de las terapias llega a coincidir. Algunos autores hablan también de «ambiente holístico» (Heelas & Woodhead, 2008) para referirse a una realidad formada por distintas organizaciones, especialistas profesionales y asociaciones «que guardan entre sí relaciones característicamente sintagmáticas en las que un individuo puede participar en diferentes actividades al mismo tiempo, sin que ello implique nada respecto a adscripción social alguna» (Cornejo Valle, 2012, p. 4). Con ambiente holístico se hace referencia a lo que Heelas y Woodhead denominaban como *subjective-life* (vivir en conexión con uno mismo y su íntima experiencia), en contraste con la denominada *life-as* (vivir en acuerdo con determinados roles sociales y expectativas).

Otro componente que une la sanación holística y el movimiento *New Age* es el concepto fundamental de «responsabilidad individual» (Gordon Melton & Lewis, 1992) y

su vinculación, en ambos casos, al proceso de s/e/a. Si es cierto que los individuos son dueños del propio destino, también es cierto que tienen el deber de mejorar y crecer espiritualmente. En este sentido, individualismo, espiritualidad y responsabilidad están estrictamente interrelacionados. Los tres componentes son los que permiten crear una nueva concepción de «religiosidad personal», una «*self-spirituality*» (Heelas, 1996) centrada en la «experiencia individual de lo sagrado, que persigue la profundización de uno mismo frente al estilo devocional de la religiosidad cristiana y su orientación hacia lo trascendente» (Cornejo Valle & Blázquez Rodríguez, 2013, p. 20). En consecuencia, la excesiva implicación en el mundo exterior, en lugar del interior, se considera de forma negativa:

‘Your life is not working’ because you have identified too strongly with ‘outside’ social pressures and expectations and a false ego. In order to find and free the true self, New Age prescribes that people should become more not less individual, by throwing off social conditioning and discovering their true, authentic, subjective reality. In so doing they can touch with the genuinely sacred, the “god within”, one’s ‘higher self’ (Vincett & Woodhead, 2016, p. 326).

Es así que, mediante un proceso de empoderamiento de los pacientes y creyentes, estos se vuelven protagonistas activos de su proceso de sanación.

El público

Distintos estudios han mostrado como las mujeres de clase media y/o con un determinado capital cultural son las que se acercan mayoritariamente al movimiento *New Age* y a los tratamientos alternativos. Desde el punto de vista médico, la mayoría de los usuarios presenta una multitud de síntomas físicos, una percepción de mala salud, así como padece de enfermedades y aflicciones crónicas, características que suelen encontrarse principalmente en las mujeres (Perdiguero-Gil & Tosal, 2007; Sirois & Gick, 2002). Linda Woodhead (2007) considera que la alta tasa femenina puede relacionarse con el uso que las mujeres hacen de estas terapias como una forma de afirmar su individualidad y su autonomía. Otras contribuciones (Gail Kligman, 1998; Lock, 1995; Martin, 2001) han observado como las consecuencias del proceso de medicalización han sido mayores sobre los cuerpos femeninos que sobre los masculinos. Asimismo, el cuerpo de estos últimos encarnaría el normal modelo biológico, mientras que el de ellas, con sus fluctuaciones hormonales mensuales, representaría lo alternativo. Sería por esta razón que el sexo femenino buscaría alivio en la medicina no convencional (A. I. Ross, 2012).

En un informe del 2011 (MSPSI, 2011), se señala que en España el 23,6% de la población ha hecho uso de algún tipo de terapia natural⁵⁵ al menos una vez en la vida. La mayoría son mujeres de áreas metropolitanas, clase media alta o alta entre los 36 y los 45 años. En Italia se afirma que más del 20% de las mujeres, entre 35 y 44 años, ha recurrido a remedios no convencionales, contra el 14,6% de sus coetáneos hombres. Además, el 18,7% de los usuarios está licenciado o diplomado, mientras que el 13,5% tiene la *licenza media* y el 9,2% tiene la *licenza elementare*⁵⁶ (Dipietro, Pepe, Sicher, Tomasso, & Velleca, 2011). Sin embargo, hay que considerar que la mayoría de los datos, en ambos países, se refiere solo a algunos tratamientos (como homeopatía, acupuntura, fitoterapia, quiromasaje), los más difundidos, visibles y aceptados por parte del sector biomédico. La tendencia a invisibilizar las terapias consideradas «exóticas» y menos científicas es un hecho, y no solo desde un punto de vista teórico, sino también legislativo. El vacío legal que fuerza muchas prácticas a permanecer en la clandestinidad tiene seguramente influencia sobre los datos estadísticos recogidos. Es en este sentido que los estudios cualitativos pueden encontrar respuestas más satisfactorias. Heeles (1996), por su parte, evidencia que el movimiento *New Age* atrae personas con problemas de identidad, que no encajan en la sociedad capitalista contemporánea, que son víctimas de sus normas y de la inseguridad resultante. Esta nueva forma de ver el mundo les permite, en cambio, encontrar una válida alternativa en la cual refugiarse.

⁵⁵ En el informe se utiliza la expresión «terapias naturales» para referirse a las medicinas alternativas y complementarias.

⁵⁶ El sistema escolástico italiano está dividido en *Scuola primaria* o *Scuola elementare* (de 6 a 11 años), *Scuola secondaria di primo grado* o *Scuola media inferiore* (de 11 a 14 años), *Scuola secondaria di secondo grado* o *Scuola superiore* (de 14 a 19 años).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Ethnography is never just about 'the Other', it involves 'othering' as well as 'selfing'.

Sjaak van der Geest, Trudie
Gerrits, Flore Singer Aaslid
Introducing '*Ethnography and Self-
Exploration*'
(2012, p. 7)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Che il Mediterraneo sia
quella nave che va da sola
tutta musica e tutta vela
su quell'onda dove si vola
tra la scienza e la leggenda
del flamenco e della taranta
e fra l'algebra e la magia
nella scia di quei marinai
e quell'onda che non smette mai
che il Mediterraneo sia

Andare, andare, simme tutt'eguale
affacciati alle sponde dello stesso mare
e nisciuno è pirata e nisciuno è emigrante
simme tutte naviganti
allez, allez il n'y a pas de barrière
nous sommes tous enfants de la même mer
il n'y a pas de pirate il n'y a pas d'émigrant
nous sommes tous des navigants

Che il Mediterraneo sia
la fortezza ca nun tene porte
addo' ognuno po' campare
d'a ricchezza ca ognuno porta
ogni uomo con la sua stella
nella notte del dio che balla
e ogni popolo col suo dio
che accompagna tutti i marinai
e quell'onda che non smette mai
che il Mediterraneo sia...

Che il Mediterraneo sia
Eugenio Bennato
Album: Che il Mediterraneo sia
2002

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Lugares

Uno de los primeros comentarios que me hicieron al empezar una investigación centrada en dos países distintos fue: «el tema es muy interesante, pero ten cuidado, ahora, de no hacer dos tesis en lugar que una sola». Desde un principio fue la sugerencia que más tuve en consideración. Elegir hacer trabajo de campo en Italia, mi país de origen, y en España, mi país de adopción, no estaba vinculado exclusivamente a un genuino interés comparativo, sino que fue consecuencia de casualidades que consiguen cambiar nuestros destinos.

Todo empezó en 2011. Era el último año de mi carrera universitaria y tenía que escoger un tema para mi tesis de máster, que en Italia se denomina *laurea specialistica*. Me llamó la atención un objeto de estudio que, en los últimos treinta años, había pasado de moda: la medicina popular y los curanderos tradicionales. Para facilitar mi acceso al campo, la mejor idea era escoger como «territorio etnográfico» mi ciudad, Parma, en la que mantenía una red de relaciones bastante amplia y sabía que aún era posible encontrar hombres y mujeres que se ocupaban de la sanación tradicional. El único problema era que Parma y yo nunca nos habíamos llevado bien.

Parma es una ciudad de unos 190.000 habitantes, tras Bolonia, la segunda más grande de *Emilia Romagna*, una región del centro-norte de Italia, famosa por la Universidad más antigua del mundo (el *Alma Mater Studiorum*), por haber sido un núcleo potente de resistencia al fascismo y de lucha *partigiana* y por su comida deliciosa. Parma conserva todavía la austeridad y la belleza derivadas de su pasado Ducal.⁵⁷ Sus grandes parques, el imponente Palacio de la *Pilotta* y las tiendas del centro histórico desprenden un aire elegante, formal e, inevitablemente, esnob. Al lado de la Parma sofisticada, está el entorno provincial de la ciudad, un territorio que desde la *Pianura Padana* se extiende hasta la zona montuosa, la de los *Appennini* y de sus valles (Val Parma, la Val Taro, la Val Ceno, Val d'Enza, entre otras). La economía de la ciudad se basa en la industria agro-alimentaria⁵⁸, especialmente en algunos productos típicos de impacto global como el *parmigiano reggiano* y el *prosciutto di Parma*, entre otros.⁵⁹ El sector químico incluye empresas farmacéuticas, de parafarmacia y de vidrio.

Aunque viví allí hasta los 22 años, y seguía volviendo muy a menudo, la ciudad me proporcionaba una sensación constante de «extrañamiento» y desfamiliarización. No creo

⁵⁷ Fue la capital del Ducado de Parma y Piacenza entre 1545 y 1859.

⁵⁸ <http://www.pr.camcom.it/informazione-economica/parma-economia> [consultado 21/04/2017]

⁵⁹ Dada la grande importancia del sector alimentario, desde el 2003 Parma es la sede del EFSA (European Food Safety Authority).

que sea tan común vivir tanto tiempo en un sitio y no sentirlo verdaderamente como propio, pero esta impresión era la que, desde siempre, recordaba haber tenido al pasear por sus calles, hablar con su gente y vivir sus tradiciones. Siempre quise huir. Muchos de mis amigos no conseguían entenderlo y pensaban que era una actitud artificial exagerada (y quizás tenían razón), pero yo sentía la necesidad visceral de irme. No niego que el miedo estaba allí, pero el impulso era demasiado fuerte, no podía resistirlo.

Lo que hice fue matricularme en el *Alma Mater Studiorum* de Bologna, a una hora de Parma, una distancia que, en aquella época, me permitía «respirar». Tras tres años en una de las ciudades estudiantiles más importantes de Italia, me cansé nuevamente. Bolonia me producía una impresión de nostalgia y melancolía, la de una ciudad en decadencia que vivía del constante recuerdo de los años setenta, aquellos que, como indica el título de un famoso libro (Capanna, 1988), fueron años *formidabili*. Entonces decidí pedir una beca Erasmus. Podía escoger dos destinos, entre una decena de universidades. Las plazas eran bastante limitadas y la mayoría de la gente quedaba excluida de la convocatoria. Mi primera elección fue París porque, en aquel periodo de mi vida, estaba bastante obsesionada con la cultura francesa y la segunda Madrid. Aunque la gran mayoría de solicitantes consideraban éste último destino como una especie de Edén de diversión y euforia, a mí la capital española no me atraía particularmente, como tampoco España en general. Sin embargo, gané la plaza -todavía hoy sigo preguntándome cómo- y, en aquel momento, mi vida cambió de rumbo. Madrid fue mi primer contacto con el mundo hispánico, habité allí por diez meses e intenté aprovechar cuanto pude. Aprendí a vivir en una capital, a hablar castellano, a relacionarme con personas de otras culturas y a hacer malabarismos en otro sistema educativo. Aquella ciudad, viva y rumorosa, fue el primer lugar que percibí como hogar. Aquella experiencia, seguramente, hizo posible mi segunda estancia en España, esta vez en Cataluña. Al volver del Erasmus me esperaba la *tesi di laurea* y la decisión de escoger mi ciudad natal como «campo», de alguna forma me ayudó a hacer las paces con aquel lugar del cual durante tanto tiempo había querido escapar.

Acabé la carrera de antropología en 2012 con una tesis sobre *i guaritori tradizionali dell'Appennino parmense*. Tras este ritual de paso, estuve varios meses completamente perdida, básicamente preguntándome ¿y ahora qué? Conseguí superar esta etapa centrando mis esfuerzos en obtener una beca para profundizar mi tesis en el extranjero. Mi primera idea fue buscar un centro de investigación en el Reino Unido, que estuviese interesado en mi trabajo. Pero, casualidades de la vida, mi encuentro con Tullio Seppilli en Perugia, me orientaron hacia Tarragona, una pequeña ciudad de la costa catalana. Mi nueva meta era la

Universitat Rovira i Virgili, en la cual trabajé tres meses, investigando sobre medicina popular, curanderos y folklore médico. Por ser una localidad costera, Tarragona se diferenciaba mucho de la ciudad brumosa en la que había crecido y, a la vez, era también muy distinta de Bolonia y Madrid, ambas ciudades de interior. Su clima mediterráneo, su aire marino, sus pequeñas plazas llenas de sol y de gente nueve meses al año eran las características que más la distinguían de Parma. A ellas debía sumarse también la decadencia y descuido de algunas zonas del centro histórico que chocaban con la perfección claustrofóbica de la rica ciudad *Emiliana*.

Tras tres meses de trabajo de campo centrado en el análisis de la literatura y la búsqueda de informantes, descubrí que también en Cataluña seguían practicándose rituales de curación basados en la eficacia simbólica y empírica de objetos, signos, oraciones y cataplasmas. La idea de una investigación comparativa me alentó a estudiar dos territorios, pero pronto empezaron a surgir muchas dudas. En concreto, me preguntaba si tenía sentido comparar dos países con características que, aunque próximas (en posición geográfica, raíces, religión y clima), eran el producto de procesos históricos diferentes. En este sentido, la comparación corría el riesgo no solo de empobrecer la realidad, sino también de emitir, aunque de forma involuntaria, juicios de valor que pudiesen remotamente recordar el evolucionismo del siglo XIX. Estas problemáticas ya habían sido planteadas en el pasado. Benedetto Croce, por ejemplo, había señalado con el dedo la posición del naturalismo positivista que apoyaba las investigaciones comparativas, primando las categorías del intelecto como herramienta heurística, a la razón y la lógica, presentes en todas las culturas. Asimismo, Ernesto de Martino consideraba fundamental reconocer la irreducible peculiaridad de los fenómenos rechazando las generalizaciones (Cirese, 1973).

Las diferencias fundamentales entre los dos países procedían del nivel de la respectiva formación estatal. Si Italia se configura como un país joven (unificado en 1861), con un proyecto *res publicano* moderno, España representa un Estado imperial, mucho más antiguo (Comelles, Riccò, et al., 2017) que, desde el XIX, sufrió un destino muy distinto de la mayoría de los países europeos. Los cuarenta años de dictadura franquista influyeron profundamente en el tipo de estado que se creó después del 1975.

Teniendo en cuenta estas diferencias, traté de buscar una solución al dilema del doble trabajo de campo, un problema que yo misma me había creado. Alguien podría preguntarme -muchos lo hicieron- si no era mejor dejar de lado uno de los dos sitios, siguiendo la investigación exclusivamente en el otro. Pero me sentía ambivalente. Por una

parte, sentía que tenía una pequeña deuda con la tierra que había voluntariamente abandonado y, por la otra, me parecía importante, como antropóloga, hacer una investigación que no fuese exclusivamente *at home*, por lo menos en el momento de mi vida donde aún podía permitirme viajar y moverme sin grandes complicaciones. A este respecto, creía fundamental una inmersión en el campo que implicase un esfuerzo de comprensión, integración, adaptación y descubrimiento de una cultura «otra». Por último, pensaba que llevar a cabo una investigación en un país distinto del de nacimiento podía ser una forma de llegar a una comprensión más profunda y crítica también de mi propia realidad.

Estas fueron las razones que me impulsaron a investigar en ambos territorios y que, más adelante, me confirmaron mi buen criterio. Hay que reconocer que hoy la globalización de las personas y de las mercancías ofrece un panorama completamente distinto del universo *demartiniano* de hace más de medio siglo, algo que no puede ignorarse. Fue propiamente a través de las similitudes (sobre todo a nivel macrosocial), emergidas a través de los datos etnográficos, que se corroboró la importancia de seguir con un trabajo «multilocal» (Marcus, 2011).

Tras una primera fase de *fieldwork* en Cataluña volví a Italia con nuevo material y empecé a buscar otros informantes. En ambos países, poco a poco, aparecieron características comunes que me ayudaron a concebir una perspectiva más amplia, un modelo que reflejase el pluralismo asistencial de un Occidente Europeo donde se concilian los ideales y valores del capitalismo neoliberal con la tradición rural, la religiosidad popular y el apego a la tierra. En este sentido, mi estudio en dos territorios empezó a tomar sentido, porque ayudaba a mostrar una realidad que, a pesar de las variables idiosincráticas, no estaba confinada exclusivamente a un contexto bien delimitado. Italia y España en general, *Emilia Romagna* y Cataluña en particular, son el escenario de fenómenos de sufrimiento social (piénsese en la «depresión» de Sol o en la adicción a la heroína de Vittorio), de diálogo e integración entre medicina popular y CAM – NA, de respuestas a la excesiva medicalización (como en el caso de Josep, Catia y Mercedes), y de resistencias del viejo modelo en contextos rurales. Se muestra entonces una tendencia común de búsqueda de la transcendencia como herramienta para contraatacar (por lo menos de forma aparente y a nivel teórico) el modelo médico hegemónico.

Lenguas

Llegué a Tarragona a finales de septiembre. Aquella semana se celebraba la fiesta de Santa Tecla, diez días de folklore, música, cantos y *Chartreuse*.⁶⁰ Conocí la ciudad en su mejor momento y entré en contacto directo con su cultura y su identidad catalana. Antes de mi llegada, nunca me había preocupado mucho por la problemática del independentismo, de la diferencia lingüística y de las relaciones de poderes en el Estado Español. Durante mi estancia en Madrid viví en la burbuja de nieve del Erasmus y no noté esos contrastes tan fuertes que arraigan en el país (también hay que decir que en 2008⁶¹ aún estaba incipiente la crisis económica que posteriormente acentuó muchas problemáticas). Sin embargo, al aterrizar a Tarragona y al cruzarme con una miríada de banderas catalanas, el impacto fue inmediato. Poco a poco empecé a comprender las contradicciones y problemáticas de un estado multilingüe, que aún vive bajo la sombra de una dictadura de cuarenta años. Una dictadura que, a diferencia de la de Mussolini, la gente aún recuerda en primera persona y no en la memoria casi desvanecida de unos ancianos que en aquella época eran solo niños. Esta complejidad no llega a través de los medios de comunicación extranjeros o, si lo hace, es de forma distorsionada, difícil de comprender, sobre todo por la tendencia a comparar la historia de los otros con la propia.

El tema de la lengua fue algo importante que había subestimado a partir del modelo italiano y de mi experiencia previa en Madrid. En Italia, el dialecto (por ejemplo, el *parmigiano* en Parma, o el *bolognese* en Bologna) y las lenguas (como el siciliano) coexisten con el italiano, pero no tienen ningún tipo de consideración oficial.⁶² Esperándome una situación similar también en Cataluña, me di rápidamente cuenta que mi visión del tema - que lamentablemente no era solo mía, sino de la mayoría de italianos- era totalmente errónea. Admito que, aunque ahora esta afirmación me resulta ingenua, hasta aquel momento había considerado el catalán como una lengua marginal, usada entre amigos y familiares, pero que no todos conocían. No tardé mucho en darme cuenta que me había equivocado y no solo un poco. Había llegado a España convencida que mi nivel de español era más que suficiente para hacer trabajo de campo y me había despertado en una Cataluña en la que no sabía pedir una café con leche en la lengua del país. Me di cuenta de que, si no podía hablar catalán al menos tenía que lograr entenderlo lo más pronto posible, así que me

⁶⁰ El *Chartreuse* es un licor a base de hierbas originario de Grenoble. Tras la implantación, al principio del siglo XX, de una destilería en Tarragona la bebida se volvió muy popular en Cataluña.

⁶¹ La crisis económica, también denominada gran recesión, empezó en Estados Unidos durante el 2007

⁶² Con la excepción del bilingüismo administrativo del *Trentino Alto-Adige* y de la *Valle d'Aosta*, donde también el alemán y el francés son respectivamente oficiales.

apunté al curso básico en la universidad. Gracias a la cercanía con el italiano y el español, tardé algunas semanas en entender buena parte de las conversaciones y de las clases (aunque el café y las comidas siguieron siendo más complicados). Tras aquel periodo, mi relación con esta lengua fue bastante contradictoria, podía entenderla con extrema facilidad, pero no conseguía hacer ninguna frase de sentido común. Italiano y castellano se mezclaban en mi cabeza produciendo frases híbridas, en «catañol» o «catilano», que destrozaban aquella pseudo-seguridad alcanzada con el español. El resultado fue que durante muchos meses seguí estudiando catalán, pero practiqué casi exclusivamente castellano.

Durante el primer año y medio hice varios cursos de lengua, de nivel básico, que si por un lado no me exigían un gran esfuerzo, por el otro no permitían mejorar mi expresión oral. Las entrevistas que realicé durante aquel año, era aún 2013, fueron sobre todo en castellano. Aunque sugería a mis informantes elegir el idioma que prefirieran era evidente que dirigiéndome a ellos en castellano les estaba dando involuntariamente un *input* hacia una de las dos lenguas. Ellos acababan por sentirse, de alguna forma, obligados a hacer la entrevista en el mismo idioma que hablaba yo. El cambio llegó a finales del primer año de trabajo de campo, cuando llegué a la conclusión de que entender el idioma no era suficiente, sino que debía esforzarme mucho más. Era necesario poner orden en mi cabeza dando una identidad propia al catalán y apartándole del dominio del italiano y castellano. Fue difícil. En aquel momento hubiera preferido tener que aprender alemán, una lengua que no tenía raíces neolatinas con las que confundirme, pero al final, lo agradecí. Descubrí en aquella ocasión que el catalán, y no el castellano -que estaba especialmente vinculado con mi estancia en Madrid-, era mi «lengua etnográfica». Aunque ya estaba haciendo un esfuerzo por comunicarme en un idioma que no era el mío, no había tenido en cuenta que este esfuerzo no era suficiente. Como antropóloga, mi actitud podía llegar a ser considerada arrogante, aunque de forma totalmente involuntaria. Descubrí, entonces, que el catalán tenía para mí las mismas características de exotividad que los antropólogos del siglo XX asociaban a las lenguas indígenas y que, tanto como ellas, se contraponía, de alguna forma, a la lengua colonial. Por comodidad había actuado exactamente como aquellos etnógrafos que aprendían alguna expresión para comunicarse en lo cotidiano, pero que no iban mucho más allá. Su riesgo era el de crear distancia en lugar que cercanía, propiamente porque involuntariamente se posicionaban en un lugar de superioridad mediante el uso de la lengua dominante. No quiero decir con esto que el papel del castellano en Cataluña sea igual al papel del inglés en India, por poner un ejemplo, pero creo que es crucial tener en

consideración el posicionamiento que hace el antropólogo mediante la elección del idioma. Organizar una entrevista en castellano, en lugar que en catalán, ya está comunicando algo al informante que, en determinadas situaciones, puede tomar una posición de más o menos apertura al respecto. En mi caso, creo que la situación se vio aliviada por el hecho de ser extranjera y haber aprendido primero el castellano.

Quizás comprendí esto demasiado tarde. Aunque parte de las personas que entrevisté son bilingües y no hacen ningún tipo de esfuerzo al hablar español, otras no mostraban la misma facilidad. Cuando asumí esto ya había mejorado bastante mi catalán, aunque no tanto para afrontar una entrevista con desenvoltura. Tuve que esperar mucho más para poder hacerlo. Sin embargo, pude dar a mis informantes la posibilidad de elegir la lengua que preferían. En caso de que la elección recayese en el catalán intentaba por lo menos hacer algunas preguntas y decir algunas frases en su idioma. Solo al final conseguí llevar a cabo toda una entrevista enteramente en catalán y creo que mi informante lo apreció y que para ella fue importante.

Por estas razones, a lo largo de la tesis se encuentran *verbatim*s en tres lenguas (italiano, español y catalán), a veces un mismo informante habla dos idiomas distintos. Si bien por un lado, esta convivencia evidencia la riqueza y complejidad del país, por el otro, muestra también la presencia de relaciones de hegemonía y subalternidad naturalizadas en la vida cotidiana.

Objetivos

El objetivo inicial de la tesis era realizar un estudio sobre medicina popular como recurso terapéutico en la época actual. Con este propósito utilizo la expresión «modelo clásico de medicina popular» para indicar una serie de características sociales, implícitas en las formas de sanación tradicional, que actualmente carecen de actualidad (ámbito rural, centralidad del sanador para la comunidad, entre otras). Tras un año y medio de trabajo de campo me encontré con un panorama muy complejo que, como suele ocurrir, me impulsó a cuestionarme sobre las hipótesis iniciales. En ambos territorios, con leves diferencias, junto con el «modelo clásico de medicina popular» se observan terapias híbridas reinterpretadas y recontextualizadas mediante las CAM - NA (como Reiki, tratamientos de reequilibrio energético, Tarot, terapias espirituales). Curanderos y terapeutas recuperan, partiendo de ello o llegando a ello, la antigua sabiduría popular, mediante procesos de resignificación.

En consecuencia, no pude ignorar los nuevos mecanismos sociales y culturales que habían permitido estos fenómenos. A este respecto, era necesario ampliar el objeto de

estudio, sin confinarlo a la medicina popular tal como se conocía hace treinta años, sino considerar otras fuerzas y corrientes con las que ella se relaciona y cuya influencia es mutua. Así que el objetivo inicial sufrió una transformación. La medicina popular se convirtió en la pauta del trabajo no tanto en cuanto hecho, sino en cuanto proceso. El nuevo objetivo principal era:

- Analizar la transformación del modelo clásico del curanderismo en *Emilia Romagna* y Cataluña (principalmente en Parma y Tarragona), a través de su relación con las medicinas alternativas y complementarias y las terapias *New Age*

Los objetivos secundarios, a su vez, vertían en distintos puntos.

- Estudiar el fenómeno de la *segnatura* dentro del contexto catalán, prestando especial atención a las biografías individuales de los curanderos, a los datos etnográficos relativos a las formas diagnóstico-terapéuticas, a los saberes naturalistas y mágico-religiosos, a la relación con los pacientes, a los modelos interpretativos de ambos y a los mecanismos de eficacia terapéutica.
- Profundizar la tendencia actual de redefinición de las prácticas tradicionales a través del lenguaje de la medicina no convencional y *New Age* en *Emilia Romagna* y Cataluña. Evidenciar los elementos de contacto y de fricción y el porqué de este diálogo, teniendo en cuenta el punto de vista de curanderos, terapeutas y pacientes.
- Repensar el concepto de pluralismo asistencial dentro de un contexto globalizado, pero al mismo tiempo radicado en sus tradiciones.

Campo

Como mencioné anteriormente, esta tesis surge en la estela de un proyecto anterior (mi tesis de *laurea specialistica*) y un análisis preliminar, financiado por la *Alma Mater Studiorum de Bologna* mediante el programa de profundización de las tesis en el extranjero. Este primer periodo de trabajo de campo en Cataluña, de septiembre a diciembre 2012, marcó el inicio informal de este trabajo. Durante aquel primer periodo me dediqué, en particular, a la búsqueda de informantes. Considerando que las premisas eran: tierra extranjera, poco tiempo disponible y ausencia inicial de cualquier tipo de red social, puedo sentirme bastante satisfecha de que en tres meses conseguí entrevistar a cinco personas distintas. En conjunto con el análisis de la literatura y de las fuentes, estos primeros datos, que confirmaban la existencia de la *segnatura* en cuanto práctica y establecían el antiguo uso de esta denominación, fueron lo que me permitieron lanzarme a la propuesta de un proyecto de tesis sobre dos países.

Tras este periodo, dejé transcurrir algunos meses y me inscribí en el doctorado de Antropología en abril 2013, fecha que se puede considerar como el inicio oficial de este proyecto. En los dos años siguientes, mi vida se convirtió en un estado de nomadismo constante. De hecho, en lugar de pasar un largo tiempo en Cataluña, con la idea de llevar a cabo la mayoría del trabajo en aquel territorio, me decanté por un continuo cambio de campo. Las razones eran principalmente dos. La primera era estrictamente económica: dado que hasta julio 2014 no tuve financiación alguna, no podía permitirme quedarme por largos periodos en Tarragona, y preferí ahorrar pequeñas cantidades de dinero con trabajos ocasionales en Parma. La segunda fue una elección metodológica. Considerando que la tesis se desarrollaba en dos sitios, me pareció una buena idea hacer un trabajo paralelo. Las continuas vueltas a ambos campos favorecieron un diálogo entre los dos países, un proceso constructivo gracias al cual tuve la oportunidad de retomar muchos elementos, leyéndolos de otra forma con respecto al principio.

Incluyendo el trabajo de campo preliminar, los meses de trabajo de campo están organizados como sigue:

Trabajo de campo en Cataluña	Trabajo de campo en <i>Emilia Romagna</i>
septiembre – diciembre 2012 (trabajo preliminar)	octubre 2010 – abril 2011 (trabajo relativo a mi tesis de <i>laurea specialistica</i>)
abril – julio 2013	agosto – octubre 2013
noviembre 2013 – marzo 2014	abril – agosto 2014
septiembre 2014 – marzo 2015	abril – julio 2015

Figura 25. Sumario trabajo de campo.

Como muestra el esquema, llevé a cabo alrededor de un total (depende de la fecha exacta de ida y vuelta) de 19 meses de trabajo de campo en Parma y 20 en Tarragona. Sin embargo, hay que tener en cuenta que siendo el primero mi lugar de nacimiento y el segundo el lugar donde vivo establemente desde el 2015 (con un pequeño paréntesis de cinco meses en la Universidad de Oxford), el trabajo de campo no se puede restringir únicamente a este periodo, digamos, oficial. De hecho, hice alguna entrevista también durante este último año de tesis; en particular, en momentos de dudas y confusión a la hora de la escritura, contacté nuevamente con mis informantes. La vuelta al campo fue de extrema utilidad para comprender los fenómenos con más profundidad, puesto que tanto como los textos, también las ideas y los razonamientos, necesitan de un periodo de sedimentación.

Por último, cabe añadir que uno de los objetivos de las etnografías es propiamente intentar desvelar y comprender una cultura viviendo en ella y, desde aquel lejano 2012, cuando pisé por primera vez Tarragona, nunca dejé de hacerlo. En cuanto a la mía, la cultura, creo que gracias al trabajo de campo en el extranjero he adquirido una visión más imparcial del contexto donde crecí, un conocimiento más profundo y crítico que no solo ha sido motivo de reflexión, sino que también ha logrado sorprenderme.

Informantes

La selección de los informantes no fue tarea fácil. Si para mi tesina había seleccionado exclusivamente *guaritori* y para un artículo sucesivo publicado en AM (*Rivista Italiana di Antropologia Medica*) (Riccò, 2013) había incluido también pacientes, ahora me encontraba con una realidad heterogénea donde esta categorización tenía poco significado. Curanderos y pacientes se confundían, así como sanadores y terapeutas, *new agers* y guías espirituales. Si en principio estaba buscando exclusivamente curanderos, en el sentido tradicional del término, posteriormente fue la ambigüedad entre los dos mundos que me llamó mayoritariamente la atención. Para proporcionar una panorámica general intentaré, igualmente, distinguir entre quien recibe y quien ofrece los tratamientos, pero como veremos a lo largo del trabajo, estas categorías no son forma estática sino flexible. El propósito de las tablas siguiente es, simplemente, aportar un criterio a la muestra de informantes.

	Curanderos/Terapeutas	Pacientes	Otros
Italia	16	15	1 (presidente del <i>Centro Studi Parapsicologici di Bologna</i>)
España	9	7	2 (fuentes de memoria oral)

Figura 26. Sumario informantes.

En relación a los datos socio-demográficos se pueden consultar las tablas del anexo que proporcionan informaciones relativas al sexo, edad, residencia y profesión. La mayoría de las informantes fueron mujeres de entre los 40 y los 80 años.

Número total de informantes	50
Número total de mujeres	37
Número total de hombres	13

Figura 27. Sumario informantes por sexo.

Metodología, Técnicas y Enfoques

Etnografía

Las principales técnicas empleadas han sido de tipo cualitativo, entre ellas: entrevistas, observación participante y grupos focales.

- ENTREVISTAS

Entre las primeras entrevistas que realicé para la *tesi de laurea*, entre 2010 y 2011, y las que desarrollé durante el trabajo de campo de esta investigación, hubo una evolución bastante profunda. Los primeros datos me sirvieron principalmente como cuadro panorámico y como conocimiento folklórico y etnográfico. Se trataba de 29 entrevistas a 28 personas. Entre ellas, había 12 «curanderos/curanderas» (*segnatori/segnatrici*), 15 pacientes y 1 persona que había recibido rituales de sanaciones y, al mismo tiempo, había sido iniciada para ejercerlos. El material recogido fue fundamental para analizar las características actuales de la medicina popular en Parma y para comprender su valor social, mágico-simbólico y terapéutico dentro de este contexto determinado. Sin embargo, estos datos iniciales no profundizaban particularmente en los modelos explicativos, en la percepción de la salud y de la enfermedad y en el sufrimiento social de mis informantes. Fue el material de trabajo de campo recogido a partir del 2012 que permitió sacar a la luz las experiencias de padecimiento y de resistencia. Las entrevistas que realicé en esta fase eran de tipo abierto y semiestructurado. Tenía un guión general que no solía enseñar a mis informantes ni solía consultarlo mientras conversaba con ellos (además de que casi siempre me lo olvidaba en casa). Con los años me di cuenta de que es mejor permitir al discurso que fluya libremente, sin forzarlo de alguna manera, dejando para otro día las preguntas pendientes. Asimismo, es fundamental tener en cuenta que la mayor parte de la información surge mediante la espontaneidad de la conversación y su reflexividad, puesto que es exactamente éste aspecto lo que más diferencia las entrevistas etnográficas de las «otras» (Roca i Girona, 2010).

En la tabla siguiente está la lista de entrevistas realizadas en los dos países.

	Entrevistas precedentes al 2012	
	ITALIA	ESPAÑA
Número entrevistas	29	/
Número personas entrevistadas	28	/
	Entrevistas sucesivas al 2012	
Número entrevistas	10	20
Número personas entrevistadas	4	12
Total entrevistas por país	39	20
Total entrevistas	59	

Figura 28. Sumario entrevistas.

Habiendo precedentemente desarrollado trabajo de campo en *Emilia Romagna*, hay una visible diferencia entre la cantidad de entrevistas recogidas en Italia y en España. Sin embargo, pude colmar el vacío de material sobre Cataluña mediante el empleo de otras técnicas. Como veremos más adelante la observación participante y los grupos focales sirvieron para triangular la información y favorecer otro tipo de material. Además, como he evidenciado anteriormente, solo desde el 2012 empecé a desarrollar entrevistas en profundidad que, favoreciendo el acceso a las historias de vida de los informantes, poseen un valor mayor en sí. Los datos que recogí al principio (antes de 2012), en cambio, han sido útiles para poder acercarme al fenómeno de la medicina popular y desarrollar una visión de conjunto.

La primera entrevista a un informante (curandero, terapeuta o paciente) preveía el acercamiento a las siguientes temáticas e informaciones de carácter general:

- Percepción de la salud y de la enfermedad y el conjunto de creencias a estas vinculados
- Enfermedades/malestares tratados y prácticas diagnóstico-terapéuticas (ejercidas o sufridas)
- Relación con el cristianismo, con otras corrientes religiosas o movimientos de espiritualidad contemporánea

- Modelos explicativos vinculados a la eficacia de los tratamientos (ejercidos o sufridos)
- Variables socio-demográficas (sexo, edad, nivel de educación, clase social) y biográficas

A estas se añadía un segundo bloque específico conforme a la categoría de pertenencia.

Para los curanderos y terapeutas me centré sobre todo en:

- Origen de la «vocación» (sueño, iniciación, enseñanza) y de las habilidades (observación, aprendizaje, autodidacta)
- Formas de pago (trato económico)
- Relación con los pacientes y con la medicina occidental

En cuanto a los pacientes:

- Origen del sufrimiento y modelos explicativos
- Determinantes en la elección de la medicina popular, de las CAM o terapias *New Age*
- Opinión sobre el «sector paralelo de atención» (sin usar esta expresión) y la biomedicina

Tras la primera entrevista, algunos se convirtieron en «informantes clave» con los que instauré una relación más profunda mediante otras entrevistas (hasta un máximo de 5), observaciones y observaciones participantes. Sobre ellos (Catia, Josep, Vittorio, Sol y Mercedes) he centrado buena parte de esta tesis (en particular los capítulos 5, 6, 7).

- OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

En la siguiente tabla es posible consultar los tratamientos que recibí y los rituales en los que participé en primera persona.

Persona que ha ejercido el tratamiento o que ha coordinado el evento al que he participado activamente	Tratamientos o rituales recibidos en primera persona
Catia	5 tratamientos que involucraban las siguientes técnicas: <ul style="list-style-type: none"> - Reequilibrio energético - Flores de Bach - Digitopresión
Josep	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de sanación para la muela de juicio - Lectura del Tarot
Isabel	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento parecido a la terapia del <i>espatllat</i>

Vittorio	- 2 tratamientos de Reiki
Participantes en el encuentro de Constantí	- Reflexología plantar - Reiki
Lucía	- Participación activa en el encuentro sobre Constelaciones Familiares - Sesión de Constelaciones Familiares personal
Asociación	- Ceremonia de iniciación a la <i>segnatura</i>

Figura 29. Sumario observaciones como participante.

En la segunda tabla presento las observaciones que me involucraban principalmente como espectadora y no como participante. Como mi presencia no ha sido externa o marginal, sino que tuvo algún tipo de incidencia en el campo, puede considerarse como una observación participante.

Persona que ha ejercido el tratamiento o que ha coordinado el evento al que he asistido	Tratamientos, rituales o fenómenos observados
Josep	- Trance - Ritual de limpieza a través de los dedos (numerosas veces) - Exorcismo - Ritual de curación del <i>herpes zoster</i>
Lola	- Reproducción del ritual de <i>l'airada</i>
Pepita	- Reproducción del ritual de <i>l'airada</i>
Filippo	- Reproducción del ritual contra el mal de ojo
Agustí	- Reproducción de la técnica de <i>l'espallat</i>
Giuseppa	- Reproducción de la <i>segnatura dell'abbassamento dello stomaco</i>

Figura 30. Sumario observaciones como «espectadora».

La mayoría de las observaciones incluían tratamientos diagnóstico-terapéuticos o su reproducción. En todos estos casos los informantes estaban al corriente de mi investigación, mi finalidad y mi papel.

Adopté, entonces, la que se suele definir como «estrategia abierta» (Guasch, 1997), mediante la cual el investigador negocia su presencia en el escenario. Por lo que tiene que ver con los encuentros (el de Constantí y de las Constelaciones familiares) me posicioné en el «campo» de forma semicubierta, es decir que solo algunos participantes, casi siempre miembros de la organización, sabían que estaba desarrollando una investigación sobre estas temáticas. En cuanto a la iniciación a la *segnatura*, no declaré abiertamente a los organizadores mis intenciones. Como explicaré más adelante, la mía no fue una estrategia, sino una actitud ingenua movida por la fascinación magnética que me causa mi objeto de investigación. Como indica Joan Prat (1997) no es fácil distinguir el aspecto profesional del personal, es por esta razón que muchas veces, de forma inconsciente, se acaba por adoptar la postura del *seeker*, del explorador que mezclándose con los demás está realmente deseoso de aprender, tanto que algunos autores hablan de etnografía participante. A pesar de esto, tras algunas reflexiones decidí no publicar el material recogido durante aquella ceremonia.

- GRUPOS FOCALES

Durante mi investigación tuve la posibilidad de realizar dos *focus groups*. El primero vertía alrededor de Josep, de sus «pacientes» y colaboradoras. Participaron 4 mujeres (aparte de mí y de Josep): Estrella, María Rosa, Elvira y Dolores. Estrella era una chica de 35 a 40 años, masajista de profesión, que a través de Josep se abrió al mundo espiritual. De momento se limitaba a rituales de imposición de manos y limpiezas. Junto con ella estaba su madre, María Rosa, una mujer pelirroja sobre los 60 años. La razón por la que hace muchos años acudía a Josep recaía en su completa desconfianza en la medicina oficial. Estaban presentes también otras dos mujeres de aproximadamente la misma edad de María Rosa, una de ellas, Dolores, tenía particular interés en la videncia. Elvira, por su parte, conoció a Josep a través de Agustina (la curandera que había transmitido las enseñanzas a Josep). Tras una experiencia desagradable con unos medicamentos, había entrado en contacto con ella y, desde allí, con su sucesor.

El grupo focal tuvo lugar en la casa de Josep y duró casi dos horas. A lo largo de la tarde, las participantes hablaron de su concepción de la enfermedad, de sus experiencias con los curanderos locales y con Josep y del porqué habían decidido inclinarse hacia los tratamientos espirituales o populares. Asimismo, se tocó el tema del mundo espiritual, de los hermanos de luz y de su cosmovisión y Josep aprovechó para «mandar a la luz» muchos

espíritus (sobre este ritual volveré más adelante en el capítulo a él dedicado). De hecho, al terminar la jornada me di cuenta de que, lo que para mí era un grupo focal finalizado a recoger información para mi tesis doctoral, para ellos era una reunión espiritual, cuyo objetivo era practicar la mediumnidad haciendo de canales durante la ascensión de los espíritus.

El segundo *focus group* lo organicé con la ayuda de un compañero, Jordi, que también está interesado en la medicina popular. Cuando le expliqué mi investigación se acordó de un conocido suyo, Arnau, que vivía en Alforja y tenía contactos con el hijo del curandero del pueblo, Agustí, que podía proporcionarme información sobre la actividad del padre fallecido hace unos años. El contexto esta vez era muy distinto. Era una tarde de otoño cuando Jordi y yo fuimos a casa de Arnau. El hombre debía tener unos 70 años. Tenía mucha curiosidad sobre el porqué una chica italiana estuviese estudiando el curanderismo catalán y tenía muchas ganas de hablar. Los tres nos dirigimos a casa de Agustí y de su mujer, María, y pasamos allí toda la tarde, conversando sobre la actividad de su padre, los recuerdos de María como paciente, los remedios caseros comunes durante la época del régimen y los *culture-bound syndrome*.

A diferencia del primer grupo focal, cuya utilidad recaía principalmente en la comprensión de la importancia de Josep como figura de soporte y en la observación de la dinámica de una reunión espiritual, el segundo fue importante sobre todo desde el punto de vista de la memoria histórica. Aparte de Jordi y yo, los otros participantes tenían entre 60 y 70 años y podían proporcionar información sobre una época en la cual el modelo curanderil estaba muy presente. Además, en ambos casos fue la interacción entre ellos, y no tanto conmigo, lo que facilitó la información. La utilidad de los grupos focales, en comparación con las entrevistas, recae propiamente en el tipo de testimonio que puede surgir de forma espontánea mediante las pistas, los recuerdos y los comentarios de los miembros del grupo que, si además forman parte del mismo núcleo comunitario, pueden ayudar a construir una memoria histórica colectiva.

Autoetnografía

A pesar de su papel, aún bastante controvertido en cuanto a «objetividad» científica, sesgada por el punto de vista personal del investigador, la autoetnografía puede revelarse como una herramienta muy útil gracias a su capacidad de generar un diálogo entre el universo *etic* y el *emic* (Alegre, Riccò 2017). Como planteaba Mari Luz Esteban (2004), hacer autoetnografía significa recuperar una experiencia de sufrimiento (sea como antropólogos o

como «supervivientes») necesaria para reincorporarse en el mundo con otra identidad. En mi caso, el proceso de autoreflexión y de autoanálisis ha resultado ser una fuente importante de conocimiento no solo sobre mi misma, sino también sobre mis informantes.

He empleado la metodología autoetnográfica en relación al análisis de los tratamientos de reequilibrio energético que me hizo Catia para investigar mi situación de malestar físico y emocional. La posibilidad de convertirme en mi mismo objeto de estudio ha sido una forma de acercarme al universo de mis informantes y de empatizar, de alguna forma, con sus experiencias de sufrimiento, curiosidad y perplejidad. Si por un lado pude desarrollar una visión más crítica del fenómeno, puesto que mi mirada había dejado de ser la de un observador externo que analiza -e involuntariamente juzga-, por el otro, esta misma mirada resultaba ahora más sesgada que nunca, debido a mi implicación personal. Sin embargo, a pesar del doble carácter de la autoetnografía, su empleo en determinados casos específicos ayudó favorablemente a triangular los resultados y entender mejor la información obtenida mediante las otras técnicas de investigación.

Giro ontológico y teísmo metodológico

Good se preguntaba cómo se tenía que comportar el antropólogo con respecto a los conocimientos expresados por sus informantes, sanadores o médicos de otra sociedad. En concreto, dada la autoridad del conocimiento biomédico actual, esto implicaba preguntas sobre cómo consideramos la enfermedad y cuánto la estimamos objetiva, es decir, un objeto externo a la cultura y fruto de un problema orgánico (Good, 2003). Lo mismo puede valer para un determinado tipo de creencias que no son (aparentemente) parte de la lógica científica, como por ejemplo el convencimiento de la existencia de los espíritus. Desde el punto de vista epistemológico, entonces, ¿cómo interpretamos a los «seres meta-empíricos» (fantasmas, apariciones, ángeles)? En el campo de la sociología de la religión se ha utilizado la expresión «teísmo metodológico» (Claverie, 2003; Piette, 2003) para indicar una nueva forma de acercarse a las creencias de los fieles. En contraste con el ateísmo científico, normalmente implícito en la mayoría de los trabajos de ciencias sociales, los autores empujan a los antropólogos a tomar en serio sus informantes. Esto no quiere decir que el investigador, desde un punto de vista personal, tenga que hacer suyas las creencias que está estudiando, pero significa conceder un estatus analítico a estos seres meta-empíricos, considerándolos como unos actores sociales más.

Esta perspectiva metodológica se sitúa en paralelo con el enfoque del giro ontológico (explicado más adelante en este capítulo) que:

En lugar de tratar a la etnografía como el objeto de los conceptos y procedimientos analíticos, la trata como su fuente. [...] En vez de tratar de luchar para captar el punto de vista nativo, ahora se lucha más bien para superar lo que uno ya ha comprendido para ser mejor captado por él —¡ése es el «giro»! (Holbraad, 2014, p. 132).

Mediante el giro ontológico como metodología pretendemos superar nuestros prejuicios etnocéntricos partiendo de la etnografía. Kohn (2015) define la ontología como el estudio de la realidad, una realidad que nos permite entender el mundo mediante la comprensión de cómo los humanos interactúan con él. La importancia del giro está en «hacer virar el procedimiento negativo de la deconstrucción hacia un procedimiento positivo de reconstrucción del conocimiento» (Holbraad, 2014, p. 134). En este sentido, se radicaliza, según Holbraad, la reflexividad antropológica llevándola al extremo.

Tanto el teísmo metodológico como el giro ontológico me parecieron de gran utilidad al momento de analizar la relación que mis informantes «instauraban» con las entidades desencarnadas, cuya agencia e influencia tenía repercusiones evidentes en sus vidas y en su cotidianidad.

Ética

El tema ético, en investigaciones antropológicas, comienza a hacerse cada día más presente también en los países de Europa del sur, empezando por el empleo de consentimientos informados y por la adopción de medidas de tutela de la privacidad de los informantes. Por mi parte, he decidido emplear ambas opciones por lo que tiene que ver con el trabajo de campo empezado a partir del 2012. Antes de comenzar las entrevistas solía entregar a mis informantes un documento informativo sobre la investigación donde se garantizaba el uso profesional y discreto de los datos. Los informantes también tenían la posibilidad de decidir si autorizaban la grabación de la entrevista, así como el empleo de los datos recogidos para investigaciones futuras. Con la excepción de una persona, todos los demás han consentido la grabación. Les di la oportunidad, además, de expresar su opinión en relación al nombre con el que preferían aparecer en la investigación. Las opciones eran tres: nombre de nacimiento (sin apellido), nombre a su antojo, identificación establecida por el investigador (número, letra o nombre). Algunos eligieron otro nombre, de alguna forma significativo para ellos, otros prefirieron que fuese yo quien lo decidiera y gran parte me dio el permiso de usar su nombre real. A pesar de esto, al momento de redactar la tesis opté por el uso de una denominación ficticia que ocultase la verdadera identidad de los informantes. Sin embargo, existen algunas excepciones vinculadas a los sujetos entrevistados antes del 2012 y a Josep. Como los datos recogidos y en parte publicados en *AM. Rivista italiana de*

Antropologia Medica (Riccò, 2013) incluían los nombres de nacimiento (por supuesto sin apellido), por una cuestión de coherencia he considerado oportuno, para estos informantes, mantener el apelativo empleado en precedenza. En cuanto a Josep, la decisión de usar su nombre oficial radica en su popularidad. El curandero catalán es, de hecho, un personaje bastante conocido en Reus, tanto que fue publicado un libro y diversos artículos sobre él. Así que, tras su consentimiento, he decidido usar su nombre de nacimiento, aunque siempre sin apellido. Otras excepciones fueron Encarna y Montserrat que ya salieron en otro artículo con su nombre propio.

Perspectivas teóricas

La antropología médica crítica

La corriente de la antropología médica crítica, enfocada en la influencia de las fuerzas políticas y económicas sobre los estados de salud y enfermedad, en los últimos años ha sido particularmente fecunda. Según esta orientación, las culturas no son solamente sistemas de significados que guían a los individuos, sino también «webs de mistificación que constituyen ideologías, puesto que disfrazan las realidades humanas, políticas y económicas» (Keesing, 1987, p. 161). En consecuencia, la enfermedad no representa exclusivamente una experiencia a interpretar, un lenguaje simbólico o el resultado de determinadas acciones sociales, sino que encarna también el producto de las relaciones de explotación, de resistencia y de los procesos de acumulación de capital. A menudo el enfoque crítico se basa en dos importantes nociones: la de genealogía del poder de Foucault y la de hegemonía de Gramsci (Good, 2003). A raíz de esto, se adentra en la comprensión de las formas de sufrimiento derivadas del poder de un grupo o de un sistema, centrándose en el binomio explotadores/explotados y valorizando los modos de oponerse y de resistir de los individuos, a menudo expresadas, de forma más o menos consciente, a través del cuerpo (posesión, nervios, histeria, somatización, *tarantismo*). Se rechaza, entonces, la concepción exclusivamente orgánica y mecanicista de la enfermedad propia de la biomedicina, comprometida, según Taussig (2006[1970]), en la reificación del sufrimiento y de la experiencia humana.

Sin embargo, no todos los autores se sitúan en la misma línea de pensamiento, tanto es así que Morgan (1987) propone tres tendencias principales dentro de la antropología médica crítica: la «marxista ortodoxa», la «teoría crítica cultural» y la «teoría de la dependencia». La primera orientación considera la salud como el resultado del sistema de producción capitalista a partir de las diferencias de clase social. La segunda versa

principalmente sobre el control social, el potencial iatrogénico y político del sistema médico. La tercera, por su parte, se basa en el principio de que el desarrollo del capitalismo en un área geográfica comporta el subdesarrollo en otras áreas periféricas. Frente a esta tripartición, Martínez-Hernández (2011) avanza otra propuesta tipológica que acopla la teoría marxista ortodoxa a la teoría de la dependencia, en una perspectiva general denominada «materialismo crítico». La explicación de esta fusión se fundamenta en que en ambas corrientes están ante un predominio de los aspectos económicos y materiales. El «culturalismo crítico» comprendería, en cambio, los estudios centrados principalmente en la lógica que subyace al capitalismo y en su relación con los elementos culturales.

Es dentro de esta orientación que situó mi tesis doctoral, un trabajo que recorre la historia de la medicina popular desde su origen rural y subalterna, hasta su vinculación con las medicinas alternativas y las terapias *New Age*. Para comprender este fenómeno es indispensable retomar y repensar el binomio dialéctico gramsciano hegemónico-subalterno, una operación ya inicialmente efectuada por de Martino en sus estudios sobre la medicina y la magia en Italia del sur.

El binomio hegemonía/subalternidad

La militancia política de Ernesto de Martino, primero en el partido socialista y después en el partido comunista (PCI), propiciaron su contacto directo con el mundo rural del *Mezzogiorno*, gracias al cual se produjeron trabajos fundamentales para la construcción de la antropología médica italiana. En concreto, se originaron distintas monografías que indagaban las estrategias de fabricación del consenso a través de las prácticas y de los rituales mágicos terapéuticos desarrollados en el *pantheon cattolico* (de Martino, 1953) del *meridione* italiano. En *La terra del rimorso* (de Martino, 1961), probablemente su texto más conocido a nivel internacional, el etnógrafo se sirve del *tarantismo* y de su interpretación cultural como «fenómeno molecular» para construir una historia religiosa del sur Italia, un lugar, éste, tomado como representante de todas aquellas zonas del planeta «*entrate nel cono d'ombra del suo cattivo passato*» (de Martino, 2008[1961]: 13). De Martino desarrolló su investigación en los pueblos del Salento (*Puglia*) donde algunas mujeres, *le tarantate* (atarantadas), afirmaban haber sido picadas por una araña mientras trabajaban en los campos. Desde entonces, manifestaban comportamientos convulsivos que las creencias populares asociaban a la posesión de la *tarantula*, y los médicos a crisis históricas. Para liberarse del espíritu de la araña, las mujeres pedían ayuda a *San Paolo* y se lanzaban en danzas desenfrenadas, bajo la música de tambores, violines, armónicas y otros instrumentos

que, mediante una suerte de exorcismo musical, restablecían la normalidad. Clara Gallini (1988), discípula de Ernesto de Martino, se interesó por el mismo fenómeno en Cerdeña donde se presentaba bajo el nombre de *argia*.⁶³

La terra del rimorso (de Martino, 1961) tuvo el papel fundamental de:

Riorientare radicalmente la discussione sociopolitica ed economica sulla questione meridionale in un quadro nazionale e globale, come questione di tutti i Sud del pianeta, riformando la narrazione scalare della ricerca, adottando, cioè, una scala corporea, espressa nelle analisi delle figure della danza di possessione, conseguente al morso simbolico della tarantola (Pizza, 2013, p. 101-102).

Pero fue en *Il Mondo Magico* (de Martino, 1948), en *Morte e pianto rituale* (de Martino, 1958) y en *Sud e magia* (de Martino, 2001[1959]) donde de Martino introdujo el concepto que enmarcará toda su producción, el de *crisi della presenza*. Según el etnógrafo «*fascinazione, possessione, esorcismo, fattura e controfattura sono da ricondurre all'insicurezza della vita quotidiana, all'enorme potenza del negativo e alla carenza di prospettive d'azione realisticamente orientate per fronteggiare i momenti critici dell'esistenza*» (de Martino, 2002[1959], p. 181). El antropólogo se proponía mostrar cómo los procesos de dominación y opresión, implícitos en el campesinado del sur de Italia, representaban una característica estructural que se materializaba a través de las altas tasas de mortalidad, de miseria social, económica y psicológica (Martínez-Hernández, 2011). El aspecto políticamente más clarificador de estas crisis era el hecho de que este «*abbandonarsi al magismo*» no se consideraba de forma pasiva, sino que representaba «*un contrapporsi della presenza al mondo e quindi una esperienza, un dramma*» (de Martino, 1973, p. 94) que permitía a los individuos irrumpir en la historia con sus costumbres culturales. Dicho elemento era fundamental para enfrentarse a las élites dominantes, acostumbradas a considerar la sociedad rural como un mundo de cosas, más que de personas, que por esta razón se sentían más justificadas a someter y explotar (de Martino, 1976). Las terapias y rituales estratégicos y simbólicos mediante los cuales los «dominados» penetraban en el mundo poseían, entonces, su coherencia lógica. De Martino creía, de hecho, que «*il problema dei poteri magici*» involucrase «*non soltanto la qualità di tali poteri, ma anche il nostro stesso concetto di realtà*» (de Martino, 1973[1948], p. 22).

⁶³ Aunque hay muy poco material sobre el tema, también se hallan rastros del *tarantismo* en España. Señalo en particular el libro de Francisco Xavier Cid (Barrientos, 1989), publicado en 1787 donde el autor no solo recupera el *tarantismo* italiano, sino que propone casos de *tarantati* (hombres y mujeres) en pueblos de La Mancha. Dada la fe inquebrantable que Cid encomendaba a la terapia musical, no solo para el *tarantismo*, sino contra un gran número de enfermedades o situaciones de sufrimiento, de alguna forma Cid era un precursor de la musicoterapia. Sería interesante poder profundizar en este campo a nivel comparativo, sobre todo considerando que, si en España el fenómeno es casi desconocido, en Italia ha acabado convirtiéndose en una reinención de la tradición, que se expresa principalmente mediante el festival de la *Nocte de la Taranta*⁶³ y de la recuperación de la danza (*la tarantella*) en clave folklórica y popular (en el sentido inglés del término).

«La importancia de la enseñanza demartiniana en las ciencias antropológicas, y biomédicas, reside en la decisiva elección científica de considerar la salud y la enfermedad como procesos históricos-culturales y sociopolíticos» (Pizza, 2009, p. 83). A este respecto, Feixa (2008) equipara los trabajos de Ernesto de Martino a las monografías de Malinowski (1922) y Evans-Pritchard (1940) gracias a la capacidad del autor de ofrecer una visión total de la cultura estudiada, aunque se centre sobre todo en el mundo mágico-religioso. Además, a diferencia de los dos antropólogos clásicos, que analizaron trobriandeses y nuer como poblaciones autónomas sin un contexto histórico a su alrededor, de Martino relacionaba continuamente la cultura subalterna con la dominante, haciendo dialogar las clases sociales. Es en este vínculo que se evidenciaba la hegemonía de las primeras sobre las segundas, una hegemonía que según Gramsci era sobre todo cultural y *«si attua[va] attraverso processi di incorporazione e naturalizzazione del consenso»* (Pizza, 2014, p. 33). El objetivo de las clases dominantes es la producción y extensión de la desigualdad no tanto (o no solo) a través de acciones de fuerza y coerción, sino mediante un mecanismo de desinterés-ofuscación-aceptación. Un individuo que desconoce y no quiere conocer se encuentra en una situación de confusión e ignorancia que conlleva la aceptación de la sumisión como un fenómeno natural.

Siguiendo a Gramsci *«il folklore non deve essere concepito come una bizzarria, una stranezza o un elemento pittoresco, ma come una cosa che è molto seria e da prendere sul serio»* (Gramsci, 1975, p. 2314), y de Martino ve en el folklore un potencial doble. Si por un lado representa *«un riflesso e un supporto ideologico dell'oppressione delle classi subalterne»*, por el otro *«è un potenziale veicolo di emancipazione»* (Dei, 2011). Gracias al *folklore progressivo* el vulgo del *Mezzogiorno* penetra en la historia, se posiciona (como es el caso de las canciones de protesta de los campesinos lucanos), incluso aunque no entre en circulación oficialmente y esté vivo solo de forma extraoficial (de Martino, 2008a). Al debate sobre folklore y clases sociales, contribuyó también Lanternari (1972) mediante el ejemplo de la religiosidad popular, en particular de San Juan, como modalidad de resistencia cultural al dogmatismo de la Iglesia.

Dentro del contexto sanitario y del pluralismo asistencial, la relación hegemonía/subalternidad fue profundizada por Eduardo Menéndez, que acuñó la noción de Modelo Médico Hegemónico (MMH). Con éste se refería a un modelo de atención médica (la mayoría de las veces biomédico) que se había impuesto a través de la exclusión, apropiación y transformación de los otros modelos. Según el antropólogo argentino el MMH reconocía básicamente tres submodelos: el médico individual privado, el médico corporativo público y el corporativo privado. Los tres presentaban las siguientes

características: eficacia pragmática, biologicismo, concepción evolucionista-positivista, individualismo, universalidad, a-historicidad y reduccionismo. A estas se debían sumar también la falta estructural de prevención, la mercantilización de la salud, el desequilibrio entre médico y paciente, la participación pasiva de los consumidores y la identificación ideológica de la racionalidad científica como criterio de exclusión de las otras (Menéndez, 1988). El MMH representa, según el autor, una reificación del cuerpo versus el individuo, de la *disease* versus la *illness*. El conjunto de estas características es lo que según Menéndez implica el establecimiento del proceso de hegemonía entre la medicina oficial y los otros modelos de atención a la salud, es decir el «alternativo subordinado» y el de la «autoatención». Al primero pertenecen las prácticas tradicionales, como el curanderismo urbano o las sanaciones espirituales, y las medicinas milenarias como la medicina tradicional china y el Ayurveda, estableciendo como factor común la acción de estigmatización y subordinación por parte del MMH. Con autoatención hace referencia a las acciones de prevención, diagnóstico y atención llevadas a cabo por los propios sujetos o por su entorno familiar o grupal, que pueden incluir también la acción consciente de no hacer nada (Menéndez, 1988). A través del análisis del pluralismo asistencial en la sociedad yucateca, el antropólogo evidencia la presencia de técnicas híbridas, resultado del diálogo entre los distintos sectores y, especialmente, de la expansión y de la hegemonía del MMH. Ya desde la década de los años treinta los curanderos empezaron a incorporar medicina de patente en sus prácticas curativas, incluso para enfermedades «tradicionales». Así, la toma de fármacos surgió como práctica común también en el sector de la autoatención.

La condición de la sociedad yucateca puede ser tomada como un ejemplo de una situación bastante globalizada que, además, ha sufrido ulteriores cambios en las últimas décadas. En este sentido, el dualismo demartiano, entre clases hegemónicas y subalternas que describía la Italia de los años cincuenta, casi 60 años más tarde, es bastante inconsistente. Un panorama diferente se presenta ante nuestros ojos, que no solo involucra otras formas y herramientas de atender a la salud, sino que establece nuevas relaciones dialécticas entre dominantes y dominados. Un buen ejemplo nos lo proporcionan las medicinas alternativas y complementarias para las que no se puede hablar de *dislivelli*, ni de cultura «alta» vs cultura «baja», porque las CAM se quedan en un punto intermedio entre lo *folk* y lo *professional*. Si acaso, se pueden considerar *popular* en el sentido inglés del término, «del “pop”, es decir de la cultura de masa» (Dei, 2014, p. 103). Lo que opina Dei (Ibidem), y que también esta misma tesis pretende vislumbrar, es que el estudio de la medicina popular y de las CAM no es separado ni separable. En este nuevo contexto hace falta

entonces repensar las nociones gramscianas de hegemonía cultural y subalternidad, analizando también el papel fundamental de la sociedad de consumo y de la cultura de masa, así como el de *crisi della presenza*. La comprensión del diálogo entre medicina tradicional y alternativa, así como la recuperación de la una a través de la otra, mediante la interrelación de estos elementos, es uno de los desafíos de esta tesis.

La Escuela italiana de Antropología Médica

El estudio de la medicina popular tuvo una importancia peculiar, sobre todo en Italia, gracias a los trabajos, ya ampliamente mencionados, de los médicos folkloristas, al papel de Ernesto de Martino y a la escuela de antropología médica fundada por Tullio Seppilli.⁶⁴ Hubo un gran interés por el tema entre los años setenta y ochenta, pero naufragó en la década sucesiva. En 1983 se organizó una conferencia en Pesaro dedicada a la medicina tradicional de las clases populares italianas y, con antelación a la misma, se publicó el famoso número 8 de *La Ricerca Folklorica* (Seppilli, 1983), enteramente dedicado al tema. Entre los que contribuyeron a la construcción de la categoría de medicina popular, hay que nombrar Alfonso Maria di Nola y Clara Gallini, autores de dos textos muy interesantes que vieron la luz el mismo año de la conferencia. El primero es un ensayo sobre la *passata* (Di Nola, 1983a), un ritual de la Italia meridional para prevenir *l'ernia infantile*⁶⁵ (hernia infantil), que junto con otras enfermedades, entra en el grupo de *le eziologie folkloriche* (Signorini, 1989). Con esta expresión se indicaban las representaciones populares de la enfermedad, empapadas de historia y de saberes locales sobre el cuerpo y la salud. El enunciado corre el riesgo de poseer las mismas limitaciones de las categorías biomédicas. En el caso de las etiologías complejas no se puede prescindir del diferente uso social de la enfermedad, puesto que está enraizado en la experiencia personal del sufrimiento y que, por ende, puede variar de persona a persona. Un buen ejemplo es el caso del *mal dell'arco*, una condición patológica que en la representación popular de la *Bassa Irpinia* (una zona de la región Campania) está relacionada con la aparición del arcoíris. Aunque desde el punto de vista de la nosología biomédica el malestar se traduce con la ictericia, esta simplificación no permite indagar los entrecruces emocionales y culturales que se esconden detrás de la experiencia de sufrimiento (Pizza, 2009).

⁶⁴ Sobre la figura de Tullio Seppilli y de la antropología médica en Italia se puede consultar el texto *Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne* (Comelles, Perdiguer-Gil, & Riccò, 2014) y la entrevista a Tullio Seppilli hecha por Françoise Loux (1994).

⁶⁵ Para los detalles de la terapia véase el capítulo 8.

El segundo libro, *La sonnambula meravigliosa* (1983) de Clara Gallini, representa uno de los textos claves de los años ochenta. El libro es un análisis antropológico de los fenómenos del magnetismo y del hipnotismo en el siglo XIX. La autora se centra en las relaciones entre magia y ciencia, una eterna lucha por el control de lo imaginario. A través del poder simbólico ejercido por el magnetizador sobre la *sonnambula*, se exploran los procesos de control del cuerpo femenino. Durante el trance la mujer pasa de sujeto pasivo a sujeto activo volviéndose «*“corpo in azione” che produce una forma di “conoscenza vissuta”, visionaria ed empatica, sfidando le regole della razionalità scientifica, e che si fa esso stesso veicolo della diffusione del messaggio del magnetismo*» (Talamonti, 2013, p. XIV).

De gran relevancia son también los trabajos de Paolo Bartoli e Paola Falteri que se interesaron por la medicina popular en el siglo XIX en Umbria (Bartoli & Falteri, 1987), por su relación con la «medicina oficial» (Bartoli & Falteri, 1983) y por las terapias de sanación de las verrugas, a través de un estudio comparativo con Francia y Canadá (Bartoli, Falteri, Loux, & Saillant, 1997). Otros alumnos de Seppilli fueron atraídos por los seres fantásticos (*folletti*, brujas y vampiros) y las figuras metafóricas del imaginario popular (Alimenti, 1989), el empleo de los amuletos (Baronti, 1998, 2000; Cardona, 1983) y los *guaritori* (Cristina Papa, 1989). Destacan también los importantes trabajos de Elsa Guggino (1978, 1993) centrados en los magos en Sicilia, sus pacientes y la magia que rodea el entorno, una realidad que la antropóloga expresa a través de las experiencias, historias de vida y diálogos de los protagonistas. Sin embargo, después de los años ochenta, el interés por las prácticas de defensa de la salud del pueblo ha sufrido una brusca reducción.

No obstante, creo que vale la pena mencionar un cierto número de trabajos recientes, algunos más académicos que otros, que han tenido como objeto la medicina popular en general y la *segnatura* en *Emilia Romagna* en particular. *Guari Guaros* (Cerasoli & Garavini, 2010) posee un valor histórico-folklórico y recupera informaciones sobre la *folkmedicine*, sus rituales y sus remedios en la *Romagna*⁶⁶ de los siglos XVIII-XIX. Entre otros, toma en consideración el tema del embarazo y del parto, las enfermedades de origen mágico y el papel de médicos y sanadores. En 2014 vio la luz *Int u segnu* (Citelli, Grasso, Rovelli, & Savini, 2014), centrado en los curanderos y en las prácticas mágicas de *le Quattro province*, un área de los Apeninos que abarca las ciudades de Genova, Alessandria, Pavia y Piacenza relativamente, pertenecientes a cuatro regiones distintas (*Liguria, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna*). El texto se ha originado a partir de una reciente investigación

⁶⁶ Aunque la región desde el punto de vista oficial es una, hay una subdivisión interna entre Emilia (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Bologna y Ferrara) y Romagna (Rimini, Forlì-Cesena, Ravenna).

entre los *segnatori* y aprovecha para recuperar también los resultados de un proyecto de los años noventa que no había sido publicado en su momento. Los investigadores han constatado la presencia de, por los menos, doscientos *medgon* (término dialectal regional). Al texto ha sido incorporado un DVD en el que los curanderos reproducen los rituales diagnóstico-terapéuticos y muestran los objetos de los que se sirven. De reciente publicación es también la tesis de doctorado de la antropóloga Maddalena de Bernardi (2015), centrada principalmente en el aspecto semiótico de la *segnatura*, y el libro de Antonella Bartolucci (2016), *Le streghe buone*, cuyo interés recae en los cambios que ha sufrido la *segnatura* en la provincia de Reggio Emilia (*Emilia Romagna*).

En la tradición italiana muchos antropólogos y etnógrafos, a partir de Ernesto de Martino, fueron cautivados por el fascinante mundo de la religiosidad y medicina popular. En un país donde la historia colonial ha sido muy limitada, el eje de interés no se ha proyectado hacia el «otro», en términos de etnia y de cultura, sino más bien en los de clase social. La huella gramsciana sobre la cual se construye la escuela antropológica italiana se centra en las relaciones de poder implícitas en la diversidad cultural, social y de género. El objetivo de estos trabajos no es, entonces, volver exótico lo endóxico, sino dar voz a los «excluidos» y «*gettare le basi di reinterpretazione dei quadri classici della storia delle tradizioni popolari italiane*» (Pizza, 2012, p. 186).

Aproximaciones sobre el «giro ontológico»

El así llamado giro ontológico es un movimiento teórico y metodológico cuyos albores rastrean los años noventa, pero fue sobre todo con el nuevo milenio que empezó a ganar terreno en campo antropológico. En particular fueron los trabajos de Philippe Descola (2005, 2011), Eduardo Viveiros de Castro (1996) y Bruno Latour (2013) los que generaron fecundos debates centrados en los modos de existencia, la relación naturaleza-cultura, seres humanos-seres no humanos, entre otros temas. De manera preliminar, se puede decir que el interés de la antropología ontológica no es descubrir cómo los sujetos interpretan el mundo, sino indagar de qué mundo se trata (González Varela, 2015). Para hacerlo se necesita invocar el fundamental binomio antropológico naturaleza-cultura. Según el estructuralismo levi-straussiano (Lévi-Strauss, 1949), el tabú del incesto representaba la norma universal que, mediante la exogamia y el intercambio de mujeres, permitía el pasaje de un estado de naturaleza a un estado de cultura. Descola (2005), por su parte, percibe este binomio no tanto en términos de ruptura y separación entre una condición y la otra, sino más bien en términos de continuidad. Según la visión del antropólogo francés existen

relaciones y experiencias entre humanos y no humanos (Lavazza, 2016) y estas, a su vez, dan lugar a cuatro tipos de ontologías: totemismo, animismo, naturalismo y analogismo.

El totemismo⁶⁷ ha sido un argumento de gran interés para los científicos sociales ya desde el siglo XIX (Frazer, 1887; MacLennan, 1869). Muchas fueron las interpretaciones del fenómeno: Durkheim (1912) lo interpretó como una forma de religión primitiva destinada a favorecer la cohesión social, Freud (1913) como el fruto del complejo de Edipo y de la representación del padre como tótem, y Lévi-Strauss (1962a, 1962b) como una herramienta de los pueblos primitivos finalizada a clasificar los grupos sociales. Descola va más allá de estas clasificaciones y, partiendo de su experiencia en Amazonia y de las distintas relaciones que los individuos tejen con su entorno, se interroga sobre el nexo naturaleza-cultura y sobre el origen de una cosmología que acerca componentes humanos y no humanos (Lai, 2015). Para llevar a cabo su reflexión examina las cuatro ontologías a través de los atributos de *interiorities* y *physicalities*. En una sociedad totémica, por ejemplo, los animales y las plantas gozan de atributos antropomórficos, así como de comportamientos sociales (Descola, 2011) y, por esta razón, tanto la interioridad como la «física» entre humanos y no humanos son semejantes.

La segunda ontología, el animismo, está estrictamente vinculado a la génesis de nuestra disciplina. En la segunda mitad del siglo XIX, Taylor (1871) interpretó la creencia en un mundo poblado por seres y espíritus invisibles como la primera forma de religión primitiva. La diferencia que Descola marca con la ontología del totemismo es que *«the animist systems did not use plants and animals to conceptualize the social order but, on the contrary, employed elementary categories of social practice to think through the links of humans with natural beings»* (Descola, 2013, p. 122). En este sistema se atribuyen a los no humanos las mismas características que a los humanos, de tal manera que la interioridad de unos es la misma que la de los otros y el componente físico es lo que los define. En el animismo la marca de separación está, entonces, en el cuerpo y no en el alma (Viveiros de Castro, 1996). De esta forma *«a shaman can become a jaguar by wearing as clothing elements of a feline body, such as canine teeth and spotted hides, that make jaguars distinctive predatory beings. A psychic continuity permits movement across physical discontinuities.»* (Kohn, 2015, p. 317). Para poder profundizar y aclarar esta idea, Descola recupera el concepto de «perspectivismo»,⁶⁸ empleado por Viveiros de Castro para

⁶⁷ El término «totem» fue introducido en Occidente por J. Long en 1791. Es una palabra de origen ojibwa, una lengua hablada en la zona de los Grandes Lagos en Norte América (Désveaux, 2009).

⁶⁸ La concepción del perspectivismo se fundamenta en el planteamiento filosófico de Leibniz, según el cual la interpretación de la realidad es relativa, siendo vinculada a un determinado punto de vista variable de individuo a individuo. Algunos años más tarde Nietzsche recuperó el concepto, añadiendo que ésta no solo puede variar de sujeto a sujeto, sino que, en el mismo sujeto, en circunstancias diferentes se pueden verificar

definir la relación entre humanos, animales y espíritus en la cosmología de los pueblos amazónicos:⁶⁹

Typically, in normal conditions, humans see humans as humans, animals as animals and spirits (if they see them) as spirits; however animals (predators) and spirits see humans as animals (as prey) to the same extent that animals (as prey) see humans as spirits or as animals (predators). By the same token, animals and spirits see themselves as humans: they perceive themselves as (or become) anthropomorphic beings when they are in their own houses or villages and they experience their own habits and characteristics in the form of culture (Viveiros de Castro, 1998, p. 471).

Siguiendo el perspectivismo amerindio, los animales, así como los espíritus, se consideran como miembros de la especie humana, lo que varía es simplemente la perspectiva. Para estas sociedades, el animal es simplemente un ex humano que ha perdido progresivamente sus facultades pero que comparte aún la humanidad como condición. La interioridad estaría representada por esta *internal human form* (Ibidem) y la «exterioridad» sería simplemente una mera envoltura destinada a ocultar su interior. En línea con este tema, el antropólogo brasileño propone otro binomio interesante entre multiculturalismo (muchas culturas, una sola naturaleza), propio de las sociedades occidentales, y el multinaturalismo (muchas naturalezas, una sola cultura), propios de los pueblos amazónicos (Ibidem). En un sistema multinaturalista, que se centra en la diferencia de puntos de vista (precisamente las perspectivas), estos no procederían de la mente, común a humanos y no humanos, sino del cuerpo que: *«is not a synonym for distinctive substance or fixed shape; it is an assemblage of affects or ways of being that constitute a habitus. Between the formal subjectivity of souls and the substantial materiality of organisms there is an intermediate plane which is occupied by the body as a bundle of affects and capacities and which is the origin of perspectives»* (Viveiros de Castro, 1998, p. 478). El cuerpo representa entonces la herramienta mediante la cual los seres vivientes incorporan los hábitos e interpretan el mundo.

Volvemos ahora a nuestro punto de partida, las ontologías, y añadimos el tercer sistema, típico del mundo occidental: el naturalismo. En este modelo las diferencias están en la interioridad (de aquí el individualismo) y las semejanzas en la «fisicalidad». Lo que distingue a los humanos de los no humanos recaería en la conciencia, el lenguaje, las características subjetivas, en pocas palabras, el alma. El naturalismo concibe la naturaleza como un objeto externo y contrapuesto a la cultura, así que en nuestra sociedad antropocéntrica la cultura se concretiza en todo lo que no es naturaleza (Descola, 2011). El

cambios de interpretación significativos. Cf. Vocabulario On Line, Treccani. <http://www.treccani.it/vocabolario/prospettivismo/> [consultada 12/12/2016].

⁶⁹ La excesiva generalización de Viveiros de Castro relativas a los Amerindios ha sido criticada por algunos autores (Ramos, 2012; T. S. Turner, 2009) según los cuales el perspectivismo sería aplicable solo para determinados pueblos amazónicos.

naturalismo se posiciona entonces en el extremo opuesto respecto al animismo. En este último los individuos no simplemente ocupan el mundo, sino que «*they inhabit it, and in so doing [...] they contribute to its ever-evolving weave*» (Ingold, 2006, p. 14).

Finalmente, el analogismo está asociado a las diferencias entre humanos y no humanos, ya sea a nivel de interioridad como a nivel de exterioridad. Con este término Descola se refiere a aquellos sistemas que creen que la vida de los hombres esté influenciada por las propiedades, la modificación o los movimientos de determinadas estructuras o entidades. Un par de ejemplos propuestos por el autor pueden ayudar a aclarar el concepto. El primero es el del *nagualismo*, una creencia difundida en América Central según la cual cada individuo tiene un doble animal y cuyas acciones pueden tener repercusiones sobre la persona a él vinculada (Descola, 2011). En este sentido, las heridas o enfermedades del animal pueden afectar a la salud del hombre. El segundo ejemplo resulta aún más interesante y se basa en la teoría según la cual los elementos de la naturaleza tienen una relación con las partes del cuerpo. Entra dentro de este sistema la doctrina de las correspondencias de Paracelso, así como el ritual de la *segnatura*, en el que emerge un código lingüístico-simbólico apto para instaurar una comunicación entre el universo del hombre y el de la naturaleza. En estos sistemas de analogías hay una resonancia involuntaria, que prescinde de una relación directa entre humanos y no humanos. Descola afirma que el analogismo ha sido fundamental en Europa hasta el Renacimiento y que la actual astrología contemporánea se presenta como un residuo del mismo. Mediante la *segnatura* se evidencia como todavía existan formas de analogismo no tan marginales como se piensa. En conclusión, la crítica movida por Descola y Viveiros de Castro al binomio naturaleza-cultura no se tiene que considerar como un rechazo a una de las dos categorías, sino a una mala interpretación habida hasta el momento, centrada en la separación en lugar de la continuidad.

Para cumplir con los tres autores que forman parte de lo que ha sido denominado como *narrow ontological turn* (Kohn, 2015) cabe mencionar a Bruno Latour (2013). En su imponente obra *An Inquiry of Modes of Existence* (AIME), en la cual recoge sus trabajos de los últimos treinta años, se hace propulsor de un proyecto innovador dentro de las ciencias sociales y filosóficas. A través de una plataforma virtual, AIME, permite la participación activa del lector al debate, proporcionando una nueva forma de investigación identificada como *digital humanities* (Latour, 2013, p. XX). El subtítulo del texto, *An Anthropology of the Moderns*, retoma las bases del precedente trabajo (*We have never been modern*) con el sobrentendido reproche a la modernización en cuanto proceso que ha permitido y forzado

la destrucción de la pluralidad de los modos de ser (Kohn, 2015). La crítica se extiende también a los hombres modernos que: *«are victims of what they have created: [...], they are obsessed with their own obsessions and alienated in their attempts to overcome alienation. They are unable to see how much of their own everyday life depends on such idols as the objectivity of science, the neutrality of technology, the autonomy of society or the immutability of human nature»* (Chernilo, 2015, p. 344).

Al principio del texto, Latour expone el siguiente problema: *«the issue is that language has to be made capable of absorbing the pluralism values. [...] So there is no use hiding the fact that the question of modes of existence has to do with metaphysics or, better, ontology»* (Latour, 2013, p. 19). No existe entonces solo un *mode of existence*, sino que hay una pluralidad de *ways of being* y se tiene que reconocer. Partiendo de estas premisas, el objetivo de Latour es recoger y otorgar dignidad a los múltiples modos de existencia (Kohn, 2015). Algunos de ellos son: la ley, la religión, la tecnología, la política, el *network*, la referencia, la preposición.

A lo largo de los últimos quince años, muchos autores se han inspirado en esta orientación, contribuyendo a amplificar la producción de lo que ha sido definido como *broad ontological turn* (Kohn, 2015) (en contraposición con el *narrow ontological turn*). En este «amplio giro ontológico» se incluye una vasta cantidad de contribuciones que abordan la ontología mediante distintas perspectivas. Entre ellas, algunos autores se centran en la ontología ecológica (González Varela, 2015), enfocada en la relación entre medio ambiente y comunidades locales. Un par de ejemplos son el texto de Pedersen (2011) sobre el post-chamanismo en Mongolia o el de Willerslev (2007) sobre la relación cazadores-animales entre los Yugaghir siberianos. Hay que mencionar también los escritos de Donna Haraway (2003, 2008) centrados en las relaciones sociales y materiales entre hombres y animales y de Tim Ingold (2006) sobre la fenomenología como un modo de romper esta distancia entre humanos y no humanos.

Kohn, por su parte, en el texto *How Forests Think* (2013) trata el vínculo de humanos y no humanos en la selva amazónica mediante el universo de los símbolos *«his goal is not to understand 'cultural constructions of nature' but rather to understand a more basic, mutually constituting, pre-cultural process that brings all living things into a common communicative network»* (Boglioli, 2015, p. 230). La relación entre animismo y biología ha sido profundizada por Istvan Praet (2014) que ha formulado los conceptos clave de *restricted humanity* and *restricted life*.

El planteamiento ontológico es un nuevo campo de investigación que, así como fascinó a muchos intelectuales, atrajo también su contraparte de críticas. González Varela (2015) resume algunas de ellas en un reciente artículo centrado sobre el tema. En particular,

menciona la tendencia a radicalizar de forma extrema la diversidad cultural. Este componente, amplificado por la distancia geográfica entre autor e informantes, reafirmaría la antigua división entre «Nosotros» y «los Otros» (González Varela, 2015) que durante mucho tiempo se había intentado dismantelar. Otra crítica está relacionada con la tendencia al «literalismo», una idea que va más allá de la importancia de las narrativas de los informantes, que se concretiza en tomar los discursos de forma literal y no metafórica. Scott (2013), por su parte, señaló la cercanía entre «giro ontológico» y pensamiento religioso debido al intento que caracteriza a ambos de descifrar y comprender comportamientos no reconocidos como racionales.

A pesar de las críticas, creo que el planteamiento ontológico es una óptima forma para acercarnos a la relación entre humanos y espíritus, centrándonos en particular en las repercusiones que la creencia en estas entidades generan en la vida de los informantes y como estas desencadenen una serie de interrogantes sobre la relación hombre naturaleza, también dentro a un contexto como el del naturalismo occidental.

Agencia, espíritus y embodied epistemology

El concepto de *agency* ganó terreno a finales de los años setenta y consiguió proporcionar mayor atención a los individuos y a su «capacidad de actuar», respecto de lo que había hecho la antropología estructuralista (Ahearn, 2001), interesada en el estudio de los componentes sociales y de su interrelación. El término *agency* fue empleado para indicar la mutua relación entre individuo y estructura social (Bourdieu, 1977; A. Giddens, 1979; Sahlins, 1981) y permitió relanzar la «teoría de la práctica» radicada en la idea que «*actions are always already socially, culturally and linguistically constrained*» (Ahearn, 2001, p. 8). Algunos autores han relacionado el concepto con las ideas de resistencia y de empoderamiento de los individuos.⁷⁰ Otros, han centrado su atención en la existencia de una agencia externa a los seres humanos, «agencia del intangible» (Blanes & Espíritu Santo, 2014), encarnada en elementos del sistema social (estado, mercado económico, conjunto de valores) o en elementos vinculados a la religión, la espiritualidad o lo paranormal (espíritus, entidades). Es en estos últimos en los que recae mi interés.

Durante el siglo XIX la ciencia y el mundo de lo paranormal no eran dos universos tan separados. Por el contrario, corrientes como el espiritismo, el mesmerismo y la parapsicología trataban de comprender estos fenómenos, usando precisamente los instrumentos científicos y tecnológicos, esperando que estos pudiesen producir una

⁷⁰ Véase el análisis de Pizza (2005) sobre la obra de Gramsci.

materialización de lo invisible (como en el caso de las fotografías de los «fantasmas»). Sucesivamente, con el desarrollo de la psicología y de la sociología, los espíritus fueron relegados a la realidad subjetiva de los individuos (Ibidem). La propuesta del giro ontológico evidencia la vida social de los no humanos, subrayando como la «capacidad de actuar» de animales, espíritus o seres desencarnados no es simplemente una especulación filosófica, sino que tiene sentido en muchos contextos (chamanismo, animismo) (Ibidem). En otras palabras, si estas entidades son lógicas y coherentes para las personas que creen en ellas, esto significa que poseen un estado ontológico y que para comprender cómo la gente actúa y piensa es indispensable considerarlas como reales en términos etnográficos (Groisman, 2016).

If nature is our ground, it is natural for us to think of ontology as a search for what really exists. But in a multinatural metaphysics, there is no stable ontological ground. The shaman walking through the forest does not ask whether spirits exist (that would be the multicultural question); he wants to know only how to actualize a relation with them» (Kohn, 2015, p. 319).

Así como el chamán no se hace preguntas sobre la realidad metafísica de los espíritus, de la misma forma mis informantes (o parte de ellos) no cuestionan la existencia de un «más allá». La prueba es, de hecho, constante en sus vidas y se manifiesta mediante varias formas de trance, visiones, posesiones, sensaciones físicas y modificaciones corpóreas, entre otras. Para ellos esta realidad invisible está presente en su cotidianidad, la ven y la perciben mediante sus sentidos porque es una experiencia que está radicada en el cuerpo.

Consideradas estas premisas resulta particularmente ilustrativo recuperar aquí el paradigma del *embodiment* propuesto por Csordas (1994) que adquirió un creciente peso intelectual en los últimos años. A través de la fenomenología cultural, se indaga el cuerpo como «ser en el mundo» y como, al mismo tiempo, objeto (en cuanto receptor de una determinada cultura) y sujeto (agente). Csordas no considera más el cuerpo exclusivamente como símbolo o como texto, cree, en cambio, que sea lícito partir desde él, el lugar donde el *embodiment* se presenta como un principio metodológico (Martínez-Hernández, 2011). En la epistemología cartesiana, que está en la base de la medicina técnico-científica Occidental, el saber es un saber *disembodied* (Antony, 2005) donde la enfermedad se forja a través de la realidad biológica, tiene características universales y trasciende los contextos sociales y culturales (Good, 1994). Para suplir esta limitación, algunos autores hablan de *embodied epistemology* (Groisman, 2016; Jacobson-Maisels, 2016) para referirse a un conocimiento que se obtiene a través de las experiencias del cuerpo y no del intelecto. Este paradigma es particularmente fecundo en los contextos religiosos, espirituales o de contacto con una realidad trascendente porque *«the human intellect cannot know holiness [...] the body, however, its*

being and vitality, is the prophetic ability to grasp divinity» (Jacobson-Maisels, 2016, p. 189). Es gracias a estos enfoques, a parte del ya mencionado teísmo metodológico, que pude acercarme a las experiencias paranormales vividas por mis informantes.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

CAPÍTULO IV. LO QUE QUEDA DEL MODELO CLÁSICO

Dove la scienza non giunge, la fantasia colma i vuoti co' suoi fantasmi, e così come il soprannaturale è sempre spinto un po' più in là dai progressi della scienza, così anche le superstizioni si faranno sempre più ragionevoli e meno assurde col progredire della luce; ma esse non lasceranno mai di esistere perché l'uomo non avrà mai il coraggio di confessare la propria impotenza assoluta nella soluzione di certi problemi.

Paolo Mantegazza
La Psicologia delle superstizioni
(Lettera al Dott. Zeno Zanetti)
(1892, p. XVIII)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

CORRESPONDENCIAS

La Naturaleza es un templo donde vivos pilares
dejan brotar, a veces, palabras confusas;
el hombre la cruza entre bosques de símbolos
que le observan con ojos familiares.

Como infinitos ecos confundidos en la lejanía,
en una tenebrosa y profunda unidad,
inmensa como la noche, como el resplandor,
los perfumes, colores y sonidos se responden.

Hay perfumes frescos como carnes infantiles,
dulces como los oboes, verdes cual la pradera.
Y hay otros, corrompidos, ricos y triunfantes,

con la expansión de las cosas infinitas,
como el ámbar, el almizcle, el aloe, el incienso,
que cantan los arrebatos del alma y los sentidos.

Charles Baudelaire,
(1970[1857], p. 39)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

«El modelo clásico»

Este capítulo de trabajo de campo presenta los rituales de sanación y los actores sociales que aún reiteran, en todo o en parte, el «modelo clásico de la medicina popular». Con esta expresión me refiero a los elementos socio-culturales vinculados al fenómeno y al contexto en el cual se daba la medicina popular, que han ido desapareciendo a partir de los años setenta y ochenta, como son: la principal difusión de estas prácticas en los pueblos rurales, la importancia simbólica del curandero para la comunidad, la transmisión oral e iniciática del don.

La mayoría de trabajos sobre medicina popular (especialmente aquellos de finales del XIX y principios del XX) retoman la clasificación nosológica por enfermedades típica del sistema técnico-científico. En un artículo que publiqué hace algunos años (Riccò, 2013), adopté también esta subdivisión. Me surgió de forma bastante espontánea ya que era una manera de organizar el material que facilitaba la lectura; me parecía, además, que permitía direccionar al lector sobre lo que mayoritariamente le interesaba. Tomé en especial consideración aquellos elementos etnográficos que caracterizaban el ritual -enfermedades, objetos, símbolos-, perdiendo un poco de vista la visión global del fenómeno. Esta aclaración sirve para no repetir el error y para mostrar lo fácil que puede ser despistarse al hacer descripciones minuciosas de los detalles, sobre todo, cuando se investiga la ritualidad «exótica» (en el sentido de «lejana» de la «cotidianidad» del investigador).

Este capítulo se propone una mirada panorámica de lo que queda de aquel «mundo mágico» (de Martino, 1948), impregnado de religiosidad popular, analogías y correspondencias, dentro de la modernidad desencantada (Weber 1919). La mayor parte del material relativo a los rituales de medicina popular se refiere a la práctica de la *segnatura* que, aunque mantiene su denominación exclusivamente en el ámbito italiano, conserva las mismas características en el contexto catalán.

¿Fuoco di Sant'Antonio, culebrilla o herpes zoster? Entre biomedicina y medicina popular

La expresión *herpes zoster* deriva de los términos *hérpo* (en griego *reptar*) y *zostrix* (cintura). Tal raíz influyó la denominación popular de la enfermedad en diferentes lenguas: *shingles* (del latín *cingulus*, cintura) en inglés, *zona* (sinónimo griego por *ceinture*) en francés, *gürtelrose* (*rosa a centura*) en alemán (Gelmetti, 2007) y *culebrilla* (serpiente) en castellano. El *herpes zoster* está causado por el virus de la varicela, cuando ésta remite, el virus se queda en los ganglios nervosos de forma latente, preparado para reactivarse en momentos de defensas

inmunitarias especialmente bajas (Ibidem). La enfermedad suele manifestarse como una erupción cutánea en la zona del nervio afectado. Las manchas y vesículas suelen seguir un patrón que simula un cinturón (o la forma de una serpiente) de la que probablemente deriva su denominación popular en muchas lenguas. En italiano, en cambio, se prefiere la expresión *fuoco di Sant'Antonio*. La denominación es tan común que los mismos profesionales de la salud llegan a emplearla para acercarse a la interpretación *emic* del paciente. Históricamente con ella se indicaba el ergotismo, una enfermedad diferente, causada por una seta venenosa denominada *Claviceps Purpurea* o ergot. A través de la contaminación del centeno, y en consecuencia del pan, el hongo provocaba una grave forma de envenenamiento. La sintomatología estaba caracterizada por fenómenos convulsivos, gangrena de los artos, fiebres y producía en el enfermo una insoportable sensación de *fuoco* (fuego) (Ibidem). Por esta razón se difundió la expresión *fuoco sacro* (*ignis sacer*), empleada aleatoriamente tanto para el ergotismo como para otras problemáticas de la piel como la peste, la erisipela y, precisamente, el *herpes zoster* (di Pietro, 1981). La denominación cambió posteriormente, cuando se vinculó la cura de las enfermedades al papel de los santos, como en el caso de *Sant'Antonio Abate*, un monje egipcio del siglo IV, considerado protector de los animales. En su honor se creó una orden, la de los *Antoniani*, que se dedicaba al rescate de esos enfermos (Ibidem). El santo estaba generalmente refigurado con una antorcha en la mano y un cerdo a los pies. Ambos símbolos referían a la cura del *fuoco*. La presencia del animal se debía a su importancia en el mundo rural (Baronti, 2000) y también a una costumbre medieval que veía en su grasa un parche óptimo para lubricar y sanar las aflicciones de la piel. Desde el 1500, el ergotismo se hizo menos frecuente y se recuperó la antigua atribución nosológica (que se remonta a Plinio) que reconocía en el fuego sagrado, entre las distintas enfermedades, el *herpes zoster* (Gelmetti, 2007). Sin embargo, hay que considerar que no siempre la aflicción popular corresponde con la médica. Entre mis informantes hay quien describe el *fuoco di Sant'Antonio* como «algo de los nervios», «una problemática que se presenta a través de unos lamparones» o como una irritación:

Subito non mi ero resa conto che fosse fuoco anche perché non ci ho mai pensato al fuoco di Sant'Antonio su di me. Avevano iniziato a comparirmi delle bollicine sopra il seno, nella parte destra, non ci avevo fatto molto caso, sembrava un'irritazione, più che altro. Il primo giorno piccole macchie, un'irritazione che non mi dava fastidio, nemmeno il secondo, al terzo giorno hanno iniziato a prudermi e continuavano ad aumentare, ad espandersi, al che l'ho fatto vedere a mia madre e lei subito mi ha detto: «è fuoco di sant'Antonio!» (Jessica).

Nueve de mis informantes emplearon el ritual popular (con sus diferencias idiosincráticas) para la sanación del *herpes zoster*, algunos desde el principio y paralelamente al tratamiento

biomédico; otros lo empezaron al darse cuenta que los antivirales no estaban produciendo resultados favorables. Esta es la experiencia que me contó uno de ellos:

*Ero andato dal medico e mi aveva dato i farmaci, li avrò usati una settimana, dieci giorni, poi due miei amici mi hanno detto «guarda che va segnato» [se refiere a la *segnatura*], io non sapevo neanche cos'era, gli ho detto: «però se c'è da credere in qualcosa io non credo», mi hanno detto che non importava e che c'era una signora che lo faceva. Allora l'han fatta venire su, perché io ormai ero in condizioni che non mi muovevo più. I farmaci non avevano fatto niente. È venuta con delle foglie di rovo, con una parte del grasso di maiale che adesso non mi ricordo come si chiama, mette 'ste foglie con il grasso, undici mi pare, un numero specifico, non a caso. Le foglie vanno raccolte in un orario preciso del giorno, non ricordo se l'alba o il tramonto. Mette 'ste foglie con il grasso, me le picchiata nel luogo dove c'è il fuoco, dice una filastrocca, prega un qualcuno, un santo che porti via 'sto fuoco, quando ha finito la filastrocca lascia lì la foglia. Lo fa con le undici foglie, la stessa cosa, mette la foglia e dice la filastrocca e poi la lascia lì. Quando diceva l'ultima filastrocca dell'ultima foglia, prendeva un foglio di giornale, prendeva tutte le foglie e andavano bruciate, solo il grasso ti rimaneva. Lo tieni su un paio d'ore, il braccio non lo devi lavare per 24 ore. Lo devi fare tre volte, io già la notte stessa (lei era venuta alle 5 del pomeriggio), la notte stessa avevo già dormito ed erano 10 giorni che non dormivo dal male. La sera dopo è tornata a segnarmelo, la terza sera sono andato io a casa sua perché riuscivo, il quarto giorno ero in perfette condizioni (Alessandro).*

Hay algunos elementos interesantes sobre los cuales merece la pena detenerse. El *fuoco di Sant'Antonio* es una enfermedad que puede ser muy dolorosa. La medicina lo trata con antivirales y la sanación tarda entre dos y cuatro semanas (Gelmetti, 2007), un lapso de tiempo bastante prolongado de dolor y ardor agudo. Es en este periodo que el enfermo busca tratamientos alternativos, aun el escéptico cuando está desesperado. La medicina popular atrae principalmente porque no implica dinero (a diferencia de las CAM y de las terapias *New Age*), o al menos no de forma obligatoria (muchos sanadores aceptan «la voluntad»⁷¹ o ni siquiera eso), y por el «carácter no invasivo» de la terapia. Siendo un ritual principalmente simbólico con, a lo mejor, un añadido empírico de hierbas o parches, el paciente percibe que no existe el riesgo de efectos secundarios y, por ende, que no tiene nada que perder. Algunos de los «elementos de sanación» empleados por la curandera representan lo que queda de los remedios caseros y tradicionales difundidos antes del proceso de medicalización, como el caso de la grasa de cerdo en la orden de los *Antoniani*.

Otras sanadoras emplean herramientas y objetos como parte del ritual. Encarna, una andaluza de origen, residente hace muchos años en Cataluña, dice: «mi instrumento es la tinta china, rezando sobre el *herpes* oraciones que solo sé yo, que son secretas [...], con la tinta le voy dando, voy escribiendo la oración». Según Torres González (1998) a esta operación de dibujar diversos rasgos y cruces sobre la zona afecta con una pluma de ave y con la tinta, se le llama «escribir la culebrilla». Este procedimiento tiene la finalidad de limitar el recorrido de la serpiente, para pararla e impedirle crecer, tal y como explica mi informante: «tengo que procurar que no salte, para que no corra ni a un lado ni a otro, para

⁷¹ Véase capítulo sobre Catia y Josep.

que se quede allí, parada. Si está aquí la herida, yo rezo, pero siempre me voy un poquito más para fuera de la herida, para que no se quede *tancada* para aquí».

Dos curanderas italianas emplean recíprocamente el carbón y una aguja para reproducir símbolos curativos contra el *fuoco di sant'Antonio*. «*Il carbone è venuto dal fuoco, allora è il carbone che deve segnare*». Con estas palabras la *segnatrice* Pia justifica la asociación carbón/fuego. La segunda sanadora, en cambio, simula coser mediante aguja e hilo alrededor de cada bola, como si la gestualidad simbólica tuviese el poder de «pinchar» las vesículas e/o impedir que se expandan.

Según Ackercknetch (1985), en la mayoría de los tratamientos primitivos se trata una enfermedad sobrenatural con algo natural o viceversa, una enfermedad natural con algo sobrenatural. Tal consideración, aun con las simplificaciones que supone, resulta útil para comprender el comportamiento frente al *herpes zoster*: un virus (algo natural) curado mediante cruces, oraciones y gestos simbólicos (algo «sobrenatural», no explicable desde el punto de vista de la medicina científico-experimental).

La *culebrilla*, *fuoco di Sant'Antonio* o *herpes zoster* es sin duda una de las problemáticas para las que, más comúnmente, aún se recurre a un sanador o sanadora. Entre mis informantes, nueve mujeres y un hombre (6 en *Emilia Romagna* y 3 en *Cataluña*) practican el ritual contra el *herpes zoster*. La mayoría vive en un contexto rural y lo emplea especialmente en el ámbito familiar y amistades cercanas. Sin embargo, en determinados pueblos aislados, aún se pueden encontrar curanderos muy ancianos que siguen siendo figuras de referencia para los habitantes de la zona. Cuando entrevisté (2012) a Pia tenía 94 años y llevaba toda la vida *segnando il fuoco di Sant'Antonio* «*Io segno da quando ho nove anni [...] lo sa tutto il mondo che segno, sono venuti da parecchi posti a farsi segnare, ho sempre segnato, pensa che mi sono venuti a prendere dal bosco alle undici di notte che c'era uno che aveva il fuoco di Sant'Antonio*». Aún así, el protagonismo del sanador parece haber disminuido notablemente con el pasar de los años. Montserrat de Flix, por ejemplo, nota la diferencia entre el papel de su padre como sanador de la comunidad y el suyo, como heredera del don:

Mi padre ha curado a muchísima gente, él lo ha hecho toda la vida, en casa lo he visto siempre, empezó a los 4 años. Yo no tengo tiempo de hacerlo, trabajo en este bar el fin de semana y durante la semana en la tienda. Es un pueblo, nos conocemos todos, pues cuando te viene alguien te dice «pásate por casa», luego viene otro, pero bueno si es de confianza lo haces [...] cuando hay una persona que es muy vieja que la conozco mucho pues lo hago, si no no (Montserrat).

Aunque las tradiciones se siguen transmitiendo, la forma de reiterarse es distinta. Por ejemplo, las mujeres también trabajan fuera del hogar y no tienen el mismo tiempo para dedicarse a la comunidad. Este elemento ha tenido un peso significativo en lo que refiere a

los cambios en cómo se reproduce la medicina popular en la actualidad.

L'espallat y la caída del estómago⁷²

Hace algunas décadas el *culture-bound syndrome* de *l'espallat* estaba todavía muy difundido en Cataluña. Los síntomas asociados a la aflicción eran muy variados: pérdida del color y del apetito, tristeza, migraña, estreñimiento, respiración dificultosa o un cierto malestar de naturaleza muy indefinida que puede variar en distintas comarcas. Rosa Subirós (2015) en su trabajo de campo en la zona de Girona, puso de manifiesto como el *espallat* en aquel territorio está asociado a dolencias físicas (tener un hueso fuera de lugar, estar «tieso», tener mal de espalda) y que, en cambio, sea el *enaiguament* el que evidencia el sufrimiento emocional, exteriorizado mediante abatimiento, tristeza, vómitos y rabia. El no tener una sintomatología bien determinada es una de las razones por las cuales los *culture-bound syndrome* están relegados a una posición de marginalidad por parte del sistema biomédico.

La causa del síndrome derivaba de los efectos de un mal gesto o movimiento que implicaba el «hundimiento de la paletilla» (Martí Gelabertó Vilagran, 1996, p. 82).⁷³ Según Martí, el *espallat* recaería dentro del modelo mecánico, cuya eficacia radica en una acción de efectos objetivos y de índole naturalista. El diagnóstico del mismo se hacía a través de una medida. Primero, se invitaba al enfermo a sentarse en una silla y, sucesivamente, se le hacía extender los brazos hacia adelante. El paciente tenía que relajarse, de forma que el curandero pudiera comprobar si las longitudes de los dedos coincidían. En caso contrario, el sujeto se consideraba *espallat*.

Agustí, el hijo de un curandero de Alforja (Tarragona), me describió la terapia de la siguiente manera: «primero hay que disponer al enfermo de pie y de espalda, sus brazos tienen que estar juntados adelante del pecho, a este punto el curandero lo sujeta, dejándole los pies colgados en el aire»⁷⁴. Normalmente se oye un pequeño ruido, un crujir de huesos que indica el suceso de la terapia. Para comprobar que el *espallat* haya desaparecido hay que repetir el diagnóstico inicial. Es cierto que lo que emerge es un saber «técnico» del cuerpo

⁷² Buena parte de este apartado está publicada en Riccò (2015), un capítulo del libro *Medicina y etnografía en Cataluña* (Perdiguero-Gil & Comelles, 2015).

⁷³ En Galicia se suele hablar de *espiñela* y *paletilla* que causa la caída del estómago tras un ejercicio violento y da lugar al estado que se denomina *calleiro*. El mismo diagnóstico de la caída de la paletilla se hace comparando la longitud de los brazos y las piernas y la cura se basa en el principio de igualar las medidas mediante masaje y tirones (Foster, 1980, p. 137).

⁷⁴ Las fuentes hablan de dos técnicas terapéuticas más para sanar el *espallat*. La primera consiste en hacer caer los brazos del enfermo de tal forma que les queden las manos en la espalda así que el curandero las coja y las estire poniendo la rodilla en la espalda del enfermo. La segunda técnica se basa en legar las manos y los pies del paciente a una barra de hierro más larga que él, mientras el curandero por una punta y otra persona por la otra lo van sacudiendo (Comelles et al., 2013).

centrado en manipulaciones, prácticas, movimientos y rumores. Sin embargo, en mi opinión, sería un error considerar el síndrome exclusivamente como parte del modelo mecánico porque involucra también una concepción psicológica y emotiva de la enfermedad. A través de las palabras de María, la mujer de Agustí, se comprende mejor en qué tipo de situaciones se consideraba que la persona estuviese *espatllada*:

Això normalment passava a les joves primes i altes, jo era molt prima i alta, era una nena de 15-16 anys i hi anava [al curandero]. Quan s'estabilitzava tu ja eres més alegre. Hi anaves fins que no pujava la nuella. Casi cada mes estava con el, estava molt delgada, era alta com ara, però no havia dones altes, eren més baixes. Quan feien 3-4 dies que hi anava ja em notava diferent d'ànim, més alegre i amb més gana i la mare em deia que plorava i que no tenia gana. Quan un nen jova està en aquest procés que jo no sé si es depressió, aquella línia tan fina que no saps si té depressió o en aquella cosa que aquí diguem espatllat. Eren més xiquetes que xiquets, més noies que nois, no sé quin procés devia moure aquesta cosa, jo també penso que no fos una mica de depressió i que potser amb la depressió, amb la tristesa, es contrauen les endorfines que no generes, tu no tens cap malaltia al cap, lo cap se para perquè tu dons un ordre perquè estàs trist i no saps per on tirar. Jo suposo que era una mescla de tot.

María vincula la visión *emic* del mundo rural con aquella *etic* del modelo técnico-científico, poniendo en relación el *espatllat* y la depresión. Se pregunta cuál es la diferencia, dado que ambas se caracterizan por un sentimiento común, la tristeza, cuyo origen podría recaer, banalmente, en los distintos cambios (físicos y psicológicos) a los que estamos sujetos (particularmente las mujeres) durante el periodo de la pubertad. Ella llega a la conclusión de que la diferencia deriva principalmente de una cuestión química, causada por «la contracción de las endorfinas». En la sociedad occidental el derecho de traducir los signos en síntomas es prerrogativa del sistema biomédico, pero no siempre ha sido así. La incorporación del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1981) eliminó la culpa individual y social («*tu no tens cap malaltia al cap*»), haciendo recaer la fuente del malestar en una disfunción orgánica, sucesivamente reintroducida de forma más sutil y retorcida mediante el papel de los medios de comunicación (Comelles, Egbe, & Alegre-Agís, 2017). Esta maniobra que pareció liberar la sociedad del papel moralizador de la Iglesia contribuyó, al mismo tiempo, a la «invisibilización» del sufrimiento social y de la violencia estructural.

Es fundamental tener en cuenta que son las fuerzas sociales que determinan por qué a individuos con el mismo conjunto de signos se pueden atribuir enfermedades distintas (Young, 1982). «*La grassrezza, la magrezza, il sangue nelle urine [...] il mal di testa, gli incubi, la stanchezza, la tosse, la vista sfocata, le vertigini e così via acquistano significati e senso molto diversi a seconda delle epoche storiche e della classe sociale di appartenenza*» (Taussig, 2006 [1980], p. 80). Existen, entonces, comportamientos distintos frente a la enfermedad, los así llamado *illness behaviour* (Sigerist, 1960), las formas en que los individuos responden a determinados

señales corporales, cómo los perciben e interpretan y, sobre esta base, cómo escogen uno u otro tratamiento (Mechanic & Volkart, 1961).

A raíz del ejemplo anterior, la línea entre depresión y *espatllat* se vuelve muy fina y nos lleva a una pregunta espontánea: ¿no será que con la «desaparición» de las enfermedades *folk*, caracterizadas por un lenguaje cercano al pueblo, y la incorporación de un vocabulario médico, no siempre universalmente comprensible, el término depresión haya empezado a usarse con demasiada facilidad? Como evidencia Comelles (2015), la oposición entre rural/urbano y tradicional/biomédico, en determinadas situaciones, puede considerarse simplemente una terminología distinta para definir los mismos síntomas. Aunque es cierto que la incorporación de modelos culturales desiguales conlleva una interpretación diversa del mundo, hay casos donde la que se presenta es, simplemente, *una langue* (Saussure, 1916) diferente. De

acuerdo con Keyes (1985), depresión, neurastenia y pérdida del alma podían considerarse como etiquetas para los posibles *textos* que pueden ser usados para interpretar síntomas determinados. Estos *textos* presuponen modelos explicativos distintos en relación a la *disease*. En consecuencia, sin menoscabar la gravedad del trastorno psiquiátrico



Figura 31. Giuseppa durante la medición del estómago. Fotografía propia.

depresivo, creo que es indispensable detenerse sobre los elementos de hegemonía cultural que el sistema biomédico en general, y la psiquiatría en este caso en particular, ejercen como una herramienta de poder. La consecuencia no es simplemente la aniquilación de las enfermedades *folk*, sino la incorporación, por parte de la masa, de nuevos modelos culturales muchas veces asimilados de forma parcial (sin un conocimiento profundo). Los daños de esta política se verifican cuando hay un abuso (tanto por parte de los médicos como por parte de los pacientes) de determinadas categorías. En el caso específico de la depresión, los intereses económicos de las multinacionales farmacéuticas no pueden ser ignorados, dado que muestran la existencia de un interés político en la difusión de un determinado lenguaje y, con ello, de una determinada enfermedad.

El *espatllat* tiene elementos en común con otros *culture-bound syndromes* europeos. En Gales, por ejemplo, la medicina *folk* habla de *clefyd-y-galon* (literalmente «enfermedad del corazón»), un padecimiento antiguamente asociado con una variedad de trastornos

(ictericia, tisis, *heart disease*). Hoy, en cambio, se relaciona principalmente con la «depresión» entendida de forma vaga, como una terminología generalizada – de hecho, *folk-*, para indicar el no encontrarse bien emocionalmente. El tratamiento implica la medición preliminar en forma de diagnóstico y varias en forma de tratamiento, todas realizadas con un hilo de lana (*thread of wood*) y sin la necesaria presencia del paciente. A diferencia de lo que suele ocurrir en el ámbito psiquiátrico, la depresión en este caso no implica un estigma del individuo, sino que se considera parte de las etapas de la vida, de modo que se transforma el padecimiento en un sufrimiento compartido (Philpin, 2010).

En Galicia se halla la caída de la paletilla (Lis Quibén, 1949) y en Italia el *abbassamento dello stomaco* (la bajada del estómago) o *dilatazione dello stomaco* (dilatación del estómago). Este último comparte varios síntomas con el *espatllat* como: náusea, falta de hambre y cansancio general y, del mismo modo, el diagnóstico se hace a través de una medición. A finales del XIX, Zanetti describió la representación del imaginario popular del estómago y su caída:

Lo stomaco, secondo il concetto volgare, deve, allo stato sano, occupare il centro dell'epigastrio, ossia deve corrispondere alla fossetta formata dall'incontro delle cartilagini costali sull'appendice xifoide [...]. Sembra dal modo di esprimersi delle nostre donne, che il viscere debba essere appeso a questa forcinella, pressa a poco come un caldaio alla sua catena, e che questa catena possa crescere in lunghezza, facendo calare lo stomaco ad un livello inferiore al consueto (Zanetti, 1892, p. 40).

En España Castillo de Lucas proporciona una descripción similar:

La caída de estómago es término que engloba muchas variantes, no fáciles de distinguir [...]. De aquí uno de los síntomas sea el de ponerle con los brazos estrado y luego juntos, convenciendo a los familiares del enfermo que los dedos de la mano no coinciden porque está la «la espinilla o paletilla caída» y hundida la espiñela (xifoides) (Castillo de Lucas, 1958, p. 239).

Para restablecer la condición inicial del estómago, la sanadora Giuseppa coge una pequeña cuerda y la ata por un lado a un mueble de la cocina; luego la coloca de forma paralela a su propio brazo, sosteniéndola en el codo. En esta posición empieza a subir y bajar el brazo hasta tres veces, recitando algunas oraciones; si el pulgar no se queda siempre en la misma posición en el momento de tocar la cuerda, significa que el paciente tiene el estómago «caído». Para subirlo se hace el mismo ritual simbólico utilizado para el diagnóstico en donde la subida del brazo representa la subida metafórica del estómago. La caída cobra sentido sobre la idea de que el espacio corpóreo tiene un orden, el cual es puesto en peligro por el desorden que causa la enfermedad. *L'espatllat* y *l'abbassamento dello stomaco* son dos síndromes culturales parecidos, tanto en los síntomas como en los rituales diagnóstico-terapéuticos, aunque guardan mayores diferencias en relación a su origen.

El «empacho» es otro *culture-bound syndrome* de características similares. Aunque su difusión se da especialmente en América Latina,⁷⁵ hay algunos estudios centrados en España. En el País Valenciano se denomina *enfit*. También en este caso, el diagnóstico se realiza a través de una medición: el paciente sujeta un extremo de un pañuelo o de una cinta a la altura del estómago y la sanadora (normalmente una mujer), situada en el extremo opuesto, mide tres veces la distancia entre el codo y la punta de los dedos. Si en la primera medida la mano de la «medidora» llega a una altura superior al estómago, queda establecido el diagnóstico. En este caso se continuará midiendo tres veces durante tres días consecutivos, rezando también una oración durante la medición (Devesa Jordà et al., 2005). En las fuentes de mitad del siglo XX los mismos médicos hablaban de empacho gástrico o indigestión causados por alimentos mal masticados o comidos deprisa y en cantidad (Castillo de Lucas, 1958b).

*L'airada y el mal de ojo*⁷⁶

L'airada se deriva de un *cop d'aire* que provoca una variedad de malestares físicos, como dolor de cabeza, de huesos y resfriados. Para solucionar este estado patológico existe un ritual, cuyo objetivo es *tallar l'airada*. El diagnóstico se realiza a través de un plato con agua donde se echan tres gotas de aceite, si las gotas se agrandan significa que la persona tiene *l'aire*, mientras que, si quedan del mismo tamaño no lo tiene. Siguiendo a una de mis informantes, una mujer de más o menos cincuenta años que vive con su madre en El Pont d'Armentera (Tarragona), para poderla curar hay que coger un cuchillo, hacer cortes (o cruces) en el aceite y decir la siguiente oración: *Santíssima Trinitat dóna'm la bona veritat, si és la del matí que la curi Sant Martí, si és la del migdia que la curi la Verge Maria i si és la del vespre que la curi Sant Silvestre*; posteriormente, rezar tres Padres Nuestros a la Santísima Trinidad. Este tipo de sanación ha sido descrita en toda la Península Ibérica y hasta hace pocos años tenía un cierto papel dentro de algunas áreas rurales del Estado (Comelles, Alemany & Francès 2013).

⁷⁵ Sobre el empacho en América Latina véase Campos (2009).

⁷⁶ Buena parte de este apartado está publicada en Riccò (2015), un capítulo del libro *Medicina y etnografía en Cataluña* (Perdiguer-Gil & Comelles, 2015).



Figura 32. Rosita mientras «talla l'airada». Fotografía propia.

No hay que confundir *l'airada* con lo que en Galicia y en Portugal se denomina *mal do aire*, un complejo de enfermedades con un trasfondo mágico, caracterizado por diferentes síntomas (consunción, alteración de la piel, falta de apetito, resfriado) y causado por animales, personas, muertos, astros y objetos (Kuschick, 1995[1989]). El mismo tipo de ritual diagnóstico-terapéutico mencionado para cortar *l'airada* es utilizado comúnmente en buena parte de España (Díaz Ojeda & Sevilla, 1980; Foster, 1980; Perdiguero-Gil, 1986), Grecia (Roussou, 2011), Italia, Argentina, Estados Unidos y Canadá (Idoyaga Molina, 2013) para quitar el mal de ojo, aunque las características semióticas del mismo sean más parecidas a las del *mal do aire*.

Entre los dos síndromes se encuentran distintas similitudes, no solo porque se suele emplear el mismo ritual de sanación, sino también porque la creencia del origen de la enfermedad recae en la mirada de ciertos individuos, una mirada que al infectar el aire corrompe los cuerpos. La medicina humoral y la antigua ciencia de la percepción visual se fundaban en el convencimiento de que durante el acto de mirar se producían una suerte de emanaciones. Solo en el siglo XVII esta teoría fue suplantada por la idea inversa, es decir la existencia de rayos externos que, al entrar en nuestro cerebro, permitían la visión (A. Ross, 2010). La creencia del mal de ojo estaba presente ya en el antiguo Egipto, Sumeria, Babilonia e Israel (Brav, 1992; Moss & Cappannari, 1976; S. Langdon, 1992) y sucesivamente fue incorporada y readaptada dentro del mundo clásico griego y romano.⁷⁷ En el siglo XVI pasó a ser considerada como una enfermedad reconocida por la ciencia

⁷⁷ Sobre mal de ojo en Iberoamérica véase Idoyaga Molina (2013).

(Idoyaga Molina, 2013) y actualmente el MMH la considera como un síndrome culturalmente definido. Al principio se trataba de la penetración de una influencia maligna en los ojos, en la nariz y en el respiración de la víctima a través de una especie de *mesmeric power* (Elworthy, 1895), un fluido que contagiaba al aire, pero no residía en él. Tal como explica Roussou (2001) mediante su etnografía en Grecia, el mal de ojo implicaba una interacción entre cuerpo (*soma*), el componente físico y material, alma (*psyche*), la fuerza vital capaz de experimentar y percibir sentimientos y emociones, y espíritu (*pneuma*), la fuerza mediante la cual los hombres aprenden a entrar en contacto con Dios (Ware, 1999). Los individuos experimentaban sus efectos directamente en el cuerpo, un holismo que permitía derribar la barrera cartesiana. Aunque no siempre de forma consciente (Perdiguero, 1986; Roussou, 2011),⁷⁸ la mirada del ojeador era una mirada envidiosa. Según estas creencias el estado de salud y enfermedad no dependía de un elemento patógeno, sino de un sistema de valores y, más en general, de una determinada visión del mundo que comportaba también todo un corolario de implicaciones morales. Era una creencia difundida sobre todo en los pueblos rurales y en los campos afectando sobre todo a niños y mujeres, en tanto eran considerados colectivos más débiles. Por ejemplo, en la memoria de mi madre, que es originaria de una minúscula isla del lago Trasimeno (Umbria - Italia), ha quedado bastante vivo el recuerdo de mi abuela controlándole el mal de ojo cuando, siendo jovencita, se encontraba con alguna problemática inesperada. Según Gershman (2015) hay un explicación del por qué esta creencia se ha desarrollado en un determinado tipo de sociedades. Analizando el origen del mal de ojo, en relación con los aspectos económicos, Gershman defiende la idea de que el miedo a la envidia disminuya la acumulación de riqueza y la movilidad social. Esta sería, según él, la explicación de su difusión específica en las sociedades agro-pastorales con un fuerte nivel de disparidad social-económica.

El mal de ojo siempre me había llamado la atención, así que desde el principio pregunté a los sanadores, ingenuamente, si podían proporcionarme alguna información. La mayoría me contestó que no tenía conocimiento y no parecía interesada en establecer una conversación sobre el tema. Algunos lo relacionaban con la superstición y la brujería, algo distinto de los rituales de sanación tradicional; otros advertían una especie de miedo hacia tal creencia, evadían las preguntas y se mostraban reticentes. Tres mujeres en particular usaron las siguientes expresiones: «*no, quello no!*», «*non mi sento di affrontare quella roba là*», «*il malocchio non mi piace, lasciamo fuori le cose brutte*». De alguna forma, es evidente que sigue

⁷⁸ A tal propósito el mal de ojo defiere de la *fattura* (en castellano los términos más parecidos son conjuro y maldición, aunque no son exactamente lo mismo), en cuanto esta última es una acción deliberadamente malvada (hecha a través de un ritual mágico) por una persona externa (Seppilli, 1989b).

existiendo una suerte de tabú vinculado al mal de ojo, un terror que probablemente remonta a la vieja asociación entre maleficios, hechizos, brujas y al consiguiente miedo de ser vinculadas a aquellas mujeres ambiguas que en el imaginario colectivo preparaban pociones mágicas, volaban sobre las escobas y tenían el poder de curar y matar. Aquellas mujeres, de hecho, no eran otra cosa, que *remeieres* y curanderas condenadas por el cristianismo de la época.

Estos comportamientos ambiguos relativos al mal de ojo me evocaron la experiencia de Favret-Saada (1977) durante su investigación sobre la brujería en el *Bocage* francés. Al hacer preguntas sobre el tema, la etnógrafa se encontró inicialmente ante de una barrera de silencio por parte de sus informantes y de la comunidad estudiada, una barrera que no era otra cosa que el fruto de años de hegemonía cultural y de ridiculización de las creencias tradicionales. Tras enfermar y tener varios accidentes, Jeanne Favret-Saada aprovechó y cambió su estrategia de investigación, buscó la ayuda de un curandero, entrando en primera persona al universo de la brujería. La antropóloga acuñó la expresión *être prise* para indicar su nivel total de inmersión en el contexto estudiado. Solo a través de este modo logró acceder al mundo mágico del *Bocage*.

El elemento acusatorio, vinculado al ojo envidioso, casi siempre femenino (Signorini, 1989), no aparece en el caso de *l'airada*, cuya etiología recae más comúnmente en factores ambientales, como «coger frío» o, precisamente, «coger el aire», razón por la que este tema no resulta tan delicado -aunque antiguas fuentes asocian el viento y el aire al peligro de la entrada de un espíritu (Signorini, 1989)-.

Para eliminar *l'airada*, en Cataluña, se usa el término *tallar* (cortar) referido a la operación de hacer cortes (o cruces). En *Emilia Romagna* para indicar el mismo ritual diagnóstico-terapéutico (con aceite y agua), se suele usar la expresión *segnare il malocchio*. Me pregunté cómo dos rituales similares (por no decir idénticos) utilizan dos verbos diferentes (o sea, que aluden a dos acciones distintas) para referirse al modo con el cual se elimina el mal. Específicamente, ¿por qué en Cataluña *l'airada es talla* y no *se segna* y viceversa? Una lectura desde la etnolingüística nos da una clave interesante: el término latino *signum* (signo), origen del término *segnare* (en italiano) y de *senyar i senyador* (en catalán), está ligado a la raíz indoeuropea *SEK-: «cortar», que dio origen también a *secare* (Benozzo, 2008). Siguiendo esta explicación, *tallar l'airada* y *segnare il malocchio* tendrían el mismo significado, solo que en el contexto italiano se habría instaurado con más fuerza la idea de signo como signo de la

cruz,⁷⁹ mientras en el catalán habría permanecido el significado original del término. Al mismo tiempo, si el mal de ojo permaneció vinculado a los aspectos morales de la enfermedad y no tanto a la creencia originaria del aire como elemento de contagio, en *l'airada* parece haber pasado exactamente lo opuesto.

El simbolismo en la medicina popular

Amuletos y objetos de sanación

Un amuleto indica un objeto de tamaño reducido al cual se le atribuye un poder mágico de tipo protector o propiciatorio (Seppilli, 1989b). Su etimología puede derivar del latín *amoliri* (remover) así como del árabe *himalah* (colgante) (Bellucci, 1959). Existen distintos tipos de amuletos, su poder puede yacer en el aspecto exterior (forma o color), en el material o en la naturaleza intrínseca del objeto. Ya el hombre del paleolítico empleaba amuletos hechos con huesos de animales, fragmentos de cuernos de ciervo, ramas u otros objetos afilados. Posteriormente el cristianismo absorbió y modificó todos estos objetos pertenecientes al fetichismo apotropaico (Bellucci, 1983). La mayoría de los amuletos de la figura 33 fueron descubiertos en Italia; muchos de ellos representan pequeñas manos que pretenden representar los cuernos o la gestualidad de *fare le fiche*, un gesto compuesto por el puño cerrado y el pulgar entre el dedo índice y el dedo corazón, que simboliza vulgarmente la introducción del órgano sexual masculino en el femenino. Aunque ha caído actualmente en desuso, esta expresión y su relativa simbología, eran muy común en el pasado. Un ejemplo lo facilita el mismo Dante, cuando en el círculo (*girone*) de los ladrones, «encuentra» a Vanni Fucci, un hombre violento que había cometido saqueos y pillajes, describiéndolo con las siguientes palabras: «*Al fine de le sue parole il ladro. Le mani alzò con ambedue le fiche, gridando: "Togli, Dio, c'ha te le squadro"*» (Alighieri, 1958[1304-1321], *Inferno* Canto XXV 1.4) [El ladrón, su discurso terminando, levantó en ambas manos sendas higas y gritó: «¡Toma, Dios, yo te las mando!» (Alighieri, 1982, p. 269)].



Figura 33. Amuletos. Pitt Rivers Museum (Oxford). Fotografía propia. Autorización a la publicación concedida por parte del museo.

⁷⁹ Todo este discurso está relacionado con la teoría de la continuidad paleolítica de Alinei (1996) que sustenta la idea de que los indoeuropeos sean los herederos de las poblaciones que se encontraban en Europa desde el paleolítico y que existe una protolengua universal que representa el origen de todas las lenguas indoeuropeas.

En la cultura material de fabricación popular, la reproducción de genitales masculinos (cuernos, gestualidad de las manos, tijeras, clavos y objetos afilados en general) y femeninos (conchas) es frecuente para simbolizar tanto la fecundidad como la vida en sí misma. Su función sería la de conjurar los peligros, representando una carga protectora contra la inseguridad de lo cotidiano (Signorini, 1989). Ejemplos todavía comunes de amuletos preventivos, son el ojo griego (propiamente contra el mal de ojo) y el *corneo portafortuna* napolitano, aunque el significado originario de ambos ha pasado en segundo plano, a favor de su nueva connotación folklórica y consumista.

A esta categoría, se suma también otra clase, aquella de los amuletos escritos, muchas veces insertados en objetos específicos. Para los budistas del Himalaya, por ejemplo, es común llevar un texto cosido en una custodia de tela y acompañado por una imagen de la divinidad. La función de estos amuletos es la de alejar los accidentes, las enfermedades, las heridas y el veneno (Centini, 1997). Según Cardona (1983) las siguientes características son una constante en los amuletos escritos:

- La preparación del texto está delegada a un especialista
- Su eficacia es ilimitada en el tiempo
- El contenido del texto es constante
- La gama de las finalidades curativas es universalmente símil
- La escritura se lleva en el cuerpo, prevalentemente en el cuello o en el pecho



Figura 34. Moneda que Maria usa para *segnare* la *rosipola*. Fotografía propia.

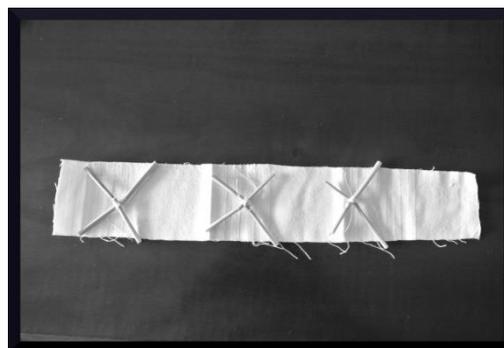


Figura 35. Cruces empleadas para la sanación del esguince. Fotografía propia.

Para la medicina popular (tanto como para las medicinas alternativas y complementarias como veremos más adelante), el aspecto preventivo representa un elemento clave del proceso de s/e/a.

Relativo a la cultura material no podemos dejar de mencionar una costumbre común vinculada a la religiosidad popular: los exvotos, reproducciones en cera u otro

material de los órganos curados (Kuschick, 1995), a veces presentada también bajo la forma de cuadros votivos (Castillo de Lucas, 1958a). Los exvotos suelen dejarse en las iglesias como ofrenda a cambio de la sanación y como símbolo de agradecimiento para la gracia presente o futura; básicamente representan la «promesa que se hace a un determinado santo para asegurarse la curación» (Martí i Pérez, 1992, p. 86). Di Nola (1989) evidencia también su importancia y valor histórico, en tanto que representan un testimonio de la difusión de determinadas enfermedades en épocas concretas. Como mencioné anteriormente, usar objetos de sanación durante la *segnatura* es muy común. Muchos de estos sirven para reproducir símbolos (principalmente la cruz) o gestualidades (como la de coser). Con esta finalidad, por ejemplo, Pia emplea el carbón, Catia un anillo y Maria una moneda de 5 liras de plata del 1876. Con ella, la *segnatrice* cura la *rosipola* (en castellano erisipela o «desipela»), un malestar común dentro del mundo *folke* que las fuentes médico-folklóricas suelen asociar con la biomédica erisipela, una enfermedad infecciosa que se manifiesta con un enrojecimiento de la piel (más comúnmente en los brazos, piernas y cara). Al hablar con los sanadores, en cambio, su origen y sintomatología no parecen muy definidos. Con el término *rosipola* indicaban un pinchazo de un insecto, un dolor circunscrito al área de los dientes y las mejillas, una marca roja con puntitos, la reacción después de una quemadura o la carne que se inflama y se pone muy roja. La definición no es unívoca. La *segnatrice* italiana Maria describe el procedimiento de sanación con estas palabras «*Lei per esempio prende una morsicata di un'ape e viene l'infezione e ci viene la febbre, viene tutto rosso, io c'ho una moneta d'argento la segno, anche lì ho le parole da dire, poi lascio sopra la moneta per, anche, tutta la notte, se viene per esempio verso sera lei la tiene su tutta la notte, se viene al mattino lei la fascia e guarisce*». El uso de determinadas monedas para la sanación de la *rosipola* se atestigua en las fuentes folklóricas. Zanetti (1892) hace referencia a unas monedas específicas de Ranuccio Farnese, conde de Parma. Según otros autores (Pazzini 1948), su empleo recaería en las propiedades antisépticas de la plata, usada de forma popular para curar las enfermedades infecciosas.

Existen también rituales que conllevan la «fabricación» de objetos con función de amuletos curativos, como el que aparece en la figura 35 y que se usa para la *segnatura* de los esguinces. En concreto el curandero realiza el ritual mediante la ayuda de una tela en la cual están cosidos, de dos en dos, seis palitos de trigo de modo que formen tres cruces. Por último, el curandero coloca todo ello sobre el tobillo del paciente durante el ritual de sanación.

Signos y palabras

La cruz es seguramente el signo predominante dentro de los rituales mágico-simbólicos de medicina popular en Italia y en España, dos territorios fuertemente marcados por el catolicismo, tanto en sus creencias como en sus valores. Su difusión remonta al siglo IV (Spineto, 2002); tras tres o cuatro generaciones después de la crucifixión de Cristo. Así empezó a difundirse la práctica de colgar cruces en las puertas de las casas, fuera de los templos, imprimirlas en monedas o convertirlas en colgantes (Urech, 1995), y el símbolo pasó a ser considerado como un elemento de devoción, prevención y sanación. Los *Paulani*, por ejemplo, que se consideraban descendientes de *San Paolo*, trazaban cruces sobre quien había sido mordido por una serpiente. La explicación derivaba directamente de la hagiografía del santo que, durante una visita a Malta, fue atacado por una víbora y, agitándola en el fuego, consiguió matarla sin quemarse. Asimismo, al analizar los procesos inquisitorios del siglo XVII se encuentran testimonios de curanderas/brujas que pronunciaban oraciones y reproducían el símbolo de la cruz con carácter curativo (Burke, 1988). Esta práctica se conservó y se replica en los rituales de *segnatura* y, a menudo, está asociada con determinadas palabras de sanación. Para tener una idea más precisa de estas últimas, podemos emplear tres categorías: oraciones católicas canónicas (*Ave María*, *Padre Nuestro*, entre otras), oraciones católicas no canónicas (invocaciones de Santos) y fórmulas de sanación (que suelen recurrir a la fuerza de los elementos o a asociaciones metonímicas). Este componente es el que suele representar el aspecto secreto del ritual, revelar las palabras conlleva el riesgo de violar las recomendaciones recibidas durante la iniciación y, en consecuencia, de perder la capacidad de curar. Aunque buena parte de mis informantes no pudieron ofrecerme detalles sobre este aspecto, me proporcionaron informaciones igualmente útiles a tal propósito, como los vínculos entre santos auxiliares y enfermedades. Como *Sant'Antonio* en el caso del *herpes zoster*, los santos ayudaban espiritualmente la sanación de determinadas enfermedades. La relación con una determinada aflicción yacía en la iconografía, en las características físicas o en la hagiografía del santo. En el contexto italiano, por ejemplo, *San Rocco* está representado con llagas y solía invocarse para el tratamiento de tumores o de la peste; *Santa Lucia* curaba los ojos propios porque estaba ciega, y *Santa Giulia* se invocaba para apaciguar el dolor de cabeza porque murió decapitada (Savini, 1991). Existe además el caso de San Juan, particularmente significativo porque el día de su celebración, el 23 de junio, coincide con el solsticio de verano, momento de fuerte carga simbólica y energética. El día, originariamente una fiesta pagana de culto al sol, ha sido convertido por el cristianismo en la fiesta del Bautista (Castillo de Lucas, 1958b). Se

considera que esta jornada el agua posee un valor curativo y de renacimiento (Fernández García, 1995), por esta razón muchos curanderos (véase el caso de Josep) recogen las hierbas y las plantas medicinales durante esta noche.

La paradoja del lenguaje en los rituales es que se pierde su función primaria de comunicar, puesto que las «palabras sagradas», en la mayoría de los casos, deben pronunciarse muy bajito, susurradas, de tal forma que el paciente no pueda oírlas. Este funcionamiento sería opuesto al planteamiento de Lévi-Strauss (1958). El antropólogo, a través del ejemplo de los kuna, explicaba que la eficacia terapéutica del discurso chamánico yace en el valor catártico de la palabra (algo similar a lo que propone el psicoanálisis). Por consiguiente, el indígena superaría el desorden orgánico identificándose con un chamán mítico idealizado que se presenta como el protagonista del mito social favorecido durante el ritual de sanación.

Muchos años más tarde, Carlo Severi (2004) volvió entre los kuna y desmintió la hipótesis del antropólogo estructuralista basándose en los cantos mediante los cuales se desarrollaban los relatos míticos, y que estaban formulados en una lengua incomprensible. Este formato recuerda a las que en el territorio italiano han sido definidas como *historiole*, historias breves que cuentan un episodio de la vida de los santos, en el que éste era el ganador. El aspecto esencial se centra en su repetición oral, como si fuese una especie de conjuro (Di Nola, 1989, p. 95), y en la asociación entre paciente, mal y santo. De Martino recogió algunas de ellas en *Sud e Magia* (1959). La que sigue, por ejemplo, se utilizaba en Ferrandina (un pueblo de la *Basilicata*) contra la sarna:

S. Pietro da Roma veniva

Piangendo e lagrimando andava.

S'imbatté col maestro:

- *Che hai Pietro da piangere?*

- *Stà zitto, maestro mio, ho la rugna e la testa piena di scaglie
e da tutti sono schifato.*

- *Piglia un poco d'olio*

e un poco di pisciata e la tigna sarà guarita (de Martino, 2001[1959], p. 38).

La *historiola* se centra en la experiencia de sarna (*tigna*) de San Pietro. Al encontrarse con Jesús, su maestro le explica que puede aplicar una mezcla de aceite y orina para combatirla. Este mismo remedio, en conjunto con la repetición de la *historiola*, fue encontrado por de Martino en los campos lucanos (*de la Basilicata*). El sincretismo pagano-cristiano presente en *le historiole*, así como en la mezcla de elementos apotropaicos con el nuevo simbolismo impuesto por la Iglesia, representa una maniobra del clero con vías a establecer su hegemonía (Ibidem). La sustitución de *le historiole* paganas con aquellas cristianas representa

un modo de crear un vínculo, aunque confuso y elemental, con la que se había convertido en la nueva creencia dominante: el catolicismo.

No obstante, hay que precisar que tanto el símbolo de la cruz como las oraciones no hacen, necesariamente, referencia al sistema cristiano en sí mismo, sino más bien a su incorporación cultural en calidad de prevención, poder y curación. Montserrat, por ejemplo, me explicó que para ella no es tan importante ser creyente, sino tener confianza en la eficacia de la terapia: «hay una oración religiosa, pero es algo simbólico, hace mucho la fe en que se pueda curar». La simbología católica parece, entonces, hacer referencia más a una dimensión mágico-instrumental (funcional), que a una dimensión religiosa en sentido estricto (Bartoli et al., 1997). El aspecto fundamental estaría vinculado con el pragmatismo del lenguaje. Como afirmaba Favret-Saada (1977) respecto a la brujería: «*c'est de la parole, mais un parole qui est pouvoir et non savoir ou information*» (p. 26) o Malinowski respecto a la que llama «*creative metaphor of magic*», expresión con la cual se refiere a la creencia de que «*the repetitive statement of certain words is believed to produce the reality stated*» (Malinowski, 1965, p. 238).

Iniciación

La iniciación es un elemento que marca la distinción entre un antes y un después. Dejando de lado las características biográficas y físicas que, según la literatura, estaban asociadas con el curanderismo (ser *settimini*, haber parido mellizos, tener una cruz en el paladar, entre otros), muchos de mis informantes vincularon la iniciación con un determinado ritual de transmisión. ¿Qué mejor noche si no la del 24 de diciembre (a medianoche), para ceder los secretos de una tradición arcaica y mítica? Para la tradición católica, el día de Navidad representa el momento más importante del año y -tanto como el día de San Juan- no encarna otra cosa que la cristianización de un antiguo culto pagano dedicado al sol. El emperador Heliogábalo (203-222) introdujo esta festividad en el panteón romano con el nombre de *Natalis Invicti* (Champeaux, 2002), el día del renacimiento, en el cual el sol, a través del equinoccio de invierno, vuelve a crecer tras de un periodo de obscuridad. La ritualidad durante esta noche está presente en muchas culturas. En las comunidades euroasiáticas, en particular entre los ciucki y koriaki, se cumplen sacrificios, mientras que los esquimales celebran la fiesta de los fuegos, los cuales se encienden y apagan ceremonialmente en numerosas aldeas con la finalidad de augurar al sol un favorable itinerario para el nuevo año (Lanternari, 2004). El simbolismo cristiano lleva consigo una subyacente «religiosidad agraria». Según Eliade, a ambos componentes se debe añadir la existencia de un determinado periodo del año (entre el día de Navidad y el de Reyes) donde,

en muchas sociedades, el mundo de los vivos y el de los muertos se acercan; un periodo en el que el tiempo, de alguna forma, resulta anulado (Eliade, 1968).

Entre los curanderos que entrevisté, sobre todo en Italia, la iniciación durante la noche de Navidad es bastante común. Filippo es uno de los pocos jóvenes que se interesa por los antiguos rituales de sanación. Le conozco hace muchos años y fue gracias a él que me apasioné por la medicina popular. Desde siempre tuvo una conexión muy fuerte con los Apeninos de la provincia de Parma. Este es un territorio que, aunque se encuentra a solo media hora en coche de la ciudad, es capaz de trasportarte en un pasado remoto y sugestivo, compuesto por pueblos aislados y escasamente poblados donde se sigue viviendo *come una volta*, bajo los ritmos de la naturaleza. Leyendas y cuentos sobre figuras fantásticas y misteriosas, probablemente estimulados por el contexto rural, el silencio nocturno del bosque y el ruido del viento contra las montañas, son elementos de la cotidianidad. Filippo estuvo siempre fascinado por este mundo en vilo entre presente y pasado. Desde que era pequeño, está acostumbrado a oír cuentos sobre *le segnatrici* «que quitan el mal», los animales fantásticos que habitan el bosque o sobre el *folletto*, un duende que entra en las casas durante la noche, haciendo voluntariamente ruido con las ollas o escondiendo los objetos personales. Tras haber pasado todos sus veranos en una casa en las montañas, envuelto por este ambiente y por sus creencias, a los 25 años (era el 2011) decidió que quería aprender a *segnare*.

Sono andato prima da questa signora, mi ha conosciuto, era una conoscenza che avevamo in comune io e un'altra mia amica e dopo, quando le ho chiesto se mi insegnava, ha voluto prima parlare con me, mi ha chiesto perché volevo, cosa mi spingeva. Mi ha detto che sono cose sulle quali non c'è troppo da scherzare, se uno ci crede, ci crede, se non ci crede può anche lasciar lì. Vanno trattate con serietà. Poi me l'ha insegnato, ha detto che lo faceva volentieri, ai suoi nipoti non l'avrebbe insegnato perché diceva che non erano adatti e si è raccomandata anche con me, se lo avessi voluto insegnare a qualcuno, [de hacerlo] sempre alle stesse condizioni, nella notte di Natale, di farlo con una persona che fosse valida. Sono andato da lei la Vigilia dello scorso Natale a mezzanotte e mi ha insegnato a segnare le scottature, il fuoco di Sant'Antonio, la rosipola e le storte. Si fanno delle croci, prima si fa il segno della croce, poi si dice «Gesù, Giuseppe e Maria mettete le mani prima delle mie» e poi si segna. Poi dici anche altre parole che non posso dire. Quella notte, lei mi dettava le parole e io le scrivevo in un foglio. Dopo me lo sono portato a casa, le ho imparato a memoria e l'ho bruciato prima che sorgesse il sole.

La elección de Filippo dependió principalmente del contexto cultural en el cual creció, en la cercanía y en el conocimiento incorporado de estas tradiciones desde su infancia que, para él, no se situaban en contraste con sus estudios universitarios de arqueología. Como teníamos una relación personal muy cercana, aquella noche de Navidad lo acompañé a casa de la curandera para la iniciación. Tardamos unos cuarenta minutos en llegar. Recuerdo que hacía mucho frío, las calles estaban desiertas y en las montañas había un poco de nieve. Entré con él en casa de la anciana mujer. La estufa estaba encendida solo en la cocina, al

parecer la única zona de la casa donde hacía un poco de calor. Nos invitó a un vaso de vino y a un trozo de *spongata*, un dulce típico del periodo navideño y, tras una media hora de conversación, me pidió gentilmente que saliera de la casa. Esperé a Filippo en su coche casi una hora. Aunque estaba medio congelada, había algo místico y mágico en aquel pueblo perdido entre las montañas, en la figura de la anciana mujer y, probablemente, también en el simbolismo de la noche de Navidad.

Otra modo interesante de iniciación se realiza en el momento del nacimiento o del bautismo a través de una asociación simbólica entre objetos y enfermedades. Los que siguen son algunos testimonios de transmisión de la práctica. Rita dice:

Non so cosa mi hanno fatto quando ero piccola, appena nata, io sono nata in una villa dove c'erano dei roseti davanti alle finestre, allora mi hanno dato una rosa in mano, io non mi ricordo e me l'han data anche quando mi hanno battezzato, m'han fatto questa cosa, allora dopo poi mia madre mi ha detto, ti han fatto così perché segni le rosipole.

Y Renato:

Sono nato a Valmozzola, in montagna, mi ritengo montanaro, sono le vecchie generazioni che cercavano di tramandare le usanze nelle generazioni giovani. Siccome tutti i figli nascevano in casa, c'era la tradizione che gli davano in mano alla nascita o una rosa o l'avena, infatti a me avevano dato in mano l'avena, perché la distorsione, che poi è stata chiamata distorsione, una volta veniva chiamata la «vena torta». Da lì poi dopo ti davano in mano l'avena, poi c'era chi ti dava in mano la rosa e potevi segnare le rosipole, poi ti davano in mano una perla, la perla è un qualcosa che viene negli occhi... Si può tramandare, chiamiamola virtù, anche nel battesimo, perché il battesimo è una seconda vita.

O Anna:

È stata la nonna quando mi hanno battezzato, mi ha messo in mano questo grasso, praticamente unto, che uso per segnare, unto di maiale. Funziona che quando si uccide il maiale bisogna togliere questo grasso però non è il grasso del maiale è un grasso che si trova qui nelle costole, questo grasso si toglie, si macina, si sala, poi si mette in cantina che prende un po' d'arancio, un po' di giallo, diventa un po' invecchiato. Poi quando una persona viene e mi dice che le fa male io prendo il piede e sento il nervo dove è stato tirato, che è infiammato, allora prendo una bacinella di acqua tiepida, abbastanza calda, però che si possa resistere, ci metto dentro questo grasso e poi comincio a spalmarlo, comincio a tirare questo nervo prima piano, poi schiaccio sempre di più, fin tanto che non sento che il nervo si ammorbidisce.

En los tres se evidencia un vínculo simbólico entre «objeto» o «substancia» y la enfermedad. Entre avena y *vena torta* (distorsión), así como rosa y *rosipola* hay un ligamen principalmente fonético. Siguiendo a Pedrosa (1993), que escribe un artículo interesante sobre el conjuro de la rosa y la sanación de la erisipela (*desipela*) en España, la analogía entre color, forma y sintomatología podrían ser la causa de la asociación de las rosas con la *desipela*, que provocaba una tumefacción de color roseo rojizo, una enfermedad endémica hasta la generalización de la penicilina. Por último, la grasa de cerdo representa el ungüento con el cual Anna ejecuta la terapia contra el esguince.

Existen tanto rituales de iniciación vinculados al momento del nacimiento, como aquellos que ocurren al borde de la muerte, como cuenta la profesora Paola Falteri durante una entrevista: *«ha cominciato a praticare perché le sono stati trasmessi questi poteri in punto di morte, in una modalità assolutamente classica, cioè attraverso il bastone della scopa, sul letto di morte, la vecchia tenendo il bastone da un lato le ha fatto toccare il bastone dall'altra parte e in questo modo gli ha trasmesso i poteri»*. El simbolismo mágico vinculado al bastón, que representa el objeto mediante el que se cumple la transmisión del don, representa también un elemento de continuidad entre las «curanderas del pasado» y las del presente, porque evoca inmediatamente la imagen de la bruja. Las etapas liminales de la vida representan, entonces, momentos particularmente poderosos para los rituales de medicina popular.

El empirismo en los rituales de medicina popular: unguentos, parches y remedios de hierbas

No todos los tratamientos «clásicos» de medicina popular recaen dentro del modelo simbólico, existen también acciones mecánicas (como el *espatllat* o los masajes con ventosas que veremos en el próximo capítulo) y empíricas (como las hojas de zarza o la grasa de cerdo). El uso de componentes naturales (plantas medicinales, flores y sustancias de derivación animal) representó un patrimonio de saberes culturales de autoatención fundamental hasta principios del siglo XIX, cuando se empezaron a desarrollar los medicamentos industriales a través del aislamiento de los alcaloides de las plantas medicinales y la hegemonía de los mismos en los procesos asistenciales de la actualidad (Comelles, 1992a). Sin embargo, durante las entrevistas y los grupos focales, surgió mucha información relativa a distintos remedios de naturaleza animal o vegetal que se emplea en el contexto popular. Algunos de ellos se siguen utilizando dentro de la medicina casera y tradicional, a veces en asociación con rituales simbólicos (como recoger las plantas ciertos días del año o vincularlos a oraciones y bendiciones); otros fueron substituidos, en todo o en parte, por los productos farmacéuticos, como consecuencia de la hegemonía del medicamento que relegó las demás prácticas higiénico-dietéticas a una condición de subalternidad (Romaní & Comelles, 1991).

El punto de interés de la etnobotánica que se conserva en la memoria de los informantes no recae simplemente en el uso que puede derivar de las plantas como remedios, sino en que conlleva toda una serie de elementos sociales que nos pueden proporcionar informaciones sobre una cultura y su historia, que es aquello que más le interesa a un antropólogo.

Tomemos como ejemplo el caso de Joaquín, un curandero -creo que en este caso esta denominación pueda considerarse particularmente pertinente- de Vilafranca del Penedès (Barcelona). Le conocí a través de Jordi, un compañero y amigo también interesado en el fenómeno del curanderismo. Tras varios intentos, conseguimos encontrarnos durante una tarde de octubre. Joaquín vive en una casa grande y bastante aislada, Jordi tuvo que acompañarme en persona porque era difícil llegar sin coche. Fuera de la puerta estaba colgado su número de teléfono, los horarios de atención al público (de 5 a 8 de la tarde), la imagen de una serpiente y viejos artículos de un periódico, con algunas fotos en donde aparecía él de joven. Al tocar el timbre, Joaquín nos abrió la puerta con aire perdido, y Jordi le recordó quien éramos y que estábamos haciendo allí. Nos dejó pasar, pero nos avisó que no tenía mucho tiempo. El vestíbulo era una habitación grande, probablemente el salón de la casa (no se entendía muy bien), que coincidía con el «despacho» donde atendía a sus pacientes. El ambiente era completamente inusual. A diferencia de otros que había tenido la oportunidad de ver, me recordaba las imágenes que se hallaban en los libros o en las fotos sobre brujería en América Latina. La habitación estaba saturada de objetos de cualquier tipo. Me llamó la atención una librería sobre la cual habían unas fotos de él con otras personas (casi todas mujeres) durante reuniones o evocaciones medievales, junto con un número indefinido de libros, lociones corporales, hierbas (entre ellas, una gran variedad de menta) y alubias que usaba para curar los cálculos renales (probablemente gracias a la asociación de magia simpática entre riñones y alubias). Tras sentarme, noté un mueble antiguo sobre el cual se erigía una estatua de madera de Jesús, un cuadro de un paisaje, además de piedras, libros, fotos y recipientes vacíos. De las paredes colgaban pequeñas brujas, parecidas a las que venden en Italia durante la fiesta de la *Befana* (el 6 de enero), así como una túnica blanca con una cruz roja (como la de los templarios). El suelo estaba lleno de comida en latas, zumos de fruta, cremas, ungüentos, pomadas artesanales y *tuppers* con piedras. Joaquín era un hombre muy mayor, me dijo que tenía 99 años -aunque a Jordi le había dicho 93 la semana anterior-, delgadísimo, con barba y pelo blanco, y la piel bronceada y arruinada por el sol y la edad. Para caminar usaba un bastón y no parecía que tuviese un gran equilibrio. Aunque a menudo se repetía o no entendía muy bien cuál era mi papel allí, considerada su edad, el hombre parecía tener una mente bastante lúcida y activa. Entre distintas anécdotas, me contó quienes eran las mujeres de las fotos y qué relación tenía con ellas:

Aquí puedes ver un grupo muy importante porque ésta es la doctora Mercè, una alumna mía, que estudió medicina, ahora es médico, esto lo fabrica ella con la idea mía y ésta es la ermita, yo tengo personas que trabajan conmigo que yo les enseño también. Este grupo son

niñas que antiguamente se llamaban brujas, se dedicaban a fabricar una hierba que cogen de los pinos y le llamaban no brujas sino *trementinaires*, significa que fabricaban trementina del pino. Se clava un clavo en el pino, se saca el clavo, chorrea la resina, la recogen en una bandeja y de allí sale la trementina. La trementina es una base fundamental del trabajo de todas las *trementinaires*, ellas iban por los pueblos, no vendían trementina, no pueden venderla, sino que cambiaban la trementina por un pollo, un conejo, porque la trementina cura.

A raíz de su historia, busqué información sobre las *trementinaires*, unas mujeres que hasta la primera parte de siglo XX se encargaban de trasportar y vender (a diferencia de lo que dice Joaquín) la trementina durante largas rutas a pie desde la *vall de la Vansa i Tuixent* hasta las tierras del interior y del litoral de Cataluña. La trementina era un compuesto, efectivamente formado principalmente por la resina del pino rojo, usado como remedio para distintos incidentes cotidianos, como golpes, torceduras, picadas de insectos y erupciones cutáneas. Si bien la tradición desapareció, estas figuras fueron convertidas en un bien patrimonial y en un símbolo de identidad local mediante el *Museu de les Trementinaires a Tuixet* (Alt Urgell).

El aspecto de la recuperación, tanto de la cultura material como oral, del patrimonio etnológico y tradicional es un factor que se tiene que tener en cuenta al trabajar sobre medicina popular. En 2003 la UNESCO estipuló una convención para la salvaguarda del patrimonio cultural inmaterial, es decir, de:

Los usos, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas [...] que las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos reconozcan como parte integrante de su patrimonio cultural. Se transmite de generación en generación, es recreado constantemente por las comunidades y grupos en función de su entorno, su interacción con la naturaleza y su historia, infundiéndoles un sentimiento de identidad y continuidad y contribuyendo así a promover el respeto de la diversidad cultural y la creatividad humana (UNESCO, 2003, p. 2).

Dentro de este gran conjunto, los remedios tradicionales se hallan en una posición de particular prestigio, dada la posibilidad que ofrece la tercerización de la economía. En otras palabras, si por un lado, en el mundo globalizado, se apunta a la homogeneización, por el otro se estimulan políticas de diferenciación que se centran en la autenticidad de los productos, así como en su naturalidad y salubridad. Es una forma de contrastar las fuerzas globales mediante respuestas locales (Frigolé Reixach, 2005). Como afirma Köstlin, aprovechando el ejemplo de los *fast food* americanos: «mcdonalismo y regionalismo son dos caras de la misma moneda» a tal propósito «tenemos que aceptar el hecho que el crecimiento de la cultura regionalista se ha realizado en tanto contrapartida a la unificación»⁸⁰ (Köstlin, 2001, p. 172). Este fenómeno explica en parte el porqué de la

⁸⁰ Traducción propia del texto en versión italiana.

recuperación de productos tradicionales. Cabe mencionar, de hecho, que la recuperación del elemento empírico (y no de lo simbólico) no es casual, ya que entra en una lógica científica compartida por el modelo biomédico. Asimismo, si por un lado la inclusión profusa de tratamientos naturales está en consonancia con el enfoque consumista, por el otro acaba convirtiéndose en una forma de resistencia al proceso de medicalización de la salud.

Notas sobre la eficacia terapéutica y el body ecologic

Desde un punto de vista científico, los remedios empíricos representan el componente de principal eficacia terapéutica (Comelles, 2016b) presente en «el modelo clásico de medicina popular». Seppilli (1989a) añade a este elemento farmacológico (empleo de remedios vegetales y animales), otros dos posibles tipos de eficacias, relativamente vinculadas a los mecanismos psicosomáticos y parapsicológicos. Si en el ámbito de los primeros se hallan fenómenos como el efecto placebo, la relación curandero/paciente, la sugestión y la fe en el ritual, dentro del terreno poco explorado de la parapsicología hay muchos factores interesantes que podrían ofrecer explicaciones ulteriores.

A pesar de dónde recaigan las razones del éxito de la terapia (que probablemente están conectadas con múltiples eficacias), me interesa subrayar un aspecto que, si bien está solo transversalmente relacionado con los triunfos de estos tratamientos, creo que puede representar el enlace principal entre medicina popular y CAM – NA. Me refiero al holismo entre cuerpo, mente y naturaleza. Este componente pone de manifiesto una visión común del organismo, compartida por todos los elementos del «sector paralelo de atención a la salud» (las terapias religiosas, que no trataré en esta tesis, comparten también esta visión). Esta conexión se puede entender mejor recuperando el concepto de *body ecologic* con el que Elisabeth Hsu (1999) se refiere a un cuarto cuerpo que añadir a los tres de Scheper-Hughes & Lock (1987), que define como:

The idea of mutual resonance between macrocosm and microcosm and the continuities between the inside and the outside of the physical body, qi is not only in constant flow, but also in constant flux (in the sense that it is subject to constant transformation). This conception of the body as part of its environment is characteristic of Chinese medicine (Hsu, 1999).

La autora emplea la noción de *body ecologic* para describir la relación entre cuerpo y «qi» en la TCM. Sin embargo, el planteamiento puede extenderse a otras realidades. La concepción de que el organismo está en resonancia con el ambiente, permite comprender el sistema de correspondencias y analogías en la base de muchas prácticas de medicina popular, que se usaron como fundamento de la magia simpática y contagiosa. Por consiguiente, esta

interpretación no sirve simplemente para relacionar las categorías de energía entre ellas, en su versión *emic* de «qi», «prana», «pneuma» o espíritus (como veremos en el próximo capítulo), sino también para expresar el vínculo de base entre hombre y universo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

CAPÍTULO V. CATIA Y JOSEP: ENTRE CURANDERISMO, MEDICINAS ALTERNATIVAS Y *NEW AGE*

L'aver messo la scienza su un piedistallo ha fatto sì che tutto ciò che non è scientifico ci appaia ridicolo e spregevole e abbiamo così messo da parte tante pratiche che invece potevano esserci utili.

Tiziano Terzani
Un indovino mi disse
(Terzani, 2011, p. 144).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Sofi: Vuoi dare la vista a dei vermi ciechi?

Ian: Ora possiamo.

Sofi: Pensi che sia una buona idea?

Ian: E tu pensi che sia una cattiva idea?

Sofi: Penso che sia pericoloso giocare a fare Dio.

Ian: Sofi, io credo nelle prove e non ci sono prove dell'esistenza di uno spirito magico, invisibile che vive in alto proprio sopra di noi.

Sofi: Quanti sensi hanno i vermi?

Ian: Ne hanno due: olfatto e tatto.

Sofi: Quindi vivono senza vedere assolutamente niente, nemmeno la luce, il concetto di luce per loro è inimmaginabile, ma noi umani sappiamo che la luce esiste. Questi vermi non lo sanno perché non la percepiscono, ma con una piccola mutazione potrebbero, corretto?

Ian: Corretto!

Sofi: Allora, «Dottor Occhio», forse alcuni umani, rari umani, sono mutati e hanno un altro senso, un senso spirituale e percepiscono un mondo che è proprio sopra di noi, è ovunque, proprio come la luce per quei vermi.

I Origins

Cineasta: Mike Cahil 2014

(min 40:52)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

«Soy como un aspirador»: biografía de un curandero catalán

El señor Josep de Reus es muy conocido, no solo porque lleva una de las fruterías más céntricas de la ciudad, sino también por sus dotes de sanador. Fue mi ex compañera de piso, Julia, que me habló de él por primera vez. Acababa de llegar a Cataluña y estaba buscando mis primeros informantes en un contexto desconocido, donde aún no tenía ningún tipo de red social. La inmediata asociación que, en el imaginario colectivo, la medicina popular tiene con la magia y la charlatanería, hace que la búsqueda de informantes no siempre sea fácil. La de Josep, en cambio, fue una excepción. Julia no me había dado muchas indicaciones, solo la localización aproximada de la frutería. Al entrar había un chico joven y un hombre mayor que atendían a los clientes. Tímidamente dije que estaba buscando al señor Josep. El hombre asintió y me dijo que lo siguiera hacia el final del pasillo, donde estaba el despacho en el que recibía a sus pacientes. Era él. Lo había encontrado. El cuarto no era muy grande y no tenía ventanas, apenas cabía una camilla que usaba también como mesa. En las paredes tenía colgada una foto de cuando era joven, además de unos artículos



Figura 36. Josep en su despacho (2013).

de periódicos locales que se interesaban por su actividad como médium y tarotista. Cuando lo conocí en 2013 tenía unos 60 años, era un hombre sencillo, que amaba conversar y acostumbrado al contacto con la gente. Nos sentamos el uno en frente del otro y empezó a contarme su historia:

Yo empecé como curandero, era muy curioso porque me venía un enfermo, yo entraba en trance y tenía al enfermo delante, por la mente me pasaba un árbol que se llama olivo, o tomillo, sabía lo que tenía que medicar a la gente, de hierbas en aquellos tiempos, porque me venía en la mente, no porque lo supiera [...], luego tuvimos estos años buenísimos de seguridad social y empecé con las cartas.

En esta primera etapa de su vida, cuando se consideraba curandero, recetaba principalmente parches, aconsejaba remedios de hierbas, utilizaba el trance y la videncia para conseguir el medicamento necesario o para solucionar problemas espirituales. Eran los

años setenta cuando Josep entró en contacto por primera vez con el mundo de la sanación. En aquella época él no sentía ningún tipo de atracción por esa realidad, estaba casado, con hijos y trabajaba de taxista hasta que un día empezó a no encontrarse bien y decidió visitar a su vecina, la señora Agustina, que llevaba muchos años ocupándose de sanación física y espiritual.⁸¹ Ella le dijo:

«Tú seguirás mi camino». Yo era un chico joven, con ganas de vivir la vida y aquella mujer yo la respetaba pero que ella se iba a morir y yo siguiera aquello, pues me cayó muy grande, son cosas que no te las puedes creer, así ha sido. La gente que iba a pedírselo no pudo, yo que más bien no lo quería, es que no había pensado en nada de todo esto, ni creía en nada [...] pues ha tenido que ser así y son entre 40-42 años que hago esto.

Agustina sabía que su vida estaba llegando a su fin y pidió a Josep que se quedase a su lado para aprender el arte de la sanación. Así lo hizo él durante nueve meses y, desde entonces, empezó a ejercer de curandero. Su enfermedad fue de alguna forma vocacional. Durante veinte años se ocupó sobre todo de sanación física mediante hierbas, muchas veces sugeridas por su guía espiritual (la misma Agustina) o por los hermanos de luz, pero también de sanación espiritual. Estas terapias eran las que le enseñó su maestra. Al mismo tiempo, desarrolló otros saberes aprovechando otras fuentes (personas o herramientas) y, con el paso del tiempo, fue adquiriendo nuevos conocimientos.⁸² Para entender su visión de la salud y de la enfermedad hay que profundizar en un concepto que está presente muchas veces en sus terapias y que es fundamental en diversas tradiciones (como el magnetismo, medicinas alternativas, terapias *New Age*), el de «energía»:

Más que nada yo trabajo con las energías, hay personas que van a los médicos que no se encuentran bien, sea depresión, ansiedad, no se ponen bien, entonces recurren a mí. Yo miro si tienen algún tipo de energía negativa, soy como un aspirador [...]. Yo lo primero que hago es limpiar a través de los dedos, tiro, saco todo lo que llevan y pongo energía. Es como un cambio de energías, saco las negativas y pongo las positivas. Las energías yo las pido arriba, a la energía universal, yo soy como un hilo, me conecto y la reparto a las personas.

A primera vista esta noción parece recuperar los conceptos de armonización y equilibrio⁸³ que son la base de muchos tratamientos energéticos orientales. Se cree en la existencia de una suerte de energía cósmica -por ejemplo el «qi» en la filosofía china o el «mana» en Melanesia y Polinesia- que mueve todo el universo. Asimismo, el término energía puede

⁸¹ Esto no nos sorprende demasiado, de hecho sabemos que en otras culturas, en particular en el mundo siberiano, el manifestarse de una grave enfermedad muchas veces representa el preludio de una futura carga chamánica (Eliade, 2005).

⁸² Parte de este capítulo está publicado en el artículo “*Soy como un aspirador*”. *Medicina popular, espiritualidad y New Age en las terapias de un curandero catalán* (Riccò, 2016).

⁸³ En relación al concepto de equilibrio (*balance*) se puede consultar el libro coordinado por Horden y Hsu (2013). A través del empleo de tal concepto en distintos contextos geográficos y culturales, las autoras ponen de manifiesto su variabilidad desde el punto de vista práctico.

tener una connotación mucho más concreta. Para distinguir mejor estas dos esferas puede ser útil considerar los binomios mayor/menor y limpio/sucio. Para explicar el primero usaré las palabras de Catia «*a volte sento che il campo di una persona che prima aveva un'energia bassa, non bassa nel senso di sporca, ma poca energia, è come se si allargasse, altre volte invece quando siamo molto turbati la nostra energia è molto ripiegata su noi stessi*». Esta idea de un fluido invisible que envuelve a los individuos y que, según las circunstancias, puede ser mayor o menor nos ofrece una «interpretación amplia» del término energía. Junto con ella, existe otra explicación (no necesariamente en contradicción) que resulta más «estricta», gracias a la cual el término representa un eufemismo para referirse a una concepción específica del mundo y a una forma de cosmovisión que emerge de las palabras de Josep:

Esta práctica es para sacar, digamos, energía negativa, hay quien le llama seres, espíritus. Si te hablo de espíritus parece que entramos en un mundo de cosas ocultas, de muertos, yo procuro hacer las cosas lo más sencillas que pueda, porque aquí viene gente de todas maneras. Así que no voy a decir: «usted lleva un muerto dentro», ni lo veo bonito, ni correcto. Le hablo de un tipo de energía entonces y se la quito [...]. Las personas somos cuerpo y alma, llega un momento que el cuerpo se va haciendo viejo y muere, lo queman, lo entierran, ya no está, queda el espíritu y estos seres son lo que yo me dedico a sacar. Cuando dejan la materia, la obligación del cuerpo es ir hacia el espacio, el espíritu tiene que ir hacia el cielo, por lo que sé algunos no van, entonces estos seres van perdidos en el espacio y cuando encuentran a una persona que tiene luz, se le ponen encima [...]. Aquella persona empieza a lo mejor un día: «me duele la cabeza, la barriga, no me encuentro bien». Dicen que cuando una persona muere, por ejemplo, del hígado, su espíritu se va y se pone encima de otra persona, esta puede coger la enfermedad de aquel que murió [...]. Uno se viene aquí con un dolor de barriga, lo que quiere es que lo quite, no quiere una explicación.

Josep suele llamar con energía a los espíritus que se «alojan» en nuestros cuerpos y que, aunque no los posean totalmente, causan malestares y/o enfermedades con un evidente origen espiritual. La «suciedad» así como la negatividad estarían entonces representadas por una «materialización» de estas entidades en el organismo.⁸⁴

En este sentido es interesante recuperar aquí un artículo de Elisabeth Hsu (2000) sobre la dificultad de análisis del término *shen* en la medicina tradicional china. Esta ambigüedad tiene algunos puntos de contacto con el concepto de energía, en particular por la vinculación del término *shen* con las palabras *spirits* y *divine*, así como con los verbos *to extend* and *to stretch*. Si bien el término se utiliza continuamente en la TCM, la autora muestra cómo su significado varía en función de las situaciones y como éste es cada vez más determinado en ámbitos burocráticos e institucionalizados, donde la autoridad de los pacientes es más alta. Aunque Josep no suele ejercer en ese tipo de contextos (institucionales), se puede emplear igualmente la categoría de *vagueness* en relación a la

⁸⁴ Sobre el tema de la limpieza y suciedad y sus connotaciones morales volveremos más adelante.

precisión empleada para explicar el origen de las enfermedades y el tipo de rituales que ejerce. Como confirman sus palabras, Josep expresa tener dificultades al hablar abiertamente de espíritus y posesiones. Su temor es perder la autoridad en caso de que las personas no compartan sus creencias, una posibilidad bastante plausible dentro de un contexto, el occidental, donde conversar sobre la existencia de fantasmas está asociado, en el mejor de los casos, a ridículas supersticiones y, en el peor, a patologías mentales. Además del miedo a perder su credibilidad, la imprecisión del lenguaje se puede considerar también como una forma de protector.

He utilizado el término cosmovisión porque Josep habla de una jerarquía de seres (o hermanos) y guías espirituales -estos últimos son los que ayudan al médium durante su trabajo (el mismo Kardec subdividía los seres en tres órdenes según su pureza)-. Las entidades pueden estar más o menos cerca de Dios según la cantidad de luz que poseen, es decir dependiendo de su elevación espiritual. Josep no ha sido el único informante que me habló sobre este universo espiritual, la señora Rosita, una mujer de 82 años de Lleida, lo explica así:

No todos tenemos nuestro guía, nuestro ángel de la guarda. Si creo que cuando me muero todo se termina, que no hay nada más, pues cuando me veo muerto yo no sé qué me pasa, entonces tu ángel de la guarda te guía hacia el camino de la luz, pero tú, como no conoces el mundo espiritual, no le quieres seguir, entonces no sabes dónde estás. Cuando puedes llegar a la luz ya te das cuenta que no tienes cuerpo, que tu cuerpo espiritual es fluido, pero tú te ves igual, esto es el mundo espiritual, esto es no tener luz. Imagínate por un momento que has dejado la tierra y no tienes luz y todo lo ves oscuro y no sabes lo que te pasa y ves allí una lucecita, puede ser un hermano tuyo, puede ser otro ser que tenga luz, tú te vas allá, entonces es cuando hay uno que se carga con esto y coge aquel ser. Entonces le tienes que dar la luz, él se da cuenta que ya no tiene cuerpo físico y se va al camino hacia la luz. Hay muchas personas que se dedican a ayudar los que se han ido.

Esta cosmovisión que Josep recibió de la señora Agustina, nacida a principios del siglo XX, y compartida por otros informantes bastantes mayores, nos remonta a los antecedentes del *New Age* y, en particular, a la doctrina espiritista. De hecho, Groisman (2016) para definir el espiritismo brasileño usa el término *cosmoideology* con el cual se refiere a que los seres humanos están profundamente condicionados por la presencia de otro plano de existencia, a través del cual determinadas fuerzas inciden en la vida de los individuos. Este término es perfectamente aplicable a este trabajo para indicar la correlación entre individuos, espíritus y enfermedad.

Catia: ¿segnatrice o terapeuta?

Conozco a Catia desde el 2013, cuando le hice la primera entrevista. Tenía casi 40 años, aunque aparentaba muchos menos. La contacté por teléfono y me sugirió encontrarnos en su casa pocos días después, en un pueblo pequeño a unos veinticinco kilómetros de Parma (Italia). Tardé una hora y cuarto en llegar, mucho más de lo que *google maps* había calculado, pues conduje lentamente y con atención porque los paisajes *pre-appenninici* y *apenninici* (relativos a los *Appennini*), con sus calles estrechas y su espacio limitado de maniobra, siempre me han dado la sensación de no poderme equivocar. Así que, para evitar cambiar de dirección, decidí ir más lento y acabé llegando con quince minutos de retraso.

Catia vivía en uno de los últimos bloques de pisos del pueblo, rodeada de un paisaje de colinas y naturaleza. Toqué el timbre, subí por un pequeño ascensor claustrofóbico y la encontré esperándome en la puerta. Era una chica alta y muy delgada, con el pelo liso y castaño que le llegaba hasta los hombros. Tenía una mirada gentil y sincera. Desde el principio me dio muy buena impresión. Nos presentamos cordialmente y me invitó a entrar. El apartamento era bastante grande, sobre todo el salón donde nos sentamos para la entrevista. Estaba decorado con un estilo moderno y, comparado con la saturación de objetos a la cual estoy acostumbrada, bastante minimalista. La parte «pública» de la casa, es decir, el salón, la cocina y el baño, aquellas zonas donde los huéspedes pueden acceder, parecían la vitrina de una tienda. Todo daba la sensación de perfección y extrema limpieza. Los muebles eran modernos y de colores prevalentemente claros o blancos. Encima de ellos había algunas fotos de Catia, su familia y el que en aquel momento era su novio y ahora es su marido, un ingeniero más o menos de su misma edad y del signo de Piscis.⁸⁵

Nos sentamos alrededor de la mesa y hablamos un par de horas. Desde el principio noté una sensación de empatía y sintonía. Catia era capaz de hacerme sentir cómoda y tranquila, sabía explicarse con claridad, pero al mismo tiempo se le daba muy bien escuchar. Desde el principio, nuestra relación -por lo menos para mí- no fue la clásica interacción etnógrafo-informante. Me contó que tras del *Liceo* clásico se inscribió en la carrera *Beni Culturali* pero no la pudo terminar a causa de una enfermedad de la cual todavía tiene secuelas. Sobre este tema, que hubiera podido ser muy útil e interesante para los fines de mi investigación, pensé a menudo en profundizar, pero al final desistí, no quería forzar la situación ni hacerla sentir presionada. Finalmente surgió de forma ocasional, lo que me

⁸⁵ Este dato, aparentemente inútil, es una de las pocas cosas que sé sobre su esposo. La importancia que le atribuyo no está vinculada tanto a la astrología en sí, sino a un interés común que yo y Catia compartimos y que, en distintas ocasiones, ha sido un tema de conversación gracias al que he podido entender aspectos de su vida de pareja.

permitió hacerme una vaga idea del tipo de enfermedad que pudo haber tenido, pero me encontré en esta situación incómoda y común donde el antropólogo tiene que decidir si primar los intereses de la investigación o la relación de confianza. No me sentí capaz, puede que erróneamente, de escoger lo primero. Volviendo a nuestra historia, una vez dejó la Universidad, Catia buscó un trabajo sencillo en un *call center*:

Volevo qualcosa che mi aiutasse ad essere più concreta, ero al servizio consumatori di una azienda importante,⁸⁶ però alla fine della fiera mi raccontavano dei loro dolori: «ah come è gentile» dicevano. Eravamo in 20 e cercavano me, insomma 'sta cosa mi ha sempre un po' perseguitato. Sono stata lì più o meno 3 anni, poi ho aperto la mia attività con la mia famiglia, questo minimarket che ho avuto per 13 anni.

Fue en el *minimarket* que su relación con los habitantes del pueblo se hizo más cercana:

Vedevo le persone del paese tutti i giorni. Mi viene molto da ridere perché si era ricreata questa stanza, la chiamavano retrobottega, era diventata una sorta di confessionale, perché molte persone che non stavano bene venivano a parlare con me. Anziché venderé, alla fine mi trovavo sempre a parlare di malattie. Ho questa cosa da quando sono piccola, che magari m'incontrano e iniziano a raccontarmi che stanno male, non so è così da sempre, anche sconosciuti.

Mientras estaba trabajando en la tienda de la familia empezó a frecuentar cursos relacionados con las terapias alternativas (flores de Bach, Reiki) y más adelante se matriculó en la escuela de naturopatía,⁸⁷ donde estudió cuatro años y se especializó en reflexología podal. La escuela ofrecía clases de anatomía, fisiología y nociones básicas de medicina occidental, acompañadas de asignaturas relativas a disciplinas holísticas: herramientas homeopáticas, flores de Bach, Bioenergética y oligoelementos. Al final del curso el alumno obtenía el diploma de naturópata, una figura que Catia describe como un técnico de la salud que, tras una anamnesis y recogida de datos, escoge el tratamiento más adecuado, dependiendo de si la problemática es emocional, energética o física. Desde entonces, comenzó a poner en práctica con sus familiares, amigos y conocidos las competencias adquiridas. Desde el 2014 trabaja como autónoma en su casa. Las principales terapias a las que se dedica son: flores de Bach, reequilibrio energético, reflexología plantar, digitopresión y masajes.

Como dije, mi primer contacto con Catia fue telefónico. Cuando la llamé por primera vez pensaba que yo podía ser una periodista o una colaboradora de algún programa sobre fenómenos paranormales. La tranquilicé y le expliqué cuál era el interés real de mi investigación. Durante nuestros primeros encuentros nos centramos en la

⁸⁶ En la transcripción original aparece el nombre de la empresa, pero he preferido omitirla.

⁸⁷ La naturopatía o medicina natural utiliza la capacidad innata del cuerpo como herramienta para sanar. El concepto de fuerza vital o energía es muy importante porque es el mismo desequilibrio de ésta lo que origina la enfermedad. Las terapias usadas son extremadamente variadas y espacian de las más diversas procedencias, entre estas: masajes, tratamientos herbales, baño terapias, aplicaciones de agua, luz, frío y calor (Moreno, 2000). Precisamente porque percibe la enfermedad como derivada de un problema interno al cuerpo, no cree en el uso de los medicamentos, sino que prefiere hacer uso de estrategias de prevención.

medicina popular, los elementos simbólicos, el tipo de rituales y aquellas preguntas preliminares que sirven para entender los aspectos esenciales de un fenómeno. Su experiencia iniciática fue una temática principal porque las circunstancias fueron muy peculiares. De hecho, la descripción de aquella noche fue lo que me animó a asistir a la misma ceremonia de iniciación al año siguiente (2013). En este sentido, se hace necesario abrir un pequeño paréntesis relativo a unas dudas metodológicas que aparecieron al participar en un congreso de antropología donde hablé de esta ceremonia. Una de las preguntas que me hicieron fue si había avisado a los organizadores que era antropóloga y que estaba haciendo trabajo de campo. Contesté ingenuamente que no pensaba que, en ese caso, fuese necesario dar explicaciones porque la ceremonia era pública y porque mi intención no era, por supuesto, la de revelar aspectos secretos del ritual, sino analizar el nuevo escenario en el que se daba la *segnatura*. Sin embargo, probablemente esta no fue una razón suficiente para «invisibilizar» mi posición. Así que en un segundo momento decidí escribir a los promotores del evento para pedirles permiso para publicar cierto tipo de información, sin hacer referencia a ningún nombre o lugar que pudiese ser reconocible. Me pusieron muchos problemas. Hicieron referencia a una posible difamación, a la prohibición de reproducir el material publicado online en su página web, así como de hablar de la existencia de un evento que ellos mismos estaban promocionando (previo pago). Me sentí tratada como una «enemiga», decidí omitir los datos recogidos y aprendí la lección de ética que me habían ofrecido gratuitamente. De todas formas, la experiencia no dejó de tener utilidad ya que me permitió entender por qué el mundo de la medicina popular sigue manteniéndose en una posición de liminalidad, entre lo dicho y lo no dicho, lo legal y lo ilegal, lo sagrado y la charlatanería.

Volviendo a Catia, todo lo que puedo decir sobre aquella noche es que ella aprendió una decena de *segnature*. Hasta la fecha de la última entrevista (2016), solo había puesto en práctica la del *fuoco di Sant'Antonio*, de los *vermi* (parásitos intestinales), de la *rosipola* (erisipela) y de la *storta* (esguince). Para esta última prefería usar el método que le había transmitido su abuela muchos años atrás:

C: Io avevo una nonna che è morta quando avevo circa 12 anni che segnava le storte. Quando avevo 8 anni, durante la notte di Natale, lei ha chiamato da parte me e mia sorella, che ha 15 anni in più di me, e ha deciso di tramandarci la segnatura delle storte. Considera che mia nonna ha tre figlie, tra cui mia madre, e a loro non la ha passata.

I: Per scelta?

C: Non so, magari una persona che ha da tramandare queste cose sceglie un'indole adatta.

I: Voi conoscevate già il rituale?

C: No, io avevo 8 anni, non mi interessava niente di niente, di cure, medicine, solo che probabilmente lei ha colto nel mio animo questa predisposizione alla cura ed effettivamente poi è stato così perché molti anni dopo ho intrapreso studi di naturopatia, tecniche energetiche, cromoterapia, medicine alternative, però questo è

avvenuto impensatamente, così, molti molti anni dopo. Per cui di questa notte di tanti anni fa, mi ricordo che siamo andate nel bagno, perché era l'unico posto della casa che non era ocupato dai parenti, e lei in modo molto dettagliato ci ha tramandato questo rito, fatto di cose molto semplici: delle parole e qualche gesto che c'era da fare. Io e mia sorella non l'abbiamo scritto, l'abbiamo ricordato.

I: Non si poteva scrivere?

C: Lei ha detto ve lo ripeto più volte affinché voi lo impariate e poi ci ha lasciato così, non ha dato spiegazioni sul perché di una cosa e di un'altra e ci ha spiegato precisamente como si faceva. Il problema è stato che all'età di 8 anni per me è stata una parentesi che si è aperta e chiusa quella sera, poi mia nonna dopo 4 anni è morta. [...] E solo molti anni dopo mi han detto: «ho una storta che non mi passa vorrei qualcuno che la segni» e mi si è accesa una lampadina. Da lì io ho provato a ricordarmi, non avendo però nulla di scritto, non ero certa perché c'erano da utilizzare delle parole particolari, però mi ricordavo in linea di massima como si faceva, il concetto. Per quanto riguarda la mia esperienza non è tanto importante seguire le indicazioni letteralmente, tipo so che ci sono persone che dicono filastrocche, cose di questo genere, ma quello che conta e che funziona credo che sia l'intenzione.

I: Cioè il fatto che tu abbia volontà di curare?

C: Sì, non so se nel momento in cui viene tramandata tu hai como una sorta di attivazione, per la quale poi indipendentemente che tu segua un protocollo rigido o che tu sia un po' più morbida la cosa funziona lo stesso. Comunque dalla mia esperienza pur non ricordando bene le parole, ha funzionato sempre, anche se sicuramente non sto dicendo tutte le parole esatte. È qualcosa che senti dentro e che funziona.

Desde entonces Catia empezó a usar la *segnatura* como una herramienta terapéutica junto con otras terapias holísticas.

«La syndrome du prophète» en contexto occidental

Si en los años setenta y ochenta Josep se focalizaba sobre todo en los males espirituales, en los remedios de hierbas y en las terapias simbólicas, como «el corte de *l'airada*», más adelante adquirió nuevos conocimientos. Entre estos, uno de particular relevancia: la sanación del *herpes zoster* que aprendió de una curandera diez años después de la muerte de



Figura 37. Uno de los pacientes de Josep con el *herpes zoster* en un brazo.
Fotografía propia.

Agustina. La terapia se desarrolla con el auxilio de un líquido compuesto por alcohol y tres diferentes tipos de hierbas (de las cuales no conocemos el nombre) recogidas en la noche de San Juan.⁸⁸ Josep se moja las manos con este líquido y las pone encima del *herpes*, normalmente la cura se repite tres veces. Solo funciona si es él quien los hace con sus manos y si los pacientes no se duchan hasta el final del tratamiento. Durante uno de los encuentros, Josep

⁸⁸ La noche de San Juan coincide con el solsticio de verano, momento de fuerte carga simbólica y energética. Se considera además que el agua este día tenga un valor curativo y de renacimiento (Fernández García 1995).

me invitó a observar el ritual de sanación del *herpes zoster* a un hombre de más o menos 40 años. Cuando entré en el despacho, él estaba acostado en una camilla y Josep había empezado a ponerle el líquido sobre el brazo y la mano. Las pústulas eran más grandes en el pulgar, así que Josep las estaba apretando un poco. Después de unos minutos, le dijo de darse la vuelta y puso la misma solución en la parte posterior del brazo, donde seguía el enrojecimiento. Añadió un breve masaje en la espalda, aunque aclaró que éste no tenía relación con el *herpes* (de hecho en aquella zona no había ninguna pústula). El tratamiento duró unos 15 minutos. Al terminar, el paciente me explicó que estaba en estas condiciones desde hace una semana (el sábado), que había empezado con los medicamentos el martes, después de haber ido al hospital, y que desde el jueves estaba haciendo también la terapia con Josep. La sanación del *herpes zoster* es para Josep, actualmente, una de las terapias más solicitadas porque, según sus palabras, «ha cogido mucho nombre con esto». Una parte de los pacientes congenian el tratamiento tradicional con el biomédico, aprovechando la pluralidad del escenario terapéutico.



Figura 38. Josep durante un tratamiento de Reiki.

Otras problemáticas con las que se suele encontrar a menudo son tensiones y contracturas musculares. Acuden a él personas que ejercen trabajos físicamente pesados o excesivamente estáticos que modifican y deforman la postura del cuerpo y causan bloqueos y dolores en determinadas áreas. En estos casos, Josep emplea el Reiki (aprendido como autodidacta), así como un tratamiento manual de distensión de los nervios. Para llevar a cabo este último enciende una vela y la apoya en la zona tensa, le pone encima un vaso invertido y comienza a mover el conjunto, provocando un efecto ventosa de subida y bajada de la piel. Según Josep hay alguna fuerza espiritual que le guía durante el masaje, de tal manera que el alivio no depende simplemente de sus dotes manuales. Hallamos indicios de esta terapia de succión en las más antiguas tradiciones médicas (medicina tradicional china, Ayurveda, Medicina Griega). Hasta el final de la Segunda Guerra Mundial y la llegada de los medicamentos era una práctica bastante frecuente también en algunos países occidentales (Manz, 2009). En Italia se denominaba *coppettazione* y eran los *medici condotti* que la realizaban con el objetivo de hacer fluir la sangre en caso de acumulación (Bartoli & Falteri, 1987).

El cambio en los tipos de terapias de Josep depende de diferentes factores. El principal fue la muerte del hombre que le ayudaba durante sus estados de trance:

Yo soy médium y he trabajado siempre entrando en trance, pero había un señor, Carlos,⁸⁹ que me ayudaba. Pues yo entraba en trance y él te preguntaba «¿qué quieres?», hacía de intérprete. Me ayudó 10-12-14 años, vino un día que este señor se murió, pues siempre dije: el día que se muere el señor Carlos no quiero a nadie, porque la gente me cuenta cosas muy íntimas [...] aquí vienen mujeres que se entienden con curas, la secretaria y el jefe, gente que debe dinero, pasa mucha gente por aquí y yo he comprendido que quieren intimidad, no quieren que la gente sepa nada y entonces se acabó con el señor Carlos. Yo ahora solo no puedo trabajar, ¿cómo me voy a quedar aquí dormido con la gente que no sabe cómo va esto? Es una imagen que no gusta y a mí las cartas siempre me habían llamado la atención, pero era coger unas cartas sin marearme, no podía con ellas, me ponía nervioso, pues entré aquí sin el Carlos y pedí al señor: «guíame», ¿cómo trabajo ahora? Y a las dos o tres horas me vienen a la mente unas cartas y fui aquí abajo a la plaza y compré unas cartas y el domingo en mi casa empecé con las cartas a manejarlas, a leer un librito que llevaban dentro, de allí sequé unas ideas, luego me vino a pactar con ellas, no sé me vino a mí, decir mira: «cuando salgas tú serás un viaje, cuando salgas tú buenas noticias» más o menos pacté con ellas y esto ya hace un montón de años y desde el día que acepté las cartas no me he puesto más nervioso, no he tenido dolor de cabeza y te digo una cosa: me gusta más trabajar con las cartas que como médium, no me canso tanto, te ayudan mucho, salen muchísimas cosas en las cartas y mira estas deben tener 3-4 meses mira como las dejo, que las uso mucho. En trance entro si viene alguien que conoce como va esto y me dice: «quiero hablar con la hermana Agustina», no tengo ningún problema, pero para la mayoría de la gente que no sabe nada de todo y quieren saber y saber, preguntar, yo siempre estoy despierto, domino la situación y también me va muy bien.

El Tarot fue entonces una técnica que desarrolló como autodidacta en consecuencia a sus circunstancias personales, concretamente la muerte del señor Carlos, así como a los cambios histórico-sociales que ha sufrido el país (la mejora del sistema sanitario, el proceso de medicalización, entre otros). La elección de esta técnica ha sido influenciada, además, por la «reciente» difusión de las corrientes *New Age* gracias a las que «tirar las cartas» se ha puesto nuevamente de moda (Gordon Melton 1992; Feher, 1992). Este dinamismo evidencia como la mirada antropológica tiene que dirigirse al conjunto, no simplemente al fenómeno en cuestión. El objeto de estudio está sujeto a numerosas fuerzas y procesos que comportan su heterogeneidad y transformación, tiene que ser examinado dentro del contexto histórico y de su variabilidad.

En esta segunda etapa, su clientela ha cambiado bastante, tanto que Josep explota raramente los rituales terapéuticos de Agustina. Si inicialmente se identificaba como curandero ahora su papel es más cercano al que podían tener los curas hace cincuenta años cuando, como dice él, «era común entrar en una iglesia y encontrar la cola en el confesional». Asimismo, añade:

No soy médico, pero viene una persona que tiene ansiedad, depresión porque la ha dejado

⁸⁹ El nombre de su ayudante es un nombre de fantasía.

el marido, se le ha muerto un hijo, ésta necesita comprensión, que alguien la escuche hablar y mandar las buenas cositas como hacían los curas, pues rezas o vas a dar una vuelta cada día, pero no son enfermedades, son cosas de la mente, pero mucha gente necesita hablar, tener confianza con alguien.

Mediante su consulta, Josep trata de suplir el hueco que se ha creado ahora que las iglesias (por lo menos las católicas) han quedado vacías (Prat, 2012) y la catarsis oral ha sido relegada casi exclusivamente al dominio de la psicología, un sector al mismo tiempo exclusivo (por el precio de las consultas) y excluyente (por el estigma de loco, enfermo o trastornado que puede llegar a generar en aquellas realidades donde no es muy común ir al psicólogo). El nuevo papel de oyente de Josep está libre de juicios y tiene un coste accesible, ya que es el paciente quien decide el precio de «la voluntad»,⁹⁰ y ambas características se revelan seguramente atractivas. El diálogo con Josep se convierte entonces en una forma de purificación tanto como el nuevo mundo de la espiritualidad se presenta como una válida alternativa a la religión cristiana (Van der Veer, 2009).

En los últimos cuarenta años de sanaciones se ha dado un evidente cambio en sus prácticas. Se evidencia un solapamiento de identidades (curandero, oyente, médium) que lo convierten en una figura de soporte a las *illness* y a las *sickness* de una sociedad en constante mutación. A tal propósito, la expresión *syndrome du prophète*, acuñada por Tonda (2001), puede ayudar a comprender su sentido. El antropólogo la emplea en el contexto africano para indicar la tendencia que tienen algunos individuos a aunar religión, magia y medicina con una perspectiva de innovación dentro del campo terapéutico y religioso. La elección del término «profeta» se ajusta al pensamiento de Weber (1971), que lo escoge para referirse a aquellos curanderos o terapeutas que no cobran dinero para sus terapias. Según el autor, la pretensión es la de un conocimiento que intenta reconstituir la función totalizadora de las prácticas terapéuticas y religiosas para dar una respuesta a la crisis de identidad contemporánea. Tal crisis deriva de la imposición, por parte del hombre blanco, de su sistema económico (el capitalismo) y de su religión (el cristianismo). Los orígenes de esta situación proceden de las fuerzas hegemónicas occidentales que impulsan y persuaden al resto del mundo, mediante la *fabbricazione del consenso*, a seguir sus hábitos, costumbres y prácticas. Estas fuerzas son las de *le Souverain moderne* (Tonda, 2005), de la brujería del hombre occidental encarnada en el poder de la religión cristiana, del dinero, de la ciencia, de la técnica, del Estado y del sexo. Los curanderos africanos se encontrarían en el medio de un conflicto entre sus raíces y el «mundo que los rodea».

De este conflicto no está exento tampoco el individuo occidental, víctima de las

⁹⁰ Se hablará del aspecto económico más adelante en este mismo capítulo.

lógicas creadas por él mismo, las del neoliberalismo y las del sistema capitalista. En esta modernidad líquida (Bauman, 2013) el sujeto está en una continua búsqueda de su papel en el mundo, un lugar que deja poco espacio para lo espiritual, porque lo convierte también en un herramienta de consumo. Ya en la primera mitad del siglo XX, Fromm (1941) hacía hincapié sobre el proceso de desintegración de la personalidad individual debido a la progresiva pérdida del yo, cuya consecuencia era el aumento del conformismo y una «necesidad de seguridad» que solo se podía lograr satisfaciendo las expectativas de los demás. El papel de un «profeta occidental» sería entonces el de guiar a los individuos dentro de la fluidez contemporánea, permitiéndoles enfrentarse a la crisis y al vacío existencial. Aunque Josep, con sus múltiples identidades, tampoco está exento de esta situación de incertidumbre, ha encontrado su punto firme en su don y en su necesidad de sanar. La capacidad que tiene de amoldarse a las necesidades de sus pacientes, así como a aquellas de un determinado contexto histórico, es parte de su peculiar identidad dinámica de «profeta», si se quiere usar el término de Tonda, o de sanador, si se prefiere evitar cualquier tipo de connotación religiosa que inevitablemente hace eco en el primero. La estrategia es la de la adaptación, las terapias varían, se ensamblan, y él se amolda a lo que haga falta y a lo que la sociedad pide en aquel momento.

Catia, por su parte, no presenta tanto una evolución diacrónica, sino más bien un conflicto de identidades, un choque entre su fe cristiana y las terapias «energéticas» que ejerce.

Ho avuto diverse crisi perché non sapevo se continuavo ad essere nella luce facendo questo lavoro. L'ultima l'ho avuta quando ho fatto questo percorso spirituale per sposarmi. Ho fatto un corso personale e un corso con lui [se refiere al futuro esposo]. Quando ho fatto il primo percorso personale ero venuta in contatto con questo esorcista. E lui comunque da subito, ma non solo lui, in tanti, ha ritenuto che l'utilizzo di alcune energie sia il veicolo d'entrata di altre, cioè del demonio in particolare. Se tu vai da lui a fare una confessione, la prima cosa che ti chiede è: «fai trattamenti Reiki? Vai a fare le carte?». A un certo punto magari desideri fare dei percorsi che siano coerenti, quindi io ho detto: «se faccio un percorso spirituale cristiano, ma non ho attitudini coerenti con quello che poi è il percorso che viene richiesto cosa lo faccio a fare? E soprattutto la mia anima che fine fa? Le persone che vengono da me, che si affidano alle mie cure che fine fanno se io anziché essere un veicolo di guarigione sono un veicolo per sporcarle?». Soprattutto il mio dubbio più feroce riguardava il biotensor;⁹¹ perché comunque il biotensor appare come uno strumento magico che è quasi come se avesse una propria vita, in realtà non è così [...]. Anche la stessa pranoterapia⁹² è vista come uno strumento diabolico, ci sono vari libri, se tu proprio ragioni in termini di letteratura cristiana. Anche i fiori di Bach, l'omeopatia, l'agopuntura, tutto quello che lavora sul campo energetico della persona viene definito pericoloso e quindi son stata in attesa di segni, quindi di nuovo capire secondo me qual era la cosa giusta da fare, perché sarebbe significato per me non lavorare più così, cioè smettere di lavorare, di fare questo lavoro, cioè se la riprova è la salvezza dell'anima, dico preferisco prendere in considerazione di

⁹¹ El biotensor es el instrumento que se utiliza en la radiestesia para relevar las energías sutiles y en la rabadomancia para encontrar el agua. Su función sería la de relevar las distintas vibraciones energéticas. Catia lo describe como una suerte de «prolongación de su dedo» que puede permitir de captar aún más las fuerzas energéticas.

⁹² Véase capítulo 8.

cambiare quella che è la passione della mia vita piuttosto che perdere la mia anima o farla perdere a qualcun altro. Poi sono arrivata a una considerazione che ho scritto, comunque la sintesi è che tutto dipende dall'intento. Secondo me l'intento attraverso cui fai le cose, è quello che specifica a che tipo di energia ti rivolgi, se il tuo intento è quello di accrescere il tuo potere personale, è quello di guadagnare tantissimo, è quello di avere potere sugli altri, sapere degli altri, cioè invadere quelli che sono i confini dell'altra persona, andando a indagare dove non puoi, allora a questo punto credo che si possa dire di diventare corruttibile e quindi in te non operano più forze di luce, per quanto magari poi cerchi di fare anche bene, ma c'è altro che passa. Nel momento in cui agisci per amore, agisci per il bene dell'altra persona e nel rispetto di te stesso, nel momento in cui non vai ad indagare oltre quello che ti è consentito, nel momento in cui chiedi a Dio, alle creature angeliche di aiutarti, sostenerti in quello che fai credo che a questo punto qualsiasi mezzo tu utilizzi, del tipo pranoterapia, piuttosto che biotensor, qualsiasi cosa, possa essere utilizzata bene. [...] Quando riesci a sintonizzarti con le cose, con le situazioni, con le persone, con le compatibilità in realtà ti prende la curiosità di sapere e quindi in molti casi all'inizio io ho sconfinato, non con l'intento di fare del male a qualcuno, assolutamente, ma magari sapere che cosa un'altra persona poteva provare nei miei confronti, per esempio. Con il biotensor, perché comunque è un mezzo d'indagine, si stabilisce la compatibilità, quindi io posso stabilire la compatibilità tra me e un alimento, tra me e una persona, posso parlare di emozioni, posso spostarmi a qualsiasi livello o semplicemente posso sintonizzarmi sulla figura di quella persona, anche senza avere una foto, e fare domande: «questa cosa è più un sì o più un no?» Posso chiedere quello che voglio, a questo punto si sconfina e ci si perde perché non si è più puliti, così per fare qualcosa che sia nella luce occorre un'igiene energetica⁹³ e morale molto forte altrimenti si viene contaminati, cioè devi essere coerente, preciso, non allargarti mai, e poi e poi, nel senso che son cose così sottili che puoi sempre raggiungere il confine.

El conflicto que Catia está sufriendo se debe a la presión ejercida por los miembros del contexto social en el que ha crecido, que no solo no reconocen sus terapias como válidas, sino que incluso las consideran perjudiciales. Su crisis de identidad puede interpretarse también como un conflicto entre tradición y modernidad, donde la primera está representada por sus raíces (el cristianismo) y la segunda por las terapias alternativas y no por la biomedicina como en el caso de los curanderos africanos de Tonda. Estas están intentando encontrar su espacio enfrentándose no solo con la medicina, sino también con las terapias de sanación tradicionales, enraizadas en creencias cristianas. Tras su última crisis, Catia pensó suspender durante un periodo su actividad de terapeuta. Empezó una etapa muy dramática de su vida, caracterizada por un conjunto de problemas familiares, laborales y de salud, en la que experimentó la que denomina *paura assoluta* (miedo absoluto) que le provocaron una crisis de fe.

Ho detto: «ma come è possibile che riceva attacchi del genere proprio nel momento in cui sono più in grazia di Cristo?» Cioè non è possibile! Mi sono sposata spiritualmente con un'altra persona, quindi con la grazia di Cristo ci siamo uniti, da lì in poi è stato uno scatafascio. Ero attaccata da ogni fronte, proprio problematiche di lavoro, economiche, la salute di mia mamma, del il mio cane, la morte delle persone vicine, le mie guide spirituali che erano state fisicamente spostate in altri luoghi dove non potevo raggiungerle, mi sono ammalata diverse volte io.

La negatividad de aquel periodo poco a poco ha ido aplacándose y le ha permitido reflexionar sobre su «doble identidad», hallando una solución. Catia llegó a la conclusión de

⁹³ Sobre este tema véase capítulo 6.

que la importancia está en las buenas intenciones y buenas prácticas del terapeuta. Si éste reza, conduce una vida equilibrada y es coherente consigo mismo, entonces significa que será capaz de ayudar realmente a los demás.

La vuelta a las terapias fue necesaria, ya que permitió su «reincorporación en el mundo», porque para ella, como para Josep, la sanación no es simplemente un trabajo o un pasatiempo, sino una forma de vivir. Es al mismo tiempo un don, que ayuda a muchas personas, y una condena, puesto que no hay ninguna salida. Josep afirma que es una responsabilidad de la que no se puede escapar:

No puedo dejarlo, Dios mío si estuviera un día sin entrar aquí dentro [en el despacho]. Si hay dos días en una semana de fiesta que la tienda no se abre, yo tengo que venir y estar un rato sentado aquí dentro. Te dices que no vas a ir, pero luego me encuentro sentado aquí orando, rezando, haciéndole compañía [se refiere a los hermanos de luz, a los espíritus].

El «síndrome del profeta», según Tonda, se manifiesta también cuando los saberes tradicionales están insertados en un contexto moderno. Simon, *secrétaire à la médecine traditionnelle* en una iglesia protestante del Congo, es un ejemplo de cómo «tradición» y «modernidad» se unen en una misma persona (Tonda, 2001). Esta característica la hallamos tanto en Josep como en Catia que asocian prácticas eclécticas y aparentemente alejadas entre ellas. A menudo, estas se compenetran y se solapan también durante un mismo tratamiento como muestra Catia:

Mia madre era venuta qua perché non si sentiva bene, le ho fatto un trattamento di riequilibrio energetico però appena abbiamo iniziato è saltato fuori [...], ha cominciato con delle bollicine già dal pomeriggio, le ho detto subito: «potrebbe essere un fuoco di Sant'Antonio, vai dalla dottoressa», le ha detto che era un fuoco, le ha dato gli antivirali, però il problema è che comunque sia è partito a bomba, a parte quel primo giorno di pustole nel giro di pochissimi giorni era al massimo [...] Io ho iniziato da subito a farle le segnature per più giorni e ha avuto un'evoluzione molto veloce, nel senso che il secondo giorno era già piena e il terzo giorno aveva anche l'occhio chiuso, aveva dei dolori pagheschi e il quarto giorno [...] è esploso ed è rientrato. Dopo io e mia sorella, dato che aveva dei dolori forti, anche se era rientrato il rossore e non c'erano vesciche, le abbiamo detto di andare al centro del dolore a Parma [...]. È andata, le hanno di nuovo diagnosticato herpes zoster e anche se non c'erano più, non c'era più il rossore, le hanno dato dei farmaci molto potenti. Ecco a questo punto c'è un però, nel senso che lei ha detto che ha avuto un grande beneficio dalla segnatura, erano rimasti poi questi dolori, che però erano dolori lancinanti perché erano fitte, non poteva toccarsi la cute perché sentiva bruciore o forte calore, aveva iniziato a prendere i farmaci da un giorno, però non le facevano niente, nel senso che era un dolore talmente forte che non le dava sollievo. Allora ho provato a darle i fiori che forse anche questi hanno a che fare con alcuni tipi di segnatura, perché è dalla segnatura della pianta che si ricavano i fiori di Bach. Guarda bastava una goccia o due del fiore giusto, nei punti dove lei aveva dolore fortissimo che passava all'istante, non dico dopo dieci minuti, ma all'istante.

El diccionario de las medicinas alternativas y complementarias (Mantle & Tiran, 2009) explica que la ideación de las flores de Bach se debe al bacteriólogo y homeópata Edward Bach (1886-1936), que consideraba la enfermedad como una condición de desarmonía, cuya solución yacía en tratar al paciente y no a la enfermedad en sí misma (Gordon Melton et al., 1991). Teniendo en cuenta esta premisa, ideó una técnica de sanación no invasiva y natural basada en 38 remedios de origen vegetal (más el *Rescue Remedy*). Catia me explicó que existe una analogía entre las plantas, las flores y determinadas problemáticas (un poco como en la doctrina de las *segnature* de Paracelso) y que es gracias a estas correspondencias entre hombre y naturaleza que el individuo llega a la sanación. ¿Pero cómo se obtienen y que son exactamente estas flores? La opción más sencilla es seguramente la de comprarlas en una farmacia o en una tienda de productos naturales, pero el coste es bastante elevado y además no es posible encontrar lo que se denomina como el «frasco madre», el original creado directamente desde la planta o la flor. Por esto, Catia prefiere hacer ella la «extracción» mediante los siguientes pasos. En primer lugar tiene que encontrar una de las 38 plantas en buenas condiciones y en el punto álgido de su floración, en un lugar no contaminado y lo más natural posible. Es

necesario tener una sintonía con ella, le tiene que gustar particularmente, más que otras plantas del mismo tipo. Un vez hecha la elección, se dirige a ese lugar muy pronto por la mañana y en un día de pleno sol. Para coger las flores debe usar determinadas herramientas estériles para hacerlas caer en un recipiente, también estéril, que precedentemente debe haber llenado con agua de manantial. Es importante que no haya ninguna nube

porque eso invalidaría toda la «cosecha». El procedimiento de la ebullición se tiene que hacer necesariamente, así que es indispensable llevarse un pequeño horno portátil, en el cual se dejan bullir las flores durante media hora. Al acabar, Catia las cubre, espera a que se enfríen y las transvasa a un frasco de vidrio oscuro, filtrando el agua con unas gasas. El líquido tendrá que llegar hasta la mitad porque la otra se llenará con *brandy*. Este conjunto representa la «flor madre» desde la cual se pueden crear los otros recipientes que están



Figura 39. Ejemplo de flores de Bach (dominio público).

compuestos por solo dos gotitas de este líquido y el resto de *brandy*.⁹⁴ Las flores se pueden tomar de forma oral o poner directamente sobre el cuerpo.

Para los tratamientos de reequilibrio energético pasa sus manos a unos 10-15 cm del cuerpo del paciente, de la cabeza hasta los pies, mientras éste yace en la camilla. Al hacerlo nota (en sentido físico) si hay dolor, así como si hay exceso o falta de energías. Tocando el cuerpo del paciente, este desequilibrio se confirma mediante diferencias de temperatura. Sin embargo, Catia suele trabajar a un nivel más «superficial» (en el sentido de la superficie corpórea) como dice ella, a un nivel energético. Cuando encuentra una zona con poca energía se detiene en ella y la recarga; de vez en cuando elimina la cantidad en exceso, echándola en un recipiente con agua y sal.

Tanto Josep como Catia ponen de manifiesto esta lógica de *cumul* (Tonda, 2001) o de síntesis (Benveniste, 1969; Rosny, 1996)⁹⁵ mediante la cual no solamente se combinan símbolos distintos, sino también pertenecientes a una moralidad y época diferente. A través de este proceso se invalida el binomio tradición/modernidad porque se usan contemporáneamente prácticas y creencias diversas. Sin embargo, siguiendo a Latour (1991), podemos preguntarnos si el hombre haya sido nunca verdaderamente moderno, dado que es hijo de una cultura híbrida, así como de tradiciones inventadas (Hobsbawn & Ranger, 1983). Es necesario, entonces, abandonar el presupuesto de la misma existencia de la «tradición» en cuanto dato empírico y objetivo para empezar a considerarla «no como un producto del pasado sino como una reapropiación selectiva de una parte de él»⁹⁶ (Mugnaini, 2001, p. 37). Tradición y modernidad son categorías que pierden sentido o se relativizan al pensar que determinados tratamientos recién llegados a Occidente son «milenarios» en otros lugares del mundo. En este espacio social ya no tiene sentido hablar simplemente de un pluralismo asistencial formado por compartimentos estancados que el paciente usa según sus necesidades, sino que es más acertada la expresión acuñada por Csordas (2014) de *fractal pluralism*. Un pluralismo que no se basa simplemente en la presencia de distintos sistemas terapéuticos (o de distintas religiones) en un mismo lugar, sino que su pluralidad está representada por un conjunto de técnicas paralelas y equivalentes también dentro de

⁹⁴ Existe también otro procedimiento para obtener las flores, el de la solarización, que es aún más complicado. En lugar de hervirla, se tienen que poner en un recipiente de vidrio en las cercanías de la planta a sol pleno durante dos-cuatro horas (el tiempo varía de planta a planta). Cuando la flor empieza a aflojarse significa que ha liberado sus vibraciones y que ha dejado su esencia en el agua.

⁹⁵ En el *Vocabulaire des institutions Indo-Européennes*, Benveniste subraya que la capacidad de «recolectar» es una característica intrínseca de la *religio* con la que se indica la posibilidad de «*reprendre pour un nouveau choix, revenir sur une démarche antérieure*» (Benveniste, 1969, p. 271). Es por esta razón que la capacidad de escoger y sintetizar es para el autor una señal de inteligencia.

⁹⁶ Traducción propia del original en italiano.

un mismo sistema. La terapia de Catia se vuelve una herramienta útil para divisar el «sector paralelo de atención a la salud» del que hablé en la introducción. El tratamiento contra el *fuoco di Sant'Antonio* está principalmente representado por el ritual *folke* de la *segnatura* (medicina popular) que, a su vez, está empapado de una religiosidad popular de fondo (terapias de sanación religiosa). A ello, Catia añade una terapia de reequilibrio energético y otra de flores de Bach (CAM). Todos estos elementos se mantienen coherentemente unidos bajo la noción de espiritualidad (*New Age*) que representa, junto con la voluntad de sanar, el pegamento entre las distintas prácticas de sanación. A este respecto, Hanegraaff propuso una definición interesante describiendo la espiritualidad como «*any human practice which maintains contact between the everyday world and a more general meta-empirical frame work of meaning by way of the individual manipulation of symbolic systems*» (Hanegraaff, 2000, p. 296) Para aclarar a qué se refiere, utiliza el ejemplo de Jacob Boehme, un zapatero cristiano del siglo XVII, que cambió su vida después de haber experimentado la iluminación interior. La espiritualidad de Boehme estaba radicada en el simbolismo cristiano pero, mediante una manipulación individual, a ella añadió elementos pertenecientes a otras tradiciones (alquimia, enseñanzas de Paracelso). De esta forma llegó a crear una nueva síntesis que le permitió entender mejor su fe cristiana originaria. De la misma manera, Josep y Catia no limitan sus creencias espirituales a una base cristiano-católica porque se sienten parte de una concepción más grande, un holismo que junta hombre y naturaleza, terapias lejanas y terapias cercanas, tradición y modernidad.

«Vivir los espíritus»: cuerpos y agencia

Durante las numerosas entrevistas con Catia y Josep surgieron cuentos y narraciones sobre fenómenos o creencias que involucraban los que suelen definirse como «seres de luz», espíritus o entidades desencarnadas. Mediante los tratamientos de sanación, ambos advirtieron la presencia de un «mundo invisible», cuyas manifestaciones se daban mediante cambios corporales, actitudes y sensaciones anómalas (que pueden variar de gritos a llantos o a movimientos paroxísticos, entre otros) en ellos mismos o en sus pacientes. Los asociaron con fenómenos de trance, posesión y más generalmente de comunicación, voluntaria o involuntaria, con el «más allá». La presencia y persistencia de una verdadera «cosmoideología» (Groisman, 2016) es uno de los rasgos más fascinantes de esta tesis. En este sentido, el planteamiento del giro ontológico (Descola, 2005; Latour, 2013; Viveiros de Castro, 1996) puede ser útil para analizar los datos etnográficos recogidos, ya que se centra en una relación de continuidad entre naturaleza y cultura y en el papel de los espíritus como

agentes (Blanes & Espíritu Santo, 2014), en lugar de interrogarse sobre el aspecto simbólico de la posesión. Antes de entrar en el meollo de la cuestión, creo que vale la pena mencionar algunas asuntos sobre la posesión, el chamanismo y el trance para comprender con mayor profundidad la relevancia que tuvieron los fenómenos de la comunicación con el más allá en el campo antropológico.

Un paso atrás: comunicando con el «más allá» mediante chamanismo, posesión y mediumnidad

La comunicación con los espíritus ha atraído la atención de muchos investigadores en diferentes contextos socio-culturales. Seguramente uno de los terrenos más fértiles ha sido el chamanismo.⁹⁷ Entre las características fundamentales del chamán, está la capacidad de entrar en trance y de contactar con las entidades desencarnadas. La pérdida momentánea de conciencia, muchas veces favorecida por la ingesta de sustancias alucinógenas (América del Sur), por la música, la danza y el sonido del tambor (Siberia) o por largos periodos de ayuno o aislamiento, permitió a Eliade (1964) definir el viaje chamánico como una «técnica del éxtasis». La figura del chamán posee distintas funciones que varían según el contexto, pero que solían implicar una fuerte relación con el mundo de la sanación. En Siberia,⁹⁸ por ejemplo, su rol es muy influyente en cuanto portavoz de la comunidad. Entre sus tareas, particularmente relevante, está la «búsqueda del alma» que, según la concepción local, puede alejarse del cuerpo durante los momentos de inconsciencia (sueño, trance). El papel del chamán es el de encontrarla y traerla de vuelta, para evitar las posibles repercusiones debidas a su ausencia (Capacchi, 1996). En este sentido, entonces, representa al que no solo puede contactar con el «más allá», sino que también puede controlar a los espíritus. En esto se diferencia del poseído que sufre la dominación de los seres y no puede impedirla. El gran historiador Carlo Ginzburg (2008), recuperando a Eliade (1964), había diferenciado claramente las dos categorías, relegando el chamanismo al contexto Europeo y

⁹⁷ La palabra chamán deriva de *šaman*, un término que deriva de la lengua de los Evenki (Tungús), una población de cazadores recolectores originaria de la Siberia, área en la cual se desarrolló en el Neolítico el chamanismo (Morris, 2006b). Sucesivamente, desde allí se expandió a otras comunidades con ritmos de vidas y sistemas de subsistencia parecidos. Al momento es un fenómeno que abarca muchos territorios, entre los cuales: todo el continente americano, Eurasia, Siberia y algunas zonas interiores del Asia (Müller, 2001).

⁹⁸ El chamanismo siberiano ha sido vinculado, sobre todo en un primer momento, a fenómenos psicopatológicos como el caso de la «histeria ártica» (Czaplicka) o de la síndrome de Menerik (Müller, 2001). La primera estaba caracterizada por una serie de comportamientos irracionales, exagerados y peligrosos, similares a los ataques histéricos de las mujeres del siglo XIX. El síndrome de Menerik, en cambio, se manifestaba mediante ataques de pánico, crisis de llanto, epilepsia, ecolalia (repetición de palabras y frase) y ecopraxia (repetición de gestos). Según Müller (Ibidem) el detonante serían las difíciles condiciones climáticas de los inviernos árticos (las largas noches, la soledad, la alimentación sin vitaminas). Estas interpretaciones, que asociaban el chamán a un enfermo mental, han sido progresivamente abandonadas, sobre todo gracias a la aportación de Eliade (1964) que ha hecho precisamente del fenómeno del trance el punto de fuerza del chamanismo (Ambasciano, 2014).

principalmente masculino, y la posesión a aquello africano y especialmente femenino. A través de su famoso libro *Storia Notturna* (2008), al mismo tiempo amado y criticado, indagó los orígenes folklóricos y mitológicos del sabbat y de las brujas, así como de otras figuras liminales (*i Benandanti*⁹⁹ en Friuli, *le donne di fuori* en Sicilia, *i kresniki* de la Dalmacia, entre otros), encontrando en sus bases un substrato oculto de chamanismo. Algo más tarde Grottanelli (Grottanelli, Clemente, Dei, & Simonicca, 1991), tras el descubrimiento de fenómenos chamánicos en el continente africano, rechazó el dualismo geográfico y de género de Ginzburg y propuso desviar la atención del chamanismo a la posesión. Se formuló así la nueva terminología de «posesión europea», que incluyó también fenómenos como el *tarantismo* o los rituales del *argia*. Según Pizza (1996), esta interpretación resulta más fecunda para investigar distintas temáticas vinculadas a la investigación etno-antropológica como la corporeidad, la construcción cultural de lo masculino y femenino, las metáforas rituales y, más en general, la demología sobre los saberes del cuerpo en Europa. Otros estudios vieron en la posesión la evidencia de una crisis, la de la presencia (de Martino, 1973), o de un malestar social muchas veces vinculado a fenómenos de marginación. En estos casos, siguiendo a Lewis (1971), se puede hablar de «posesión periférica», un fenómeno instrumental dirigido a la superación de la condición de subalternidad. Dicha condición se diferencia de la «posesión central» porque no representa la base de un sistema de creencias ni una característica típica de determinadas figuras. Sería entonces por su marginalidad que las mujeres acabarían siendo los sujetos privilegiados de la posesión. La teoría de que el papel del género tenga una peculiar importancia en la explicación de estos fenómenos sigue teniendo sus seguidores, como se evidencia en el reciente trabajo de Erika Bourguignon (2013) que se aproxima al fenómeno desde una perspectiva feminista y lo define como «*an acceptable, and consciously deniable, way to express unconscious, forbidden thoughts and feelings, particularly in situations of social subordination*» (Bourguignon, 2013, p. 558). En este sentido, la condición de poseída representaría una justificación para tener comportamientos y actitudes normalmente no consentidos (desde un punto de vista legal o social) y se convertiría en una forma de gratificación.

Al *Shamanism* y a la *Spirit-possession*, Firth (1967) aunaba la categoría de *Spirit-mediumship*, usando como ejemplo la religión de los tikopia. A través del trance, el médium actuaba de intermediario entre la comunidad y los espíritus, situándose en un limbo entre el chamán, capaz de gobernar el mundo invisible, y el poseído, completamente subyugado por ello. Según de Martino:

⁹⁹ Sobre este tema se puede consultar también Ginzburg (2002).

Per quanto l'esserci possa, nella condizione di trance, recedere, attenuarsi e restringersi, esso tuttavia deve esserci abbastanza per mantenere la trance senza farla precipitare nella possessione incontrollata. L'esserci si intende come «altro», però questo altro non è un assolutamente irrelativo, ma un nuovo membro significativo e funzionante del mondo storico magico. L'equilibrio faticosamente raggiunto è certo e pur sempre un equilibrio instabile (de Martino, 1973 [1948], p. 114).

El trance representa un momento de peligro, en el que la identidad del sujeto se ve amenazada. Tanto como la posesión, el trance ha sido vinculado principalmente a los sujetos femeninos. «Poseída», «tarantata», «bruja», «*sonnambula*» eran todas figuras que, a través, de un estado de trance (o posesión) manifestaban una inestabilidad. Una vez que las persecuciones de las brujas se habían acabado, este desequilibrio pasó a ser asociado a la histeria (Gallini, 1983b). Para el psicólogo Pierre Janet (1889) todos los estados de mediumnidad representaban simplemente un síntoma de esta patología, de la cual fueron «diagnosticadas» muchas mujeres a lo largo del siglo XIX. Janet fue también quien teorizó el fenómeno del desdoblamiento¹⁰⁰ en el sentido patológico, proporcionando una explicación psicológica a estos comportamientos. De acuerdo con su tesis, lo que aparecía durante el trance era simplemente una segunda personalidad subconsciente que, en aquel momento, conseguía dominar al médium.

La asociación poseída-enferma sigue existiendo, pero los trabajos de los últimos treinta o cuarenta años se han centrado en el aspecto social del fenómeno que, dependiendo de los casos, puede relacionarse con la moralidad, la historia, el parentesco, la memoria (Boddy, 1994) o la exclusión social. A pesar de la distinción propuesta por Firth, y pertinente en algunos casos, hay que considerar que muchas veces trance y posesión han sido interpretados como sinónimos para indicar la «entrada» de un ser otro (espíritu, animal) dentro del sujeto.

«Era come se tutto il mio corpo respirasse quest'energia divina»

Il legame spirituale che avevo con Dio, con la Madonna, con Gesù era talmente forte che, a parte sentire proprio questo desiderio di andare in chiesa, nel momento in cui ero in chiesa, venivo come flesbata, ero proprio trasportata dal bisogno di stare lì, e mentre ero in chiesa avevo come la sensazione che tutto il mio corpo fosse, respirasse quest'energia divina. Una cosa strana da dire. Io andavo in chiesa o anche altri punti nella natura particolarmente puliti e sentivo fisicamente l'energia irradiare il mio corpo, non so, sentivo l'energia dell'eucarestia proprio come se fossero raggi, a volte era così forte che sentivo, quasi fisicamente, di essere spinta indietro, come se fosse una pressione fisica, materica, quindi ho detto: «più in grazia di così io non la sono mai stata» perché ero totalmente fusa con la divinità, era un momento di estasi mistica.

En la narración de Catia emerge su manera de vivir la relación con Dios, en un momento en que se sentía particularmente en sintonía con la divinidad. Esta fusión no se presenta

¹⁰⁰ Sobre las teorías del desdoblamiento véase Graus (2014).

aquí como algo meramente intelectual, sino que es perceptible y holística porque involucra a la mente y al cuerpo. Si en Durkheim (1912) lo sagrado emergía a través de la sacralización de la sociedad, Csordas (1994) utiliza la experiencia de los Cristianos Carismáticos para evidenciar como los individuos sacralizan partes de ellos mismos como algo ajeno. Estas formas de experimentar lo sagrado nos llevan hasta la categoría de *radical foreignness* propuesta por Waldenfels (2006) y recuperada por Voss (2011) que permite de expresar la ambivalencia de la experiencia. Por un lado, el contacto con entidades desencarnadas mediante fenómenos como posesión, trance o *channeling* tienen repercusiones sobre el comportamiento del individuo y se presentan como situaciones de peligro y amenaza (como veremos en el caso del exorcismo). Por otro lado, amplían el horizonte del sujeto, dejando espacio a la posibilidad de la existencia de entrar en contacto con un orden diferente.

Esta extrema percepción del divino que Catia experimenta está de alguna forma vinculada a una suerte de fusión que ella instaura no solo con «Dios», sino también con los demás:

A me capita spesso di entrare troppo in empatia, io non so come liberarmi da questa cosa, però è abbastanza frequente che mi arrivi proprio fisicamente la sensazione della persona che soffre, ma non solo a livello fisico, anche a livello mentale, cioè sono distrutta, ma è come se ragionassi nel loro modo, ho poca capacità di creare un circuito di protezione, è una forza e una condanna [...]. La sofferenza mia fisica peggiora assorbendo la sofferenza degli altri.

Quando mi sono fermata per un periodo, mi sentivo molto affaticata quindi ho detto, forse sono «sporca», sono eccessivamente contaminata perché il punto è: tutte le energie con cui lavoriamo riusciamo poi a liberarcene? Riusciamo poi a tornare in equilibrio al punto giusto? La lastra di rame, l'acqua e il sale fanno, cioè ci sono diverse tecniche che fanno da scudi energetici, cioè tutto fa, tutto ti tiene più pulita, ma nel mio caso funziona veramente tutto poco [...]. Per dire l'altro giorno è venuta una ragazza che ha un tumore all'occhio ed io sono stata male due giorni, mi formicolava tantissimo il naso, dopo aver trattato lei, come se mi fosse rimasta una traccia della sua energia, perché l'ho trattata nell'occhio e nel viso, molto, e mi è rimasto questo formicolio che non so come farmi andar via.

La empatía natural, que desde pequeña le ha permitido acercarse a los demás, es el motor principal que ha impulsado su carrera como terapeuta. Sin embargo, si ésta es por un lado una óptima herramienta para acercarse espontáneamente a los demás, al mismo tiempo puede llegar a convertir al terapeuta en un receptáculo de «energías negativas». Con este término Catia se refiere a una especie de substancia física invisible, pero para ella de algún modo tangible, que durante los rituales de sanación se desplaza de un cuerpo a otro y le genera malestares e inquietudes, como una suerte de materialización de la negatividad. A diferencia de Josep, ella no la asocia abiertamente a los espíritus, pero también manifiesta la exigencia de «limpiarse». En este contexto, la agencia de lo invisible (lo podemos llamar energía, mal, espíritus) tiene una repercusión física sobre el cuerpo, una repercusión que puede ser contagiosa. Para superar y prevenir esta condición, usa los que llama «escudos

energéticos», herramientas físicas (sal) o simbólicas (oraciones) que impiden o limitan la acción del mal. Entre estas, emplea una placa de cobre (*lastra di rame*) con toma a tierra, sobre la cual ella se posiciona con los pies durante las terapias. El cobre, siendo un conductor eléctrico, tiene la función de transportar físicamente la energía almacenada que se caracterizaría, una vez más, como sustancia real y no muy lejana a aquel fluido del cual ya nos hablaba Mesmer en el siglo XIX.

Los espíritus como vehículo de memoria y valores

Yo soy médium y he trabajado siempre entrando en trance. Me entra el espíritu de la señora Agustina y me quedo dormido. El cuerpo es el mío, pero las ideas son de Agustina. Yo llamo que venga y la recibo. Lo hago hace tantos años y todo es tan fácil...sin yo concentrarme tanto.

Pero al principio no era tan sencillo:

Me enfadaba muchas veces con ella porque esta mujer se iba de este mundo, quería que me quedara en su sitio y no me quería decir las cosas. Siempre me decía lo mismo: «pregúntaselo a los hermanos» [...] yo quería que me lo dijera ella. Hoy la comprendo porque cuando necesito saber algo lo pregunto y me viene. A ver, no es que te lo digan como yo ahora hablo contigo, me viene en la cabeza lo que te tengo que decir. Por ejemplo, quiero saber a esta hermana [se refiere a mi] con que le puedo calmar el dolor de muela, yo lo pregunto, «me quedo así» y me viene. Me dijeron que te pongas pomada belladona y un trapo caliente y ni sé lo que es. ¿Esto por qué no te lo decía yo un minuto antes? Porque no lo sabía. Soy muy rápido, hay quien está así media hora, yo... es instantáneo. Me viene gente aquí que quiere hablar con ella, pues yo me quedo dormido. También pasa mucha gente por aquí y quieren que le solucione un problema, entonces no hace falta que llame a Agustina, que entre en trance y la gente diga: «¿qué hace este hombre? ¿Se ha vuelto loco?» La gente saldría corriendo. Yo digo: «señora Agustina ayúdame», quizás he cogido yo mucha confianza, pero yo la llamo, quiero que esté aquí conmigo, lo que pasa es que en vez de cerrar los ojos y entrar en trance, me quedo, pero estoy y no estoy. No quedo dormido, pero estoy seguro que estoy en trance y la gente no lo ve.

Mediante estas palabras Josep diferencia dos tipos de trance. La primera la definiré como «trance leve», la usa para ponerse en contacto con los espíritus y recibir sugerencias sobre el tipo de cura a utilizar. Es el caso, por ejemplo, de la belladona que me aconsejó tomar para mi dolor de muelas. Antes de empezar la entrevista le había explicado que llevaba días con una molestia bastante fastidiosa que iba desde la muela del juicio a toda la mejilla, por eso Josep interpeló a los hermanos de luz y, tras algunos segundos, obtuve una respuesta. El otro nivel lo llamaré «trance profundo» y comporta el abandonarse, aunque no de forma total, al espíritu. Esta segunda modalidad la usa principalmente para que las entidades desencarnadas «se vayan a la luz», aprovechando su cuerpo como canal. A nivel técnico coge los pulgares del paciente, se centra y estira para permitir al ser traspasar a su cuerpo. Cuando éste no tiene ninguna intención de irse, se necesita el soporte de una tercera

persona que, mediante determinadas palabras y gestualidades, la impulse a dejar el cuerpo que está ocupando. Otra situación en la que entra en trance profundo es cuando deja a Agustina el gobierno de su cuerpo. Los pacientes buscan este contacto y cuando están ante su presencia aprovechan para hacerle preguntas y expresar sus dudas y preocupaciones. En ambos trances las respuestas o las sugerencias derivan de entidades desencarnadas con las que Josep consiguió instaurar una conexión, pero en el segundo caso hay una participación mucho mayor del médium, tanto a nivel físico como mental. Por esta razón la persona que asiste a este fenómeno tiene que seguir determinadas recomendaciones:

J: ¿Quieres hablar con la señora Agustina?

I: De acuerdo.

J: Para mí hacer entrar ella es más fácil, piensa una cosa: tonterías no, yo quedaré dormido, oirás mi voz porque el cuerpo es el mío, si te lo crees o no te lo crees depende de ti. Lo más fácil es que pienses que me quedo dormido y hago como si fuere en trance, pero es así *yo entro* en trance.

I: ¿Cuánto dura?

J: 15-20 minutos, más no es bueno.

I: ¿Puedes elegir?

J: La persona que tengo aquí tiene que decir: «bueno, hasta otro día» porque yo *perdo el control*, tengo que estar con una persona de mucha confianza que me conozca. Si tú me tienes aquí, tienes que saber que puedo estar en trance 10 minutos. Yo no puedo controlar cuando no estoy, es un misterio. No es un fraude, entras en trance, la *señora Agustina se hace cargo de tu cuerpo*.

I: Vale podemos probar.

J: No cruces las piernas ni los brazos.

I: ¿Por qué?

J: Corta, no puede entrar el ser. Hasta ahora no te he dicho nada, pero cuando tengo que trabajar como médium... Pregúntale lo que quieras, pero no mucho tiempo por favor. Cuando llega siempre le gusta coger la mano, lo digo, si quieres bien, sino... ahora entrará el espíritu.

A diferencia de la posesión, en la que el sujeto frecuentemente actúa de forma desenfrenada y excesiva (véase el ejemplo de *le tarantate*), en el trance se crea una paradoja, es decir, que la pérdida de control está también bajo control. De todas formas, este poder es precario porque está caracterizado por un equilibrio inestable (de Martino, 1948). El médium se vuelve un canal, una herramienta que permite a la entidad existir mediante su cuerpo. El sujeto, aunque pareciera a la merced del espíritu, es como si tuviera la conciencia dormida, cuyo despertarse está vinculado a la intervención de otra persona. En este sentido es fundamental la índole de la entidad. Podría sernos útil retomar la distinción posesión periférica/posesión central de Lewis (1971) mediante la cual no se expresa exclusivamente la dimensión instrumental del fenómeno, sino también una clasificación de los espíritus involucrados. Si los sujetos de las posesiones marginales son seres malvados y, en algunos casos, peligrosos, los de las posesiones centrales están representados por los antepasados o,

en línea general, por figuras vinculadas positivamente a la comunidad. La función protectora, de ayuda y guía de Agustina, así como también su papel de memoria histórica, se acerca principalmente a esta segunda forma de posesión. Su función es central y evidencia algún tipo de paralelismo con el papel que, en los rituales de medicina popular clásica, se asociaban a los santos auxiliares, donde su invocación servía para curar determinadas enfermedades. En el caso de Josep es tanta la confianza en Agustina, que decide intencionalmente entrar en trance sabiendo que ella «se hará cargo de su cuerpo». Siempre siguiendo a Lewis, el binomio estaría relacionado también a una diferencia de género. En particular, la posesión positiva y central estaría vinculada (como siempre) a los hombres y la negativa y periférica a las mujeres. No tengo herramientas suficientes para pronunciarme sobre este tema, pero no creo que sea casualidad que también entre mis informantes todas las experiencias, narraciones y cuentos positivos se vean como sujetos del sexo masculino y los negativos del femenino.

Para entrar en trance Josep recita las siguientes palabras: «Padre a Vós me entrego. Haz de mí vuestra voluntad. Quiero que venga la hermana Agustina». Sucesivamente hace la señal de la cruz, repite la invocación, toma un respiro profundo y «aparece» Agustina.

A: Buenos días hermana.

I: Hola.

A: Que la paz del padre te acompañe hermana, ¿Con quién tengo gusto de hablar? Yo soy la hermana Agustina.

I: Isabella.

A: Eres clienta de la casa.

I: No, soy italiana y estoy haciendo un estudio sobre curanderos en Italia y España.

A: Si te encuentras con un médium todos son iguales, luego hay muchas cosas. Somos seres de luz que entramos y hablamos ¿Que te conviene hermana?

I: ¿Me puedes contar cómo empezaste a ser médium?

A: Yo cuando estaba en la tierra también era médium pues no me encontraba bien, estaba muy delgadita y me casé y mi marido me decía: «no puede ser que no te encuentres nunca bien», me trajo a Zaragoza y allí había una curandera. Ella me dijo: «tienes que dedicarte a curar sino nunca te encontraras bien», yo no quería curar, pero mi marido me empezó a decir que sí que sí, fuimos varios viajes a Zaragoza, me fui entrando en este mundo empecé a visitar, me entró el hermano, era José, que era mi guía, un hermano que se mató, que se iba por Barcelona y tuvo un accidente y se mató. [...] En aquellos tiempos era diferente de ahora, lo curábamos todo, yo más que nada recetabas hierbas, parches con hojas de col, olivo para la circulación, también sacaba a los seres y los males espirituales, teníamos que hacer también de médicos porque no había médicos. El hermano [se refiere a Josep], lo que hace más que nada, son dolores espirituales, pero a mí me venía gente de dolores de barriga, con huesos rotos, se hacía mucho de médico. Se había que coger una pierna rota y ponerle dos cañas, cosa que ahora se pone el yeso. Es muy diferente, hablamos ya de muchísimos años, no había la manera de curar que hay ahora, había muchos pastores que le llamaban, que arreglaban huesos, hombres que sabían de curar las patas de las ovejas y se dedicaban cuando eran mayores a curar personas.

Como me había pedido Josep, hice durar la entrevista unos 20 minutos, a lo largo de los cuales hablamos sobre todo de la vida de Agustina y de su actividad como curandera durante el franquismo. Una vez transcrita nuestra conversación, como investigadora no podía evitar preguntarme cómo interpretar los datos recogidos y cómo interpretar a la misma Agustina ¿Era un informante más? ¿Era un doble de Josep? Tanto las respuestas, como las preguntas en sí pueden parecer paradójicas y surrealistas y es exactamente por esta razón que el giro ontológico y el concepto de *agency* me han parecido una buena herramienta desde las cuales abordarlas. La antropología ontológica y su interpretación del binomio naturaleza/cultura como una comunicación, y no como una separación, impulsa a una nueva relación entre humanos y no humanos. Una relación, encarnada en un posible intercambio, que en el naturalismo occidental ha sido prohibido en honor de la ciencia como única vía (al menos la única que merece la pena ser empleada). Lo que quiero decir es que, aunque la mayoría de los trabajos sobre el giro ontológico se han centrado en universos lejanos y culturalmente muy distintos, también en el mundo occidental se pueden encontrar ejemplos que permiten socavar el binomio y evidenciar una pluralidad de *ways of existence* (Latour, 2013), incluso dentro a una misma sociedad. A pesar de la progresiva desaparición de los fenómenos de trance y posesión en clave «tradicional», como aquellos que aparecían en el mundo rural que describían los folkloristas y los folkloristas médicos de finales del XIX principio del XX (Amades 1969; Pitre 1896; Zanetti 1892; Castillo de Lucas 1958) o los que aparecían en el *mondo magico demartiniano* (de Martino 1948; de Martino 1959), la comunicación y el contacto con los no humanos se sigue buscando. Las terapias espirituales contemporáneas nos proporcionan ejemplos tanto de nuevas técnicas (*channeling*) como antiguas prácticas (mediumnidad, Tarot) recuperadas y readaptadas al contexto actual.

Para que el espíritu pudiese aparecer era necesario que mis piernas y mis brazos no estuviesen cruzados, para permitir el libre fluir de la energía. Como ya me había vaticinado Josep, en el momento de la entrada de Agustina no noté cambios corporales significativos, aparte de que sus ojos permanecieron cerrados durante todo el tiempo y que la tonalidad de su voz era más dulce y suave. El cogerme la mano durante toda la entrevista lo interpreté como una necesidad de instaurar un contacto. La agencia del espíritu no se expresaba solo a través de la corporalidad, sino también mediante el hecho de que Agustina no era simplemente el sujeto de una historia sino también su narrador (Cardoso, 2014). La misma entidad desencarnada ha sido el centro de muchas entrevistas hechas por otra persona desde las cuales ha salido el libro *Els esperits de llum* (Vinuesa, 2004). Aunque el texto

representa la biografía de Josep, él afirma desconocer su contenido porque fue recogido durante sus estados de trance. Cuando me comentó sobre este libro tuve mucha curiosidad y fui inmediatamente a comprarlo, era la última copia en catalán de la librería (las castellanas se habían agotado). El libro es bastante breve, se lee rápidamente y trata de la vida de Josep, de cómo se acercó al mundo de la sanación, del conocimiento de su guía espiritual y de una serie de preguntas existenciales (¿qué pasa después de la muerte?, ¿Existe la reencarnación?, ¿Hay otras formas de vida en el universo?) y bibliográficas que la autora dirige a Agustina. Es muy probable que el libro haya sido distribuido principalmente en la ciudad de origen de Josep (buscando el título por Internet se encuentra solo una página web donde aparece como «no disponible»). Dentro de tal contexto una narración como ésta representa un modo de instaurar un vínculo con la memoria de la comunidad y una forma de crear una aura de misterio detrás de la figura de Josep (ya personaje público y conocido) y de Agustina que, a pesar de su realidad ontológica, se configura como un actor social más.

Rosita tuvo una experiencia similar que me permite brindar otro ejemplo en el cual el *agency* del invisible se presenta bajo la forma de vehículo de memoria, así como de valores:

Te explico un ejemplo mío: encima de mí llevaba un espíritu de una chica que se había hecho un aborto y se había tomado todos los medicamentos para poderlo sacar. Yo no me encontraba bien, de repente un dolor de estómago y me he ido a un curandero que me ayudó mucho, ahora ya no ejerce. Fui allí y llevaba este hermanito, se comunicaba, el curandero le dio luz a los dos (la madre y el hijo que albergan en el cuerpo de Rosita) y ella no dijo nada, pero el niño que llevaba dijo “la que tenía que ser mi madre no me dejó nacer”, todo aquella que se había tomado al pasar por mi materia, me dejó sus residuos, entonces me tuve que tomar las hierbas que este señor mismo me indicó y ya me curé, si hubiese tenido un mal físico no ... yo tenía la sensación que tenía una llaga al estómago, yo no sabía lo que me pasaba.

Tras un fuerte mal de estómago, Rosita se dirigió hacia un curandero que le hizo un tratamiento parecido a los que hace Josep para enviar los espíritus hacia la luz. Las entidades que albergaban en su cuerpo eran la de una mujer embarazada y de su niño que, aunque no había nacido, tenía igualmente alma. A este elemento, ya revelador de una determinada posición relativa al aborto, se añaden las palabras acusatorias del hijo, «mi madre no me dejó nacer», que manifiestan un fuerte juicio moral sobre la conducta negativa de la mujer, cuya actitud tan grave tuvo repercusiones sobre el cuerpo de otra persona. No es casualidad, de hecho, que Rosita tenga dolor de estómago, y no, por ejemplo, de cabeza o de garganta; indica la perenne relación entre vivos y muertos, presente y pasado, cuerpos y almas. En su relato el poder moral no tiene consecuencias simplemente sobre el cuerpo del individuo poseído, sino también sobre un hipotético público. Es de esta forma que

manifiesta su valor social. La memoria intrínseca de esta experiencia contribuye a transmitir una suerte de sistema moral que recuerda al oyente un determinado conjunto de normas y valores y las consecuencias de su transgresión.

El cuerpo como lugar de resistencia: lucha exorcística y posesión espiritual

De Martino afirma «*que il dramma storico della magia inizia con l'angosciosa esperienza di una presenza che non riesce a mantenersi di fronte al mondo*» (de Martino, 1973[1948], p. 141). La «presencia» lucha con fuerza y mediante movimientos paroxísticos y violentos, intentando así resistir y afirmarse. Es a través de los orificios naturales que la «presencia» se puede ir, dejando libre acceso a la entrada de algo más: «cuando hay un enfermo yo pondré las manos encima de él y donde le duele empiezo como a sacar aire, como si eructara, no me puedes engañar en este aspecto que lo noto». Con estas palabras Rosita pone de manifiesto cómo, una vez más, es a través del cuerpo que puede vivirse la experiencia de lo sagrado y de la alteridad. Lo mismo se deduce de las palabras de otra informante que subraya la importancia de los olores y de las sensaciones térmicas: «a lo mejor estamos aquí y percibes un olor muy intenso a incienso o a flores, percibes que están cerca, se manifiestan, hay personas que no lo perciben y gente que está más receptiva o como sensaciones de frío porque las buenas energías son frías, no en sentido desagradable» (Estrella).

Si antes me centré en las formas voluntarias de comunicación con el «más allá», ahora tengo la ocasión de explorar las que, en cambio, son posesiones sufridas, cuya «liberación» se obtiene mediante un exorcismo. Con este término (del griego *exorkízō*), se hace referencia a un conjuro mediante el cual una figura investida de determinado poder emplea formulas, gestos y objetos para alejar un ser sobrenatural del cuerpo de otro. Históricamente estaba relacionado con determinados rituales de purificación que eran necesarios tras el contacto con elementos impuros (sangre, cadáveres). Asimismo, ha sido interpretado como un comportamiento ritual cuya finalidad primaria era la transformación del cuerpo (a través de la sanación) o a él vinculada (a través de la salida de los espíritus) (Destro & Pesce, 2004). Así como el trance, la posesión y el exorcismo han encontrado su espacio también dentro del ámbito psiquiátrico, el DSM-IV y el DSM-V hablan de *dissociative trance disorder*, el exorcista y el psiquiatra hacen una negociación en la cual los «verdaderos» poseídos se dirigen hacia el primero y los «falsos» hacia el segundo (Romano, 2004). De Heusch (1971) diferenció entre el exorcismo y el adorcismo, este último que representa una experiencia positiva, terapéutica y voluntaria. A menudo, ésta coincide con la de los médiums, como en el caso concreto de Josep. Laplantine (1997) propone una

interesante asociación entre medicina alopática/exorcismo y medicina homeopática/adorcismo. En el primer binomio la enfermedad está caracterizada por una invasión externa (microbio, espíritu), mientras que en el segundo la importancia recae en el potenciamiento de las defensas internas, introduciendo la substancia que causa el mal o proporciona el acceso de una entidad que permite el bien. A tal propósito, el trance estaría vinculado al adorcismo y la posesión al exorcismo.

Los que siguen son mis datos de campo recogidos después de haber asistido, de forma totalmente desprevénida e involuntaria, a un exorcismo. La finalidad es mostrar que la lucha con los espíritus se da como un fenómeno profundamente radicado en el cuerpo, así como es también un acto performativo.

En la reunión estaban presentes 10 personas (8 mujeres y 2 hombres) entre los 25 y los 60 años. Josep y su ayudante, Neus, una mujer en sus cuarenta estaban sentados en frente de nosotros [el público] y él había empezado a hablar de las terapias que ejerce, centrándose sobre todo en las que tienen que ver con la energía y la «limpieza a través de los dedos». Después de una media hora de explicaciones puso en práctica la teoría invocando su guía espiritual. Llamó a cada uno de los participantes y les sacó la «mala energía», los hizo sentar en frente de él, los cogió de los pulgares, se concentró y tiró. En ese momento, según su explicación, la «energía-espíritu» se mudaba del paciente a «su camino hacia la luz», pasando a través de Josep. Su actitud corporal variaba de persona a persona, a veces se quedaba como medio dormido y era fácil para Neus recitar las palabras que permitían al espíritu irse de su cuerpo, otras veces se movía, se caía, se volvía agresivo e intentaba morderla. De repente una chica, que llamaré Leticia, empezó a respirar jadeando, como si estuviera enferma, y al cabo de unos segundos tuvo un ataque de llanto de una forma desesperada, parecía muy asustada, se sentía mal físicamente y decía que, aunque no era la primera vez, no sabía qué le estaba pasando. Sentada al lado de ella estaba la madre y una amiga que intentaban tranquilizarla. Según Josep la chica tenía su mismo «don» y estaba destinada a hacer de médium, era este el origen de su malestar. Así invirtió los roles y le hizo probar que sacase la «energía» de los dedos. Una vez empezado el ritual, la chica comenzó a gritar y llorar aún más, esta vez tirándose con fuerza al suelo también. Los otros participantes (incluida yo) se levantaron de las sillas y se hicieron para atrás. Josep y su ayudante intentaron contenerla, pero ella no paraba, entonces cogieron la cruz de Caravaca y se la pusieron en la frente, mientras tanto le tiraron agua bendita, le pusieron la cabeza hacia la derecha y exhortaron al espíritu a irse siguiendo la luz. Después de algunos minutos la chica se tranquilizó y volvió a la normalidad, aunque con mucho cansancio y en evidente estado de *shock*. Y yo me di cuenta que sin querer acababa de asistir a un exorcismo.

Lo que se advierte es que la lucha de Leticia contra la entidad es tan fatigosa y cargante que ella aún no es capaz de gestionarla. Así como el chamán debía aprender a dominar los espíritus, el médium también necesita «practicar su don» para no ser sometido por ese. Crapanzano y Garrison (1977) explican que en los casos de posesión el pasaje entre la enfermedad inicial y la incorporación dentro de un culto está acompañado por un periodo indeterminado de sufrimiento, depresión, alienación y disociación. Esta fase es, según Josep, aquella donde se halla Leticia. Asumir que estas continuas posesiones involuntarias son

inevitables es la única forma para superar la «enfermedad», encaminándose hacia el conocimiento que le permitiría dominar a los espíritus.

La mediumnidad, en algunos casos, puede ser aprendida, aunque la mayoría de los médium poseen esta capacidad de forma innata. En la Galicia de Lisón Tolosana (1979), así como en la Campania de Giovanni Pizzi (2014), estas personas han sido asociadas con la categoría de *corpo aberto* (en gallego) o *corpo aperto* (en italiano). En ambas tradiciones poseer el cuerpo abierto es una característica típicamente femenina e implica estar sujetos al riesgo de dominación por parte de los espíritus. La negatividad no solo puede entrar, sino que también puede salir y contaminar a través, por ejemplo, de la sangre menstrual que tiene que ser rígidamente controlada.¹⁰¹ Franca Romano (2004), por su parte, habla de *corpi in disordine*, un desorden físico representado por los movimientos y la gestualidad exagerada y descoordinada, y un desorden metafórico contrapuesto al orden social, gracias al que quien es ignorante puede hablar en lenguas, quien es débil se vuelve fuerte y quien es sordo comienza a oír.

Lamentablemente no tuve la oportunidad de volver a ver a Leticia. Al terminar la jornada estaba todavía muy turbada, y no me parecía oportuno acercarme para pedirle una entrevista. Más adelante pregunté a Josep si la conocía personalmente, pero me contestó que no. Así que no tuve manera de contactarla. Seguramente hubiera sido interesante profundizar en su experiencia biográfica de sufrimiento causado por estas sensaciones de posesión continuas e incontroladas, pero, aunque no haya sido posible creo que la descripción del contexto permita vislumbrar la importancia de algunos elementos que, a pesar de las razones que viven bajo su condición de poseída (resistencia a una situación, trastorno, crisis de identidad), nos proporcionan igualmente informaciones interesantes. En particular, vale la pena explorar las características teatrales de la performance del exorcismo que ya habían sido evidenciadas por Michel Leiris (1958) en el culto de posesión *zar* o por Alfred Métraux (1955) en el vudú¹⁰² haitiano. Durante estos rituales, los espíritus toman el cuerpo del sujeto que se vuelve la herramienta del Dios. El individuo poseído es como si no tuviera conciencia propia y manifiesta síntomas de tipo psicopatológicos (en aquella época era común equiparar los síntomas de la histeria a los de trance y posesión): una pérdida de control del sistema motriz que comporta convulsiones, movimientos frenéticos y oscilaciones. Menor es la experiencia del sujeto como médium y mayor será la teatralidad

¹⁰¹ Véase Douglas *Pureza y peligro* (1973).

¹⁰² El vudú representa un conjunto de creencias y prácticas religiosas sincréticas difundido principalmente en Brasil, Cuba y Haití. Está compuesto por un conjunto de elementos y creencias originarias del África occidental, que son predominantes, y elementos católicos (Métraux, 1955).

de su performance, porque el dominio de los espíritus será superior. Todos estos elementos coinciden con el exorcismo al cual asistí. Leticia explicaba que esta condición de «posesión» era frecuente y le podía ocurrir en cualquier momento del día, por esta razón tenía mucho miedo de estar sola. Si el chamán domina a los espíritus y el poseído está dominado por ellos, el médium se encuentra en el medio, en una posición liminal que puede variar entre un control sobre las entidades con las cuales contacta y un ser controlado por ellas. En este segundo caso, se convierte en un poseído y necesita de una intervención externa, que puede ser la de una persona (el exorcista) o de un ritual (como el ritual coréutico-musical de *le tarantatè*), para salir de este estado.

Otro rasgo que vale la pena explorar es el papel que encarna Josep durante el exorcismo. Cuando los antropólogos se han interesado por los rituales de posesión en nuestra sociedad (en particular en Italia y España) había una estricta relación con los cultos cristianos-católicos y con el consiguiente papel de los curas. Josep, en cambio, no ha sido investido por ningún cargo eclesiástico, aunque utiliza elementos simbólicos cristianos. La aspersión de agua bendita sobre la poseída así como el recitar oraciones son reconducibles a aquella aversión a lo sagrado que, por la Iglesia, caracteriza las actitudes de quien está influenciado por el demonio (Talamonti, 1998). Josep, sin ser un cura, entra en escena como tal y reproduce lo que efectivamente en el imaginario colectivo se identifica como un exorcismo católico.

«È come se i vermi avessero un'intelligenza propria»: *animales agentes y animales metáfora*

Considerar el cuerpo como sujeto, agente y medio a través del cual se manifiesta la experiencia de la alteridad, no implica la exclusión de antemano de su interpretación como símbolo o metáfora. Creo que ambas explicaciones son válidas y pueden ser complementarias. El cuerpo, de hecho, además de agente es también una entidad socialmente construida y su significado puede ser comprendido solo dentro de su contexto cultural (Fedele & Blanes, 2011). Presentaré a continuación dos narraciones. La primera está contada directamente por Catia y versa sobre un procedimiento terapéutico que ella misma empleó sobre una niña.

Questa è una storia particolare, di una bambina, Sara. Lei è venuta accompagnata dalla sua mamma per tre mesi. L'ultimo mese abbiamo fatto una segnatura a distanza, abbiamo provato perché sono successe delle cose strane. La storia è iniziata in estate, nel senso che questa mamma ha trovato il mio numero sul sito, mi ha detto che la bimba aveva un eritema che le copriva tutto il corpo, proprio problemi di pelle molto gravi, ed era in cura dalla pediatra con cortisone e varie cose e mi ha chiesto informazione sulla segnatura dei vermi e io mi sono un po' informata perché non le avevo ancora fatte.¹⁰³ Dato che abitavano un po' lontano

¹⁰³ Se ha informado poniéndose en contacto con quien le había transmitido *le segnatura*.

da qua e dato che era luglio, mi ha detto: «adesso la porto al mare, mi hanno detto che dovrebbe migliorare con il mare», io le ho detto: «se a settembre ancora non sta bene, ricordati che magari puoi venire, troviamo tre giorni di fila in cui tu possa venire e vieni».

I: Lei ti ha chiesto per i vermi anche se la bimba aveva altri sintomi?

E: La mamma aveva il sospetto che fossero i vermi, proprio intuitivamente, ma non erano stati diagnosticati, però aveva tantissimi problemi alla pelle, era agitatissima, non dormiva di notte ed era piena di questo eritema, ma non solo, non psoriasi, proprio quando uno ha delle escoriazioni della pelle, proprio piena, non so se si chiama eritema, si chiama eczema. Niente, abbiamo avuto questa telefonata un po' lunga, poi dopo non ci siamo più sentite, a settembre questa mamma mi ha richiamato perché io le avevo detto che se voleva fare questa segnatura si doveva ricordare, avevo guardato le lune, e le avevo detto che il 19-20-21 settembre c'era la luna giusta e lei mi ha poi chiamata. Erano andati in Grecia al mare, e la bambina era stata malissimo perché si era coperta con il sole ancora di più e stava proprio male, male, male. È venuta e abbiamo fatto per due mesi la segnatura, però la cosa particolare è stata che era una bambina di 3 anni, molto vivace, molto carina, però quando io ho cominciato a far la segnatura la prima volta era agitatissima. La mamma la teneva, dato che va fatta sul pancino, e quando ho iniziato si è bloccata fermissima e in silenzio ed è rimasta così quei cinque minuti che mi servivano per fare la segnatura, quindi abbiamo detto: «va di lusso» e il giorno successivo è tornata. Quando io ho fatto per avvicinarmi a farle la segnatura ha cominciato a urlare, considera che io non l'avevo neanche toccata. C'è un momento in cui con l'anello devi fare le crocette, ha iniziato a urlare e ci abbiamo messo un'ora di tempo, alla fine con pupazzetti e cose la abbiamo bloccata, però urlava talmente tanto che sembrava che la stessi sgozzando, in realtà eravamo fermissime noi, stavamo aspettando che si calmasse. Era calma, carina, mi veniva anche in spalla, giocava con me, ma appena io facevo il gesto di iniziare la segnatura impazziva, allora siamo rimaste un po'... Non si spiegava, non voleva, ma proprio un no risoluto, comunque gliela abbiamo fatta lo stesso e alla fine se la è lasciata fare. Il terzo giorno è arrivata, dormiva, meno male, cioè nel senso l'ha portata addormentata e quindi ho detto meno male, ho iniziato a fare la segnatura, si è alzata di botto, ha cominciato a piangere, piangere, piangere e non riuscivamo a farla, cioè lei non ce l'aveva con me.

I: ? Aveva paura?

E: Eh lì a me ha fatto riflettere molto, c'era proprio qualcosa, era come una forza interna che la portava a rifiutare questo atto di guarigione, anch'io sinceramente ero un po' turbata, perché non capivo se le stavo facendo del male o se le stavo facendo del bene, perché a volte specie i bambini e gli animali hanno l'istinto così forte che subito capiscono se una cosa è dannosa e quindi non capivo se stavo facendo un danno o qualcosa di buono che la parte malata del suo corpo non accettava, comunque fatto sta che quella volta lì non siamo riuscite a bloccarla e poi bloccarla mi sembrava una cosa violenta. Ho detto alla madre «prova a far una cosa, falle una foto nel pancino e facciamo la segnatura sulla foto», perché avevo letto qualche volta sul sito che si poteva fare anche così e comunque si può fare perché avvengono anche a distanza le segnature, comunque lei era qua quindi abbiamo allargato al massimo la foto e abbiamo fatto questa segnatura, in ogni caso questa bambina ha avuto una febbre violenta dopo le tre segnature, proprio febbre altissima. Adesso non so se era la notte stessa o la successiva, però non aveva sintomi, era asintomatica, cioè non aveva dolore alla gola e dopo questa febbre l'eczema che aveva sulla pancia, perché aveva la pancia tipo a grattugia, ha cominciato a rientrare e ha cominciato a dormire la notte. Ha fatto tre notti dopo quella lì dove ha dormito profondamente e infatti la mamma si chiedeva cosa fosse successo perché proprio ha dormito profondamente e a lungo, dopo probabilmente la bambina aveva proprio i vermi perché da lì a tornare a casa dall'asilo la bambina non voleva più le mutandine dal prurito che aveva, quindi probabilmente c'è stata una migrazione, un'uscita, perché era evidente che la bambina avesse i vermi, perché si grattava, piangeva, quindi c'è stato un grosso miglioramento dopo la segnatura. Molte delle problematiche sono andate via, la bambina ha iniziato a riposare la notte, quindi poi per altri due mesi abbiamo fatto in questo modo, dato che lei mi cercava, ma se la mamma diceva andiamo a fare la segnatura urlava, allora abbiamo fatto per gli altri due mesi successivi la segnatura a distanza, la mamma mi ha mandato una foto in una mail, io proprio l'allargavo a larghezza schermo, la foto della pancia e facevo proprio la segnatura ed eravamo in contatto ogni volta dopo la segnatura e il giorno successivo, quindi io tenevo monitorata la situazione e quindi tutte e tre le volte ha fatto la febbre. Ogni volta stava meglio, il prurito poi ha cominciato a passare perché arrivava a casa dall'asilo, si toglieva le mutande e camminava, cioè voleva stare libera perché aveva fastidio, era tormentata e la terza volta i sintomi ormai erano molto leggeri, era successo sempre qualcosa nel corso delle tre segnature perché la mamma mi scriveva tutto dettagliatamente però diciamo che è andata migliorando. L'ultima volta che le ho sentite Sara stava bene, era molto meno agitata, dormiva la notte, non aveva più problematiche a livello di pelle, però aveva qualche residuo ancora, allora le avevo detto:

«guarda portala da un omeopata magari che con un drenaggio a livello omeopatico riusciamo a aiutarla meglio» e infatti la aveva portata da uno famoso e ha fatto poi tutta una cura omeopatica e quindi l'ultima volta che l'ho sentita, credo per Natale, comunque stava bene la bambina. Dopo, leggendo mi è venuto in mente che a volte gli ossiuri, comunque le cose virali o anche proprio i vermi, è come se avessero un'intelligenza propria, quindi nel momento in cui attaccano un organismo ospite, un bambino, un animale, può essere che inducano la persona o l'animale a ribellarsi alle cure, però guarda se tu avessi visto quella bambina lì capiresti di cosa parlo, perché in realtà lei da una volta all'altra è stata proprio visibilmente meglio. Era come se un'altra volontà non accettasse questo tipo di guarigione. Poi lo ho collegato con un'altra cosa: io avevo fatto la segnatura alla mia gattina, tipo sei mesi prima, sempre per i vermi perché stava male, vomitava non si sapeva bene cosa avesse, aveva sempre queste manifestazioni di prurito alla pelle, si scorticava e ha avuto le stesse, identiche manifestazioni di Sara, ma io ho collegato solo dopo. La prima volta è rimasta immobile, tra l'altro è una gattina terribile, però è rimasta proprio bloccata così, la seconda ho fatto fatica a prenderla perché aveva già memorizzato che cos'era, la terza volta mi ha graffiato, però poi è stata meglio, quindi pensando proprio a meccanismi semplici, che non è un adulto che sa che deve fare una cosa e la fa, pensando ai meccanismi difensivi di una bambina piccola e a un animale, entrambe hanno avuto la stessa reazione. Poi avevo letto qualcosa che riguardava proprio il comportamento dei parassiti, su un libro di Theta Healing¹⁰⁴ che parla di guarigioni da disordini e malattie, aspetta, beh qua magari è una cosa un po' strana se tu non sei su questa lunghezza d'onda. Dice: «il guaritore deve riconoscere che la persona infestata dai parassiti è influenzata oltre al livello fisico, i parassiti sono attratti dai nostri processi mentali che ostacolano la crescita a tutti i livelli, una volta impiantati nel nostro corpo ci trasmettono dei sentimenti per assicurarsi la sopravvivenza, in particolare quando muoiono durante la fase di eliminazione».

El segundo texto es una reelaboración de mis notas de campo¹⁰⁵ tras recibir un tratamiento por parte de Catia:

Rividi Catia dopo quasi un anno, nel frattempo lei si era sposata e aveva aperto la partita iva come libera professionista. I primi 45 minuti le raccontai le mie ultime preoccupazioni, focalizzate soprattutto sulla mia vita personale e di coppia. Per quanto le previsioni non mi fossero mai piaciute, mi sentivo vittima di un contesto nel quale è difficile avere una vita un minimo organizzata e prevedibile. Catia mi ascoltava, commentava, e cercava di farmi capire che dovevo prendermi del tempo, non mi giudicava e non mi faceva sentire in errore. L'ho sempre vista come una via di mezzo tra una psicologa e un'amica, per alcuni versi una guida. Tuttavia, scorgevo anche una sorta di equilibrio e parità tra di noi, forse perché durante le interviste pure io ascoltavo le sue perplessità e turbamenti. Finita la conversazione, mi fece sdraiare sul lettino, dicendomi che avrebbe proceduto a una pulizia dei chakra anteriori e posteriori. Mi suggerì di appoggiare la lingua al palato e di tenere le mani rivolte verso l'alto. Nel frattempo, lei si dispose di fianco a me con gli occhi chiusi, faceva dei movimenti con le mani per tastare la mia energia, come se stesse misurando qualcosa, rimanendo a un'altezza di circa 50 cm dal mio corpo. Fin da subito sentii scorrere una corrente attraverso braccia e gambe e, queste ultime, iniziarono ad avere piccoli spasmi. Quando si soffermò sul chakra sex, così era come lei lo chiamava, iniziò a farmi male l'ovaia destra, un dolore interno, acuto e intenso che passò quando finì la terapia. Mi disse che avevo alcuni chakra particolarmente bloccati, in particolare il chakra sex, il chakra cuore anteriore, il chakra minore gola e un altro. Aggiunse, inoltre, che il chakra sex era quello più sporco, come se fossi stata contagiata da energie negative, e che anche il cuore era saturo e non mi permetteva di esprimere quello che realmente pensavo, per questo avevo anche la gola bloccata. Nella seconda fase mi pulì «tirando» l'energia negativa dentro a una bacinella con acqua e sale grosso. Dopo un po' ci accorgemmo che nel recipiente c'era qualcosa di strano: il sale si era rappreso e aveva formato un filamento, che in una delle estremità era marrone, come se fosse sporco. Quando lo notammo, si trovava sul fondo della bacinella, parallelo al sale, però dopo qualche minuto iniziò a disporsi perpendicolarmente a esso e a galleggiare sull'acqua. Catia mi disse che le era successo solo un'altra volta, in quell'occasione aveva ritrovato il sale sparso sui lati del contenitore, come se fosse schizzato. Mi chiese cosa vedessi nel filamento e le dissi che mi sembrava un verme e che era anche un po' fallico. Anche lei era d'accordo, aggiunse che il fatto che fosse sporco da un lato (o macchiato), sembrava indicare che quella fosse

¹⁰⁴ Véase capítulo 6.

¹⁰⁵ Preferí dejarlas en italiano porque son parte de mi diario de campo.

la testa e che fosse una sorta di organismo pensante. Catia riconduceva il tutto all'energia negativa che aveva percepito nel mio chakra del sesso. Una volta ripuliti i chakra li «riempí» di energia, in particolare si soffermò a lungo sul chakra del cuore, che era quello con meno energia.

Es evidente que el elemento de principal contacto entre las dos narrativas es la relación *verme*/posesión. En el primer texto, la madre de Sara, sospechando que la niña sufre de parásitos intestinales la lleva a casa de Catia para la *segnatura*. Después de la primera sesión en la que la niña se muestra dócil y dispuesta a aceptar el tratamiento, Sara se niega al toque de Catia de una forma excesiva y violenta, tanto que las mujeres deciden continuar la terapia a distancia. La interpretación de la terapeuta es que los parásitos, manifestando una suerte de «inteligencia propia», se rebelan a los tratamientos causando una reacción exagerada en el cuerpo que están albergando o, mejor dicho, que están poseyendo. El animal, esta vez, y no el espíritu, domina al individuo, ejerce un poder que repercute en las actitudes del sujeto; no solo es autónomo, sino que incluso «resiste» y se presenta como agente. La reacción paroxística de *le tarantate* había sido interpretada como una lucha para el *esserci*, una forma de evasión del sufrimiento y la precariedad cotidiana, pero ¿cómo podemos descifrar esta reacción paroxística en el cuerpo de una niña?

En el segundo ejemplo, en cambio, mediante mis notas de campo, presento una terapia de reequilibrio energético. Durante los tratamientos de este tipo, Catia suele poner un recipiente con agua y sal a los pies de la cama donde, mediante la apertura y el cierre de los dedos de la mano, «lanza» la energía negativa absorbida. La gestualidad simbólica recuerda un poco el movimiento que en el imaginario colectivo hacían brujas y magos para lanzar un hechizo. En un momento dado, Catia nota una extraña materialización dentro del recipiente, según mi interpretación espontánea ésta tenía las semejanzas de un gusano que evocaba inevitablemente un simbolismo fálico. Al mismo tiempo, es cierto que esta interpretación podía haber sido impulsada justamente por la descripción que Catia acababa de hacer sobre mi *chakra sex* que definió «sucio y bloqueado». A tal propósito, me resulta difícil no pensar en las metáforas simbólicas asociadas a la corporeidad femenina. En la imagen del *utero-ragno* (útero-araña) y del *utero-rospo* (útero-sapo)¹⁰⁶ la salida del animal del cuerpo de la mujer causaba la enfermedad (así como su entrada permitía la cura), mientras que en mi caso la materialización del gusano que albergaba en mi útero, y que a través de la

¹⁰⁶ En precedencia la tarántula había sido interpretada principalmente desde el punto de vista de la identificación mujer-araña llevada a cabo mediante el baile y la actuación mímico-dramática de la *tarantata* (Lanternari, 1994). En el material etnográfico recogido por Giovanni Pizza (2014) la araña proporciona algunos elementos útiles para releer el fenómeno del *tarantismo* en clave de posesión europea. Recuperando a Ginzburg (2008), el antropólogo campano afirma que un carácter distintivo de las brujas estaba representado por la evasión de animales desde la boca o desde el sexo, elemento que se halla en el *tarantismo* así como en las epidemias coréuticas de San Vito (en este caso el animal en cuestión es el sapo).

acción de Catia ha sido transportado al exterior, representa el primer paso hacia la sanación. El malestar, o parte de este, había sido causado por el contacto con el sexo masculino responsable de contagiar un cuerpo (abierto) en perenne peligro por sus intrínsecas características. Ahora, aunque la banal asociación del gusano-pene puede haber sido inducida por el discurso de Catia, no puede negarse que representa una evidencia de los juicios morales vinculados a la sexualidad de las mujeres. Esta herencia del moralismo católico aún existe en la Italia de los años dos mil (así como en España) y se conjuga perfectamente con toda una serie de normas restrictivas en la base de las CAM en las cuales profundizaremos más adelante.

Autoetnografía de un «masso sul cuore»

En mayo de 2014, tras de un periodo de trabajo de campo en Cataluña, me puse de nuevo en contacto con Catia para hacerle una tercera entrevista. Esta vez fuimos directas a su despacho, *«il centro del suo cuore»*, como ella lo define, la parte de la casa destinada a las terapias. Era un pequeño cuarto con el techo rosa, las paredes verdes claro y una camilla con 5 o 6 almohadas encima y una manta, siempre de los mismos colores pastel. Había también un escritorio con dos sillas y un cuadro de Klimt muy conocido colgado atrás - buscando he descubierto que se trata de «la joven»-. Unos carteles enmarcados sobre los meridianos energéticos llenaban las paredes del cuarto y ayudaban a Catia durante los tratamientos. Estaban presentes también por lo menos tres pequeñas estanterías ocupadas por libros y objetos ligados al mundo de la espiritualidad, del catolicismo, de las terapias naturales (haditas, angelitos, incienso, imágenes religiosas, aceites corporales, piedras, conchas y plantas). El ambiente trasmitía armonía y serenidad. Nos sentamos una frente a la otra y fue entonces cuando me preguntó:

- ¿Qué te pasa?

Y yo, que siempre he mentido muy mal, traté de cortar la conversación con algunas frases circunstanciales:

- Nada, estoy un poco cansada, todo bien, un poco de estrés.

Me siguió mirando y me dijo que después de un año sin verme, al entrar en el cuarto, le había transmitido una sensación de ahogamiento que describió como *un masso sul cuore* (una piedra sobre el corazón). Empecé a explicarle que era un momento difícil a nivel laboral, me había inscrito hacía un año y medio a un doctorado en España, pero no tenía beca y las posibilidades de tenerla eran muy escasas. Vivía en esta incertidumbre típica de una generación, la mía, a la cual la crisis financiera del 2008 había afectado profundamente. En

mi caso, la inseguridad laboral se ampliaba ya que con mi carrera en antropología no sabía qué trabajo buscar, ni dónde buscarlo (fuera del ámbito académico). El tema de mi tesis doctoral me entusiasmaba, así como vivir en Tarragona, pero estar allí manteniéndome con los pocos ahorros que tenía y con el dinero de mis padres me causaba muchas contradicciones. Tenía veintiocho años y todavía no había trabajado nunca de forma permanente, solo clases particulares, algunos meses de camarera y las aburridas temporadas de azafata en supermercados. Al principio pensaba que podía ser autosuficiente y acabar el doctorado gracias a otro trabajo, pero entre mi penoso curriculum laboral, mi inseguridad, mi espíritu empresarial totalmente ausente y la situación económica de los dos países donde vivía, tras de haber «tirado curriculum» y haber postulado a todas las becas imaginables, llegó un momento en que me desanimé totalmente.

Pensé en un libro de Sennet (2008) que había leído hacía poco donde el autor explicitaba tres desafíos contra los que el hombre contemporáneo (en su versión ideal) se tenía que enfrentar. El primero estaba relacionado con la velocidad del tiempo y la capacidad continua de improvisar durante el curso de la vida; el segundo derivaba del talento entendido como desarrollo continuo de nuevas habilidades; el tercero tenía que ver con la renuncia y el desprenderse del pasado. Por lo que a mí concierne, no me identificaba para nada con este perfil de mujer ideal. En cambio, me sentía frustrada y decepcionada, veía a mis padres seriamente preocupados y esto no hacía que empeorar la situación. Aunque con una beca pre-doctoral mi vida académica hubiera seguido incierta, por lo menos me habría ayudado a explicar, a mí misma y a mis padres, que pasar muchas horas sentada leyendo y escribiendo delante de un ordenador se podía considerar un trabajo. El problema principal no era el dinero en sí, y creo que esto por un lado agravó la situación. Viniendo de una «familia bien» solo me había sentido parcialmente obligada a trabajar durante los años universitarios. El problema real era que sentía culpa por tener la suerte de mi condición económica y creía no merecerla.

Durante toda la conversación había tenido sensaciones ambiguas, Catia era una persona amable, empática y dulce, pero al mismo tiempo decía las cosas con decisión y determinación, a veces me parecía como la dueña de una verdad que yo todavía no había logrado entender. Mientras le explicaba que ya no sabía qué más hacer, y que, aunque intentara animarme las cosas no parecían mejorar, me contestaba que mi energía no era positiva y que era lógico que la situación no mejorara. Lo que se leía entre líneas, y que también confirmaba la teoría de Bauman, era que «la nuestra es una versión privatizada de la modernidad, una modernidad líquida en la que la responsabilidad del fracaso cae

primordialmente sobre un individuo» (Bauman, 2013: 13) que, en este caso, era yo. No había hecho lo suficiente para encontrar una beca o un trabajo, pero no desde un punto de vista práctico, sino emocional-energético. El peso de la culpabilidad no mejoró la situación, de hecho, me irritó, era como si todo dependiese de mí, como si el entorno social y las condiciones socio-económicas y políticas no tuviesen importancia. Esta sensación me hizo acordar a Wilhelm Reich (1948) cuando definía el cáncer como una enfermedad que nace de la represión emocional y en particular de lo que llama el «encogimiento biopático»¹⁰⁷ y a Susan Sontag que, criticándole, sostenía que «las teorías psicológicas de la enfermedad son maneras poderosísimas de culpabilizar al paciente porque a quien se le explica que sin querer ha causado su enfermedad, se le está diciendo también que se la merece» (Sontag, 1989: 87). Dentro de esta visión de la realidad, el individuo se convierte en «Dios», pero al mismo tiempo tiene que someterse a unas normas de comportamiento. Este aspecto (y no solo) une las CAM al mundo de las terapias *New Age*, ya que en ambas se revela un «empoderamiento de pacientes y creyentes, que pasan a convertirse en agentes activos de sus procesos de curación o de salvación de una forma más efectiva de la que se ha dado antes» (Cornejo Valle & Blázquez Rodríguez, 2013: 22).

Toda esta situación había llegado a su clímax cuando mi cuerpo y mi cabeza se aliaron contra mí y empezaron a dar claras señales de hundimiento. Tenía una sensación de ansiedad constante y el dolor de estómago, que desde hace muchos años aparecía de vez en cuando, se había intensificado a casi cada día. Era un malestar al cual no había dado nunca mucha importancia, a pesar de que desde hace unos quince años tengo recuerdos de él. Al principio me pasaba raramente, con el tiempo se había hecho más frecuente, pero seguía sin darle mucho peso. Cuando ocurría, normalmente me tumbaba boca abajo en la cama y media hora más tarde me sentía mejor. Entre mis estrategias de auto-atención (Menéndez, 1981), estaba tomar infusiones, pero sin grandes resultados. Una vez, en un bar, pedí un té. Eran las once de la noche y el camarero, después de mirarme como si fuera una loca, me negó la petición y, en cambio, me trajo un chupito de tequila. Milagrosamente se me pasó en seguida. Desde entonces, cuando estaba fuera de casa y no podía tumbarme, éste se volvió mi primer remedio para el mal de estómago. Lo utilicé en distintas ocasiones. Probablemente su eficacia dependía del efecto placebo, así como el mal de estómago dependía (o era agravado por) el estrés, pero nunca me puse a investigar: funcionaba y esto era suficiente, hasta que la situación empeoró volviéndose inmanejable. Ya no la sabía

¹⁰⁷ En el caso del cáncer, con encogimiento biopático Reich se refiere a «la consecuencia de una contracción crónica, gradual del aparato autónomo vital» (Reich, 1948: 158) haciendo hincapié sobre la relación entre las perturbaciones de la descarga de la energía sexual y el cáncer.

gestionar. Primero porque el dolor había aumentado de frecuencia y duración y, segundo, porque mi chupito de tequila ya no hacía efecto, además de no parecerme muy saludable como terapia de rutina. Algunos meses después llegué a la conclusión de que tenía gastritis crónica y empecé a tomar medicamentos, pero en aquel momento todavía no me había atrevido a formular una diagnosis ni a hablar con nadie que la formulara; seguía esperando que me volviese a aparecer de vez en cuando, como antaño. Era un momento de particular estrés e incertidumbre y ya no sabía muy bien cómo gobernarlo. Pensé en cómo los cuerpos sociales (Douglas, 1979) llevan la imagen de la sociedad dentro de uno mismo, y como en los cuerpos políticos la «*illness somatization has become a dominant metaphor for expressing individual and social complaints*» (Scheper-Hughes & Lock, 1987: 27). Asimismo, me acordé de la noción de «redes semánticas» acuñada por Good (2006[1977]) y empleada para explicar el *heart distress*, un conjunto de ansiedades, angustias y malestares sufrido por las mujeres iraníes de Maragheh. Tal condición prolongada de sufrimiento puede surgir a causa de muchas variables, algunas específicas (anemia, pastilla contraceptiva, embarazo) y otras generales (tristeza y preocupación causadas por distintas circunstancias de la vida). La expresión *heart distress* se usa indistintamente para designar la enfermedad, los síntomas o la causa. Siendo considerada como una patología, el tratamiento consiste en la asunción de medicamentos. Frente a la limitación de la lectura biomédica de la enfermedad, Good opina que la red semántica pueda ser una válida alternativa hermenéutica capaz de arrojar luz sobre los símbolos, situaciones, sentimientos y tensiones del contexto social y de la vida cotidiana. Este análisis profundizado de la experiencia de la aflicción podría ser un instrumento útil para resolver mi *masso sul cuore*, una *illness* que también a nivel semántico tenía correlaciones con el *heart distress* iraní.

Me encontraba en un momento delicado y difícil, agravado por el sentimiento de frustración general y de impotencia que se percibía entre mi generación, una impotencia asfixiante. El haber nacido y crecido con todas las comodidades (la mayoría innecesarias), haber creído tener las mismas posibilidades que nuestros padres, en cuanto hija de la clase media, e, incluso, de superarlas, nos había convertido en una generación totalmente incapaz de manejar la crisis económica del 2008. La inseguridad laboral había aumentado muchísimo y por esto «los parados y los trabajadores precarios estaban afectados en su capacidad de proyectarse hacia el futuro [...] porque para cambiar el futuro había que tener un mínimo de control sobre el presente» (Bourdieu, 2003: 122-123), control que estaba desapareciendo. Me veía rodeada de gente cuyas ganas de luchar se hacían cada día más débiles, muchas veces simplemente se rendían a un trabajo mecánico y alienante, otras

quedaban aniquiladas. Durante toda la vida se pasan muchas horas trabajando, por esto siempre me pareció lógico aprovechar este tiempo intentando hacer algo que me gustase o apasionase, aunque soy consciente que puede ser un pensamiento ingenuo y burgués. Siempre había visto el trabajo como un aspecto importante de la existencia, nunca como una mera forma de sobrevivir. Muchas de las personas que conocía se encontraban en mis mismas circunstancias, pero no sufrían tanto como yo -o por lo menos esto era lo que a mí me parecía-. Pensaban que podían encontrar su satisfacción fuera del horario laboral, pero después de un tiempo la frustración se hacía demasiado grande y se daban cuenta que así no podían seguir. Durkheim (1897) explicó estos contextos, muchos derivados justamente de las crisis económicas, con el concepto de «anomia» (literalmente ausencia de normas), una realidad donde los individuos no logran adaptarse a la nueva situación y se sienten impotentes. Según el sociólogo francés existen diferentes tipos de anomia (económica, doméstica, conyugal), pero de todos ellos «resulta un estado de perturbación, de agitación y de descontento» (Durkheim, 1998: 295) que, en las situaciones más graves, puede llevar al suicidio, definido como «suicidio anómico». El problema general de la anomia era el no estar preparados para la nueva situación, no saber reaccionar, no ser capaces de gestionar o crear nuevas normas y formas de organizarse, convirtiéndose así en un inepto para la vida, un «Zeno Cosini»¹⁰⁸ de los años dos mil.

Explicada brevemente mi condición a Catia, intenté no monopolizar la conversación y decidí, por interés personal y de la investigación, vernos otro día para que me hiciera una de sus terapias. Pensé que esto me serviría para entender mejor su mundo y, quizás, tendría algún efecto positivo sobre mi situación. Catia me explicó que hacían falta por lo menos tres sesiones para reequilibrar mis energías; yo le dije que me iba bien, aunque en ese momento no entendí exactamente a qué se refería. Aproximadamente una semana más tarde fui a su casa para la primera sesión que empezó con media hora de monólogo sobre mí y mis problemas de salud. Para ayudarse en el análisis, Catia escribió unos apuntes, que me dejó amablemente utilizar para realizar el análisis (véase figura 40). En ellos se evidencian mis patologías, malestares y algunas características de mi carácter. Su visión *emic* de mi caso se percibe por distintas notas, entre ellas, la vinculada con la motivación de la terapia, una frustración advertida como *masso sul cuore/plesso solare* (piedra sobre el corazón/plexo solar). A través de sus apuntes y mi diario de campo pude reconstruir el día de la terapia. Para hacer el diagnóstico de mi caso utilizó como base la teoría china de los

¹⁰⁸ Zeno Cosini es el protagonista del libro *La coscienza di Zeno* (Svevo, 1923), un clásico de la literatura italiana. Representa el inepto por excelencia, un personaje que nunca será capaz de vivir serenamente, a pesar de los acontecimientos de su vida.

cinco elementos, descrita originariamente en los *Ching*.¹⁰⁹ Los filósofos chinos clasificaron cada cosa de este mundo según los elementos primarios: *legno* (madera), *fuoco* (fuego), *terra* (tierra), *metallo* (metal) y *acqua* (agua) que representan distintos estadios de fuerza. La doctrina tiene su fundamento en el equilibrio de los principios opuestos y complementarios del Yin y del Yang. A cada uno de estos elementos se asocian diferentes órganos:

- Madera (hígado y músculos)
- Fuego (corazón y capilares)
- Tierra (bazo y tejidos)
- Metal (pulmones y piel)
- Agua (riñones y huesos)

Durante el encuentro, Catia me hizo muchas preguntas sobre mis problemas físicos, pero también hablamos de mi personalidad y de mis emociones. En la segunda parte me sugirió tumbarme en la camilla y me pasó las manos sobre el cuerpo, con los ojos cerrados y a unos 10 centímetros de distancia. La sensación fue la de un flujo de energía en el cuerpo y, sobre todo, en el estómago, que empezó a hacer ruido. No dolía ni molestaba, eran simplemente unos pequeños escalofríos que llegaban desde adentro. En seguida empezó con la digitopresión¹¹⁰ en los pulgares y en los tobillos que, en mi caso, siempre han sido las zonas más frías y con menos energía. Me preguntó cómo estaba y qué sensaciones aparecieron durante la terapia; le expliqué que me estaba relajando y que noté unos movimientos internos en el cuerpo. Pasó a la cabeza, noté un calor repentino y ella, en seguida, volvió a la digitopresión. Añadió a todo esto otro tratamiento hecho a través de las flores de Bach.

Mientras seguía tumbada en la camilla cogió el biotensor y comprobó si había flores compatibles con mi energía en aquel momento. Las flores estaban simbolizadas por 38 cartas que me colocó sobre la barriga. Catia me explicó que, según Bach, el origen de la aflicción está en nuestra esencia. La enfermedad aparece cuando nuestra alma y nuestra personalidad se alejan entre ellas y asumimos comportamientos distintos de lo que por naturaleza seríamos propensos a seguir. Las flores, mediante su *energia guaritrice vibrazionale* (energía sanadora vibracional), permiten al cuerpo sintonizarse en esta nueva vibración y

¹⁰⁹ Entre los textos que Catia ha utilizado para aprender la doctrina de lo cinco elementos me ha señalado *Il medico di se stesso* (Muramoto, 2007).

¹¹⁰ La digitopresión es un micro-masaje que se hace a través de la presión de una parte de la mano (dedo, nudillo, palma) o del codo. El masaje sirve para que la energía pueda fluir tranquilamente a través de los llamados «meridianos» del cuerpo (Brigo, 2006).

realinear personalidad y alma. Cada flor tiene unas características y finalidades determinadas.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de Teléfono:
Motivo →	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Frustración que advierte como <i>masso sul cuore/plesso solare</i></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Observadora Buena escuchando Dificultades en las amistades femeninas</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Dolor grande por la pérdida de una amistad debida a diferencias de carácter «<i>sfiggere al mio controllo</i>» (escaparse de mi control)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">T = Problemas de digestión (no digiere todo). Dolor al estómago que se manifiesta como una <i>fitta</i> (pinchazo) que se le quita con un chupito que produce calor Glucemia ok Regla abundante. Durante <i>sono piú affettuosa</i> (soy más cariñosa) Resfriado</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">M = Asma alérgico, en verano tos nocturna</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">A = Prefiere la noche al día, despertar difícil No cistitis. Pipí frecuente y escaso Bebe poco</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">L = Enfadados rápidos, intensos con los padres y la pareja</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">F = Fiebres repetidas sobre los 38/38.5 Sabe divertirse Presión tal vez baja</div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Listado flores que me ha dado</div>	

Figura 40. Ejemplo ficha paciente (con mis datos).

A través del biotensor, Catia evaluó si había alguna flor compatible conmigo, en particular, compatible con mi energía del momento. Durante este proceso tuve que quedarme tumbada con las cartas apoyadas en el abdomen y relajarme. Mientras tanto, ella sujetaba el biotensor encima de ellas y observaba sus oscilaciones. Cuando se movía de forma horizontal significaba que no había compatibilidad, porque la energía estaba bloqueada y no podía fluir, en cambio, cuando se movía verticalmente implicaba una conexión. Catia comenzó a pasar las cartas y encontró cuatro flores en armonía conmigo. Cada una tenía un propósito bien determinado:

- La primera servía para dirigirme hacia el camino correcto, encauzándome en una dirección específica
- La segunda se relacionaba con el corazón y las desilusiones afectivas

- La tercera se conectaba con un vacío en el corazón y con la soledad
- La cuarta servía para reforzar la autoestima

Antes de poner las flores directamente encima del cuerpo, Catia me preguntó si notaba alguna sensación especial (energía, picazón, dolor, escalofrío) en zonas concretas. Le dije que advertía algo en el estómago y ella puso unas gotas allí. Después se detuvo unos segundos, esperó a que yo le tradujera lo que mi cuerpo me estaba comunicando, en particular si la sensación de escalofrío, picor, energía o lo que fuese se trasladara a otra área. Ella siguió echando nuevas gotas hasta que le dije que no sentía nada más. No fui muy receptiva a la primera, segunda y cuarta flor, no noté casi nada, solo percibí unos pequeños ruidos salir de mi estómago, mientras que con la tercera empecé a tener escozor en diferentes partes del cuerpo. Al final me descargó toda la energía acumulada a través de la cabeza y del busto. Me hizo sentar en la camilla con las piernas colgando, empezó a hacer unos gestos con las manos (siempre sin tocarme directamente) como si estuviese quitando algo. Comenzó en la cabeza, sentí que esta parte del cuerpo me estaba pesando muchísimo. Sucesivamente, bajó hacia el torso y al final «danzó» la energía hacia el espacio, alejándola de mí. Éste fue el momento más receptivo, noté una corriente energética fuerte y unos escalofríos. Me sentía cansada y tenía un poco de náuseas. Para que me recuperara, Catia me preparó agua caliente con *citronella* y limón. Me dijo que era normal que me encontrase fatigada y que también podía llegar a tener algunas décimas de fiebre. En este caso no tenía que preocuparme y debía escuchar a mi cuerpo sin forzarlo. El tratamiento duró una hora y quince minutos, más la media hora de conversación previa.

Luego pensé en las sensaciones que me había transmitido, sobre todo en la parte final cuando el fluir de la energía era más perceptible. Reflexioné sobre cómo estas terapias intentan resolver malestares, no necesariamente físicos, con tratamientos empíricos. Aquí no se está hablando de tener fe en algo (aunque tu actitud hacia la sanación es fundamental), se está hablando de energía y de cómo el equilibrio energético puede cambiar aspectos concretos de la vida. Con las medicinas alternativas se vence el dualismo cartesiano y se encamina hacia el holismo, se utiliza el cuerpo como herramienta para resolver ya sean los problemas físicos (el mal de estómago) como los personales y emocionales (la frustración laboral). Superando la dicotomía, estas terapias van más allá de un simple análisis clínico, fijándose en la totalidad de la persona. En definitiva, se centran en el *mindful body* (Scheper-Hughes & Lock, 1987) y en la integración entre cuerpo físico, social y político. A través de mi experiencia (y no solo) pude comprender la razón de la expansión de las medicinas alternativas en Occidente. En primer lugar, esta difusión depende de las sensaciones

experimentadas durante el tratamiento; sensaciones de cariño, de protección, de cuidado y de relajación. No en vano Mary Douglas (1994) las define como las *gentleness therapies*, porque en las CAM no hay violencia sobre el cuerpo y no hay invasión de la privacidad. A esto se añade un segundo aspecto ligado a la primera parte de la terapia, la de la escucha, el momento en que el terapeuta actúa un poco de psicólogo y un poco de sacerdote. Esta combinación entre mirada etnográfica y mirada clínica por parte de los médicos se perdió en la primera mitad del siglo XX. Desde entonces, la marcada diferenciación entre enfermedades de la mente y del cuerpo, y la falta de distinción entre *illness* y *disease* (Kleinman, 1980), se ha enraizado profundamente en la concepción occidental de la enfermedad. Estos dos aspectos tienen relación con mi experiencia auto-etnográfica y las sensaciones que he experimentado durante el tratamiento. Por otro lado, se pueden añadir distintas explicaciones, forjadas por los investigadores sociales, relacionadas con las medicinas alternativas y su difusión dentro del mundo capitalista. Estas terapias se adaptan y se nutren propiamente de este sistema, de un modelo de sociedad individualista «cuadrícula débil»¹¹¹ (Douglas, 1988), porque «los individuos buscan estrategias para distinguirse allí donde hay muchas posibilidades de elección y donde prolifera la multitud de perspectivas»¹¹² (Dei, 2012, p. 172) En este contexto, el pluralismo médico logra mucha más difusión que en una sociedad a cuadrícula fuerte, pero como veremos en los próximos capítulos no está exento de nuevos riesgos y peligros.

Cuando las terapias tienen género y éste es femenino

Un último aspecto que merece una cierta atención tiene que ver con los pacientes de mis informantes. En particular me interesa saber si hay un colectivo especial de personas que usan estas terapias, qué tipo de relación se instaura con ellos, si y cómo se promocionan, para llegar a revelar cuál es, actualmente, el papel del sanador/terapeuta en nuestra sociedad.

Uno de los mayores éxitos de Josep recae en la relación con sus pacientes, en su forma de escuchar sus problemáticas y dudas, de tranquilizarlos, en el clima de confianza, así como en el poder simbólico que encarna. Como ya Menéndez vislumbraba hace veinte años, «la mayoría de las actividades llevadas a cabo por curanderos no son solo hechos

¹¹¹ Con el término cuadrícula Mary Douglas se refiere a una determinada dimensión social en la que se halla el individuo. Cuando la cuadrícula es fuerte hay un control mayor sobre los rituales, las conductas de los individuos y una valoración positiva de las manifestaciones externas de la vida. Cuando es débil, en cambio, se produce un esquema que permite afirmar los valores espirituales.

¹¹² Traducción propia del original en italiano.

técnicos, sino hechos sociales más allá que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales» (Menéndez, 1994, p. 72). El papel de Josep es importante para su comunidad, que no es muy distinta de una «comunidad de fieles». En Reus, una ciudad de alrededor 100.000 habitantes, Josep es muy conocido y, por un determinado sector de la población, también muy reconocido. Más allá de la continuidad con la cual ejerce su «trabajo» hace treinta años, fueron también los medios de comunicación los que tuvieron un papel importante en su conversión en «personaje público». En concreto, me refiero al libro, precedentemente citado, sobre su experiencia como médium, a algunos artículos aparecidos en los periódicos locales y a su participación en transmisiones por Internet.¹¹³

Dada la heterogeneidad de rituales y tratamientos, Josep se ocupa de muchas aflicciones y malestares, tanto de origen físico como espiritual o emocional. Nunca ha exigido dinero a cambio de ellos, pero siempre ha aceptado «la voluntad», una forma de recompensa que varía según el paciente (regalos, comida, dinero) y que recae dentro del principio de reciprocidad, fundamental en las relaciones de intercambios de la cual nos hablaba Mauss (1925). Asimismo, Catia ejerce los rituales de medicina popular a título gratuito, si el paciente quiere ofrecer un homenaje, que no sea dinero, como un pequeño regalo, ella está dispuesta a aceptarlo en nombre del respeto a la persona. Aunque el «don» de Josep y Catia no son de naturaleza material, generan igualmente la necesidad de devolver el «bien» recibido, restableciendo así el equilibrio perdido. En caso que sus pacientes le pregunten qué pueden hacer a cambio, les aconseja de rezar por alguien o hacer una obra de bien. En este sentido, me confiesa que no está muy convencida que ellos sean realmente conscientes que están recibiendo un don desde el «cielo», del cual ella es simplemente un mediador. Algunas veces tiene la impresión de que sus pacientes asocian la *segnatura* a una especie de ritual mágico, más que a una suerte de gracia. Por lo que, en cambio, tiene que ver con los tratamientos holísticos, energéticos y naturales, Catia posee un tarifario estándar como naturópata.

Otra diferencia entre su profesión de terapeuta y su «profesión» de *segnatrice* recae en el papel de los medios de comunicación y de la publicidad. En caso de estar buscando a Catia la sanadora, es posible encontrar su número de teléfono en la página web de la asociación que le ha proporcionado la iniciación. Otra parte de pacientes la conoce en persona porque comparte con ella el mismo círculo social, puesto que son habitantes de su pueblo o personas a las cuales está haciendo tratamientos de naturopatía que en momentos

¹¹³ En relación a estas últimas me ha explicado que estaban dirigidas por un periodista a través de un programa del cual no se acordaba muy bien el nombre (algo como «noches mágicas» o «noches alternativas»). Intenté buscarlas pero no encontré nada interesante.

puntuales necesitan una *segnatura*. Por lo que, en cambio, tiene que ver con sus pacientes como terapeuta no se hace ningún tipo de publicidad. La gente llega sobre todo a través del boca en boca. Entre ellos poseen muchas características en común, para usar sus palabras *«fundamentalmente sono artisti squattrinati, persone molto sensibili, molto ricettive, creative, ecco la base della mia clientela è questa»*.

Además:

Di solito se una persona viene qua è perché a qualche livello non si sente bene, o fisico o emotivo o mentale e poi ci sono persone che magari vengono e dicono: «mi fai un trattamento rilassante», perché hanno voglia di una coccola, ma è più raro, perché in realtà qua vengono più persone che hanno necessità che non persone che vogliono farsi una coccola, cioè una selezione che avviene un po' naturalmente, forse perché io sono più adatta per una cosa che per un'altra e secondo me arrivano da me anche persone che possono essere aiutate dal tipo di energia che ho io, ogni terapeuta ha una sua energia, quindi perché a volte abbiamo un terapeuta per un po' di tempo e poi lo cambiamo? Perché magari cambiamo il livello vibrazionale, è una questione di sintonizzazioni, cioè secondo me se tu sei qua in questo momento non è casuale. A qualche livello, anche se tu mi stai intervistando, stiamo scambiando qualcosa, cioè non è un caso che ci siamo agganciate noi, quindi il fatto che stiamo parlando vuol dire che a qualche livello abbiamo qualcosa da scambiare. Le persone che vengono qua solitamente, gira che ti rigira, hanno tutte un po' problemi nella stessa direzione. Screma e riscrema, anche se arrivano tutte con problematiche diverse, l'origine del problema è sempre un disordine a livello del fegato che poi porta a tante altre patologie o problemi di mancanza di radicamento, cioè per star bene dobbiamo anche essere abbastanza agganciati a terra e i due filoni delle persone che vengono qua sono persone che non sono molto radicate, cioè molto volanti [...]. La terra dovrebbe essere ferma, accogliente, non soffocante, per definizione la terra è la madre, il cielo è il padre. Se la terra dà queste sensazioni di mal di mare, più che di terra, di mare in tempesta, è chiaro che non ti puoi appoggiare. In tutti quegli aspetti che sono materiali della tua vita, se hai un buon stipendio, se sei in una posizione privilegiata, se fisicamente non sei magrissima né grassa, se sei giusta fisicamente, tutto quello fa pensare che la terra ti sta nutrendo bene. Viceversa se sei una persona che ha sempre problemi con i soldi, magari s'impugna un casino, però non ha riconoscenza, ricompensa, già quelle cose lì m'indicano che c'è un problema di appoggio, perché altrimenti se tu fossi appoggiata bene saresti più solida da un punto di vista materiale [...]. La terra io la identifico molto con le gambe, molte volte le persone che non hanno un buon rapporto con la terra si sentono più o meno fino qua (fino al busto) e poi la parte del bacino, gambe, piedi è come se fossero tagliate, non le sentono, anche nei massaggi quando passo magari sentono tantissimo la parte della testa, molto quella del cuore e dello stomaco, ma nelle gambe non sentono niente, come se non circolasse energia. Già questo mi dà informazione sul fatto che non sei appoggiata perché la persona appoggiata a terra è piena di energia nella parte bassa e invece la persona non appoggiata a terra, per quanto razionale, costante, affidabile con tutte delle caratteristiche della razionalità, però non ha ritorno, cioè si consuma a qualche livello per cose che non tornano mai indietro, non so se questo magari è l'iter.

El concepto de energía vuelve nuevamente y determina, según Catia, la vinculación de los pacientes a un determinado terapeuta, una elección que no es casual sino regulada por aquellos principios de atracción/repulsión en la base de todo tipo de relación. Si dos personas están en la misma vibración se atraen a distancia como dos imanes, del mismo modo que si una persona tiene un pensamiento positivo acercará experiencias positivas. Para Catia, sus pacientes se asemejan entre ellos, porque a todos les falta la conexión con el mundo terrenal, es un colectivo que tiene dificultad para llevar a cabo las cosas prácticas de la vida y ver los frutos de su propio trabajo. La cantidad de pacientes de Catia puede variar de forma considerable, durante los periodos de mayor afluencia consigue atender tres

personas al día, no más porque, como he explicado anteriormente, tiene repercusiones físicas a través de las terapias que ejerce. También hay temporadas donde recibe a muy pocas personas (1-2 a la semana) aunque ella no lo percibe como un problema, sino que lo asocia a su falta de energía interior, la que considera responsable de atraer más o menos a sus pacientes. La primera vez que una persona recibe un tratamiento, Catia le suele aconsejar un mínimo de tres sesiones. Me explica que en realidad tres es un número muy bajo para poder volver al equilibrio perdido y comprender como evitar el desequilibrio. De todas formas, ella vive un conflicto de interés bastante fuerte entre la voluntad de curar y el dinero que recibe por hacerlo. En concreto, teme que al aconsejar a los pacientes hacer un número mayor de sesiones, estos se puedan sentir excesivamente presionados e, incluso, estafados. Por esta razón, prefiere concederle mayor libertad de elección, aunque esto pueda implicar un éxito menor de la terapia. Después de estos tres tratamientos hay personas que no vuelven nunca más, otras que empiezan largos ciclos de 10 a 15 sesiones, y otras que aparecen de vez en cuando para restablecer el equilibrio perdido.

En el caso de Josep, en cambio, la situación es más variable y, al parecer, no hay un prototipo de paciente. Si bien hay personas que acuden a él muy a menudo, cuando verdaderamente no se encuentran bien, otras se acostumbran, se obsesionan y se vuelven perezosas, tanto que no quieren ni pensar en cómo arreglar las cosas por sí mismos. Se crea un vínculo peligroso donde la línea con la dependencia se hace muy sutil. Desde el principio Josep ha sido uno de aquellos informantes ideales para los antropólogos: disponible, gentil y sociable. Una persona a la cual le gusta conversar y contar su vida, pero capaz de ponerla en cuestión y de hacerse preguntas sobre ella. Cuando le dije que me hubiera gustado hablar con algunos de sus pacientes, se animó voluntariamente para organizar una tarde con algunos de ellos un grupo focal natural y estructurado directamente por un informante, no podía pedir algo mejor. Una semana después de nuestro último encuentro Josep me informó que había decidido día y lugar. Quedamos alrededor de las cinco de la tarde en el bar, debajo de su segunda casa, al lado de la frutería. Después de un café subimos, no vivía nadie allí y Josep usaba el sitio como despacho para hacer sus terapias. Había tres mujeres sobre los 60 años y una chica más joven, hija de una de ellas, sobre los 35 años, que llamaré Estrella. Nos sentamos todos en círculo en el salón y yo empecé a explicar los intereses de mi investigación. Al principio no fue muy fácil, sobre todo porque Josep tuvo que ir media hora a atender unos pacientes, así que entre mi timidez y la sospecha de algunas de ellas (una en particular) tardé un tiempo antes de establecer un clima armónico y relajado. Estrella me ayudó mucho en esto, a veces parecía

que me hiciera un poco de intérprete, «traduciendo» en un lenguaje más sencillo y cercano lo que yo quería saber o a lo que me refería. A lo largo de las dos horas en las que me quedé con ellas, intenté comprender cómo conocieron a Josep y por qué acuden a él. Descubrí que los motivos principales se movían entre la búsqueda de respuestas mediante la videncia y un rechazo global hacia los medicamentos que, de una forma u otra, las llevaba a seguir otros caminos. En este contexto, las interpretaciones de algunos autores (Gail Kligman, 1998; Lock, 1995; Martin, 2001) sobre el mayor acercamiento de las mujeres a las terapias alternativas como modo de evadir el abundante uso de fármacos, puede ser bastante pertinente. Todas me hablaron de energía, de un mundo espiritual y en general de la misma cosmovisión en la cual cree Josep (que al final es la misma de Catia). Algunas de ellas me explicaron que también hacían imposición de manos y rituales espirituales. A tal propósito, tras una hora de conversación, la tarde empezó a tomar un curso diferente del previsto, convirtiéndose en una ocasión para practicar el ritual de la «limpieza de los dedos».

Más allá de la experiencia de aquel día, Josep había ratificado que sus pacientes eran sobre todo mujeres, y esto no solo lo confirma la literatura, sino Catia que habla de un 70%. Salvo casos específicos, los hombres suelen acudir a ella cuando tienen dolor, una enfermedad o un malestar, mientras que las mujeres la necesitan para hacer «camino» normalmente emotivos a los cuales se añade la resolución de problemas somáticos que tienen su base en un sufrimiento psicológico. Linda Woodhead (2007)¹¹⁴ afirmaba que el género femenino tiene más posibilidades de sufrir de una crisis de identidad respecto al masculino, sobre todo en el caso de las que llama *post-traditional woman*. Desde los años cincuenta del siglo XX las mujeres empezaron a integrarse al mercado del empleo, pero tuvieron que enfrentarse a dos grandes problemáticas que, aunque han disminuido, persisten. La primera es la diferencia de oportunidades laborales entre hombres y mujeres y, la segunda, el conflicto que la mujer llega a vivir entre su identidad de trabajadora y la de madre. Según la autora, la difusión mayor de las terapias holísticas entre mujeres estaría asociada a la posibilidad de acceder al propio yo interior mediante las terapias y a la consiguiente resolución, o mejora, de problemáticas relacionadas con la identidad. Una actividad necesaria en un momento de crisis. Además, el porcentaje mayor de terapeutas femeninas podría explicarse a través de la reconciliación entre el papel de mujer trabajadora y mujer cuidadora explicitado mediante una profesión que cumple con ambos roles (así

¹¹⁴ Menos pertinentes en relación a este caso específico resultan las interpretaciones (Gail Kligman, 1998; Lock, 1995; Martin, 2001; Ross, 2012) que asocian el elevado porcentaje de mujeres en las CAM como una forma de rechazo a la mayor medicalización de su cuerpo, respecto a aquello masculino.

como podría ser la de enfermera). El planteamiento de Woodhead puede explicar, en parte, la abundancia de mujeres en el mundo de las CAM. Las mujeres se encontrarían en un conflicto identitario que, a través de estos tratamientos, podría llegar a una disolución, comprensión o superación. Si por un lado el conflicto entre trabajo e hijos es indudable, por el otro creo que los hombres sufren igualmente las consecuencias de los cambios asociados al papel de la mujer. En ellos también se puede verificar una crisis o por lo menos un condicionamiento, los hombres están modificando sus hábitos y costumbres, empezando a desarrollar también el papel de cuidadores de los hijos o de los padres (Comas-d'Argemir, 2016), y las mujeres ya no tienen este sentido de dependencia económica hacia ellos. En conclusión, creo que el género masculino esté cambiando y remodelando su identidad tanto como el femenino. Por esta razón no me parece convincente que la explicación se pueda encontrar exclusivamente en las problemáticas identitarias actuales, creo, en cambio, que las mujeres están culturalmente más acostumbradas a ampliar sus horizontes en el campo terapéutico. Así como en el pasado las brujas, las sanadoras o las curanderas se ocupaban de rituales de sanación y de remedios de hierbas, recuperando aquel modelo analógico y aquel ligamen mujer-naturaleza que remonta su origen a un tiempo muy lejano (ya en las sociedades de cazadores-recolectores era la mujer la que se dedicaba a la recolección), en el contexto actual la mujer encuentra su espacio donde «liberarse» del saber hegemónico biomédico y masculino a través de las terapias alternativas y complementarias, que tienen puntos de contacto¹¹⁵ (holismo, limitada asunción de medicamentos) con aquella medicina popular de la cual ellas principalmente eran las artífices y protagonistas.

¹¹⁵ Sobre este tema volveré en las conclusiones de la tesis.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

CAPÍTULO VI. VITTORIO: FUERZA, CULPA Y ESTIGMA

Entre los pecados capitales están la pereza, la lujuria y la gula. Todo lo que puede dar placer es sospechoso de relajar el ideal. En contrapartida, el dolor tiene mérito en sí mismo, es agradable a Dios, un dios cruel que monta castigos infinitos para conductas puntuales.

Dolores Juliano
Epílogo. El cuerpo del guerrero.
El modelo perverso
(2010, p. 321).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

¿Y si te «pudieras sentir» en mi piel?

Vittorio¹¹⁶ tiene 44 años y vive en un pueblo en la provincia de Parma. Es un chico delgado, moreno, con bigote y perilla. Tiene ojos azules y una mirada penetrante, de estas que, en una película hollywoodiense, suelen tener solo los guapos malditos. Es un chico fascinante, cuya seguridad en sí mismo, junto a una cierta dosis de sentido de superioridad, es inmediatamente perceptible. Vittorio y yo nos conocimos casualmente (o no, según él) durante un encuentro introductorio sobre las constelaciones familiares (CF).¹¹⁷ Mi presencia allí era debida a Catia que me había sugerido participar en el evento. Decidí aceptar su invitación por dos razones: la primera era que llevaba tiempo escuchando sobre las CF, y me había llamado la atención que durante las sesiones se experimentasen sensaciones fenomenológicas que acababan generando fuertes tensiones emotivas. Tenía curiosidad por el encuentro y quería comprender de cerca su funcionamiento. El segundo motivo era más personal y correspondía a un periodo bastante confuso de mi vida. Me estaban ocurriendo cambios profundos a nivel laboral y sentimental, y me producía una gran intriga si estos tratamientos podrían ayudarme. Cuando acepté ir al encuentro no sabía prácticamente nada sobre las CF. Decidí no informarme previamente para evitar cualquier tipo de prejuicio al respecto. El evento se celebraba en la casa de una amiga de Catia, Lucia, una señora ya en los cincuenta, bien parecida y de aire juvenil. Lucia vivía en un chalet muy grande, bien equipado y con jardín, en las afueras de Parma. Solía organizar este tipo de encuentros, generalmente de pago, un par de veces al mes. Puesto que era una introducción, fue a título gratuito. Tras saludos y presentaciones formales, nos dirigimos a la tercera planta, la de la

¹¹⁶ He dado la posibilidad a mis informantes de escoger un nombre a su antojo para proteger su privacidad y, al mismo tiempo, para poderse expresar. En algunos casos, como en este, han preferido que fuera yo a elegirlo. Opté por «Vittorio» porque representa simbólicamente un «ganador», alguien que fue capaz de superar las dificultades y los lados oscuros de la existencia.

¹¹⁷ La técnica de las constelaciones familiares surge en Alemania durante los años ochenta gracias al ex misionero católico y psicoanalista Bert Hellinger. El objetivo de las mismas es sacar a la luz las problemáticas inconscientes radicadas en la familia y transformarlas, a través de una representación, en una sesión terapéutica (Alonso, 2005). En la práctica, la sesión está compuesta por: la persona que la dirige, el «paciente» principal, que llamaremos A, y un grupo de personas. Una vez que A haya expresado la problemática que quiere resolver (no necesariamente vinculada a la familia), escoge algunos miembros del grupo para que representen los representantes principales de su familia (vivos y muertos). Sucesivamente los coloca a su gusto en determinados puntos del espacio y les pregunta el tipo de sensaciones que están experimentando. Se pueden organizar también sesiones individuales donde los familiares están representados por otras figuras (muñequitos). Las constelaciones familiares recuperan la psicología de la Gestalt y su radicación en la percepción y en la experiencia, para la que son fundamentales las sensaciones fenomenológicas radicadas en el cuerpo. *La Encyclopaedia Britannica* la define como un «*humanistic method of psychotherapy that takes a holistic approach to human experience by stressing individual responsibility and awareness of present psychological and physical needs*» (disponible en: <https://www.britannica.com/topic/Gestalt-therapy>) [consultada el 10 de junio de 2017]. Las dos características fundamentales, el holismo y la responsabilidad individual, son los mismos elementos comunes a la mayoría de las terapias de sanación alternativa. Las constelaciones familiares aún no son muy conocidas fuera del contexto germánico y su eficacia ha sido puesta en duda por parte del mismo psicoanálisis (Alonso, 2005).

buhardilla, un cuarto muy grande donde Lucia había dispuesto unas veinte sillas en círculo. En total éramos 17 personas y Vittorio era el único hombre. La edad media oscilaba entre 40 y 55 años, pero había también tres chicas mucho más jóvenes, alrededor de los 20, que habían venido con sus madres. Participé como cualquier otra persona del grupo, más como «curiosa» que como antropóloga. Más tarde comprendí, aquella misma noche, que podía considerarla también como parte de mi observación participante.

Lucia nos preguntó nuestros nombres y nos explicó brevemente que son las constelaciones familiares y en qué consisten, anticipándonos que durante la noche haríamos algún ejercicio de introducción. Me centraré en uno de estos, cuyo protagonista es Vittorio. Tras ofrecerse voluntario, Vittorio se sentó en una silla en el medio del círculo y Lucía le impulsó a pensar en un problema específico que desease tratar mediante la constelación. En aquella circunstancia, no le obligó a explicarlo a los demás, solo le dijo que se centrara en él mismo. A continuación, le pidió posicionar, en una línea imaginaria que atravesaba el cuarto, tres personas entre los participantes, que representaran «sus recursos», «él en el futuro» y la que llamó «*vera verità*» (verdad verdadera), expresión con la cual se refería al «alma», a lo que los individuos piensan o son sin el condicionamiento de la mente o de las presiones sociales. Vittorio se detuvo a mirarnos un momento e, hizo lo que un sexto sentido me había anticipado, me escogió a mí. En conjunto con otras dos mujeres salí al «escenario» para representarle. Mi papel era personificar a su «yo futuro». Utilizando como criterio su instinto y sus sensaciones, él debía establecer una posición para el mismo, para la señora que representaba sus recursos y para mí (la «*vera verità*», en cambio, podía posicionarse libremente en el espacio). Vittorio y yo estábamos cara a cara y Lucia nos dijo que nos miráramos intensamente e interpretáramos las sensaciones físicas y emocionales que estábamos experimentando. Al principio no percibí nada en especial. Además, me parecía que cualquier cosa que se advirtiera iba a depender, o se vería amplificadas, de la difundida expectativa que se había generado en la sala. Igualmente continué centrándome. Al cabo de unos minutos, empecé a ponerme nerviosa hasta que noté un gran calor y una sensación de ahogamiento. Comencé a sudar y me quité el pequeño foulard que llevaba en el cuello, era como si alguien o algo me estuviese asfixiando; una presión bastante fuerte que después se fue atenuando poco a poco. La sesión prosiguió con la intervención de otras personas y la externalización de sus emociones que se iban comparando con las que experimentaba Vittorio. La idea de fondo de este experimento era que las dos mujeres y yo, en tanto que representábamos algún componente de su ser, fuésemos capaces de sacar a la

luz aquellas impresiones y emociones que él vivía en ese momento y que, de alguna manera, esto le ayudaría a reflexionar sobre ellas.

Las CF están entre aquellos tratamientos que, conjugando la parte emocional con la biológica, involucran las percepciones y las sensaciones del individuo y se centran en el holismo entre mente y cuerpo. Esta psicologización de los movimientos espirituales que se expresa en las CF, así como en otros tratamientos *New Age* (regresión hipnótica, visualizaciones, técnicas de relajación), ha pasado a ser considerado como uno de los rasgos distintivos de las nuevas formas de espiritualidad contemporánea (Cornejo Valle & Blázquez Rodríguez, 2013).

Al terminar el encuentro, en la primera planta, nos esperaba un pequeño pisolabis que había sido organizado con el propósito de crear un espacio de socialización. Fue allí cuando, por primera vez sin mediadores, hablé con Vittorio. Me confirmó que todas las sensaciones que yo había probado eran acertadas y que efectivamente era un periodo en el que se notaba muy angustiado. No entró en detalles, pero añadió que estaba intentando resolver la situación mediante tratamientos que el mismo se hacía. Entonces, mi alma de antropóloga resurgió y le propuse encontrarnos otro día para una entrevista. Una semana más tarde nos vimos en el bar de un parque público. Entramos en confidencias casi inmediatamente. A Vittorio le gustaba hablar y explicar su visión de la vida, tenía curiosidad por mis intereses. Cuando volvimos al tema de la noche de las constelaciones, me explicó que era un momento difícil para él, tanto a nivel afectivo como laboral, pero que estaba convencido que era pasajero. A los veinte años comenzó a trabajar en instalaciones mecánicas, un trabajo que se aprendía sin necesidad de un curriculum especializado, pero sí mediante buena voluntad y ganas de aplicarse. Cuando lo conocí, en 2015, ya lo había dejado y estaba buscando algo diferente. Mientras, vivía con sus padres, agricultores jubilados, y les ayudaba en las tareas diarias.

Cuando lo encontré y le pedí que fuera mi informante, no sabía aún que su parte más interesante no era su experiencia actual como terapeuta, sino el camino que le había conducido hasta allí. Empecé a preguntarle cómo y por qué se había acercado a este mundo. No fueron las charlas formales las que me proporcionaron buena parte de la información, sino la amistad que surgió entre nosotros. Pronto descubrí que cuando había usado la definición «*un giovane dall'altra sponda, un pazzo scatenato, a cui piacevano le discoteche, fare di tutto e di più e spirituale zero*» para describir su juventud, en realidad estaba recurriendo a un eufemismo para dar a entender que hacía uso continuado de varios tipos de drogas y, en particular, de heroína.

Del uso de heroína al «uso» de la espiritualidad

Vittorio creció entre la segunda mitad de los ochenta y la primera de los noventa, los años de difusión de la heroína en Italia. Recuerdo que no era para nada excepcional ver jeringas en los parques públicos, incluso en barrios burgueses. Los niños debíamos tener cuidado cuando jugábamos en el césped. De hecho, según una leyenda urbana -que, contada por Vittorio, tan leyenda no era- los heroinómanos, tras pincharse en un parque público, dejaban a propósito las jeringas encajadas en la tierra o en un árbol con la aguja hacia arriba. Estas creencias favorecían el miedo hacia ellos y en el imaginario infantil se acababa construyendo la idea del drogadicto como una figura monstruosa que infundía terror. Si nuestros padres identificaban este miedo con la transmisión del SIDA o de otras enfermedades, nosotros lo vinculábamos al terror de volvernos monstruos como ellos. Veinte años después estaba sentada en uno de los lugares favoritos de los heroinómanos con uno de aquellos chicos que, en realidad, tan monstruo no era.

Vittorio fue uno de los pocos que venció a la heroína. Decidió a sus veinte años que la única forma de salir de esa terrible situación era auto-encerrarse en una *comunità*, un centro de rehabilitación para toxico-dependientes. Permaneció allí tres años, desarrolló sus facultades artísticas, en particular como ceramista, y aprendió a vivir sin drogas. Al salir de la *comunità* tuvo que enfrentarse a la vergüenza y el estigma. Según Goffman (1963), los griegos utilizaban el término estigma para referirse a determinados signos corporales artificiales (quemaduras, cortes) que anticipaban y advertían a los otros sobre la índole (mala) de un individuo o sobre sus características no habituales. Con el cristianismo la palabra empezó a adquirir también un significado metafórico y en la actualidad se emplea sobre todo para designar el mal en sí mismo, originado en la idea de «extraño», lejano a la normalidad y, por ende, peligroso. Siguiendo al sociólogo canadiense, recuperamos tres distintos tipos de estigma representados, a su vez, por los defectos físicos, los defectos del carácter y los que llama estigmas tribales, es decir «los defectos» vinculados a la nación de origen, la religión y la «raza», entre otros. Dentro de esta clasificación, Vittorio pertenecería a la segunda categoría, que incluye una vasta gama de personas, en primer lugar a locos, homosexuales, prostitutas, alcohólicos y drogadictos. Si sobre el enfermo mental prevalece un estigma social, además del estigma producido por los mismos terapeutas, familiares

profesionales de la salud y del autogestionado¹¹⁸ (Correa-Urquiza, 2009) sobre los que en italiano vulgarmente llamamos *tossici*,¹¹⁹ el estigma es principalmente moral.

A este problema se añadía el contexto social en el cual Vittorio había crecido y la consecuente problemática del miedo a la recaída y del aislamiento como única ruta de escape.

All'epoca l'equilibrio non esisteva, cercavo il disequilibrio. Sono partito con una collezione di epatiti, poi comunità eccetera. Torni e dentro di te sai che hai risolto tanto, ma non tutto. Entri in una realtà un po' differente, tipo «ok stasera esco, se mi ritrovo con i miei vecchi amici è un casino, tutte le amicizie che ho sono di quel tipo» [se refiere a personas que hacen uso de drogas], perché io ho costruito una vita con relazioni di quel tipo, allora stai un po' per i fatti tuoi, non essendo uno che da lucido è estremamente simpatico. Stai per i cazzo tuoi e dopo rimani per i cazzo tuoi, perché iniziano a salirti delle paranoie, pensi «cazzo sono solo», alimenti «il solo», dunque ti attira di più ritornare a fare certe cose e «il solo» si amplifica.

La soledad era para Vittorio una forma de protegerse de un ambiente que, con mucha facilidad, hubiera conseguido borrar los últimos tres años de su vida. A estos factores debe sumarse su precario estado de salud, factor fundamental por el que se acercó a las medicinas alternativas.

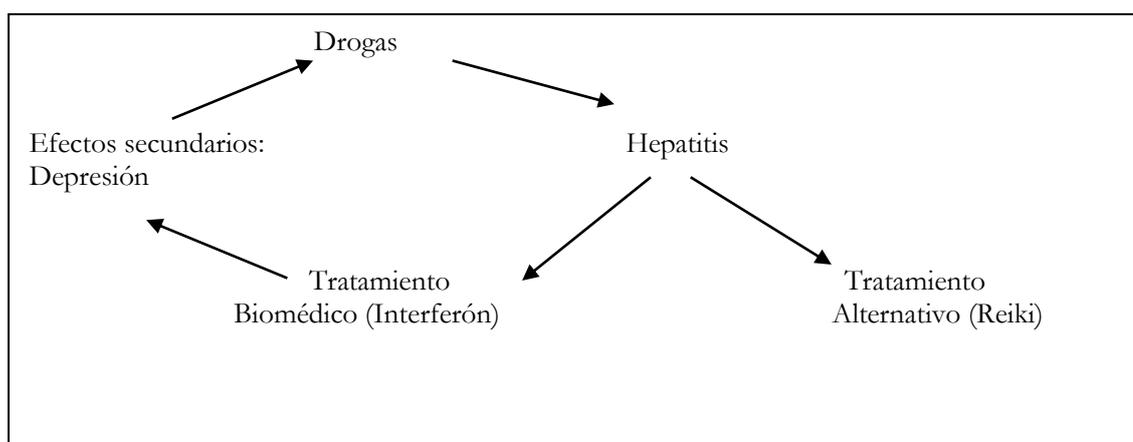


Figura 41. Representación esquemática del círculo vicioso en el que se encontraba Vittorio.

Vittorio tenía 24 años cuando salió del centro de rehabilitación y hasta los 35 sufrió graves molestias en el hígado, secuelas de las hepatitis contraídas durante *i suoi anni bui*, y de un corolario de otros malestares comúnmente ajenos a un chico de su edad.

Le difese immunitarie erano saltate, due volte alla settimana avevo l'influenza, avevo perso dei gradi e gli occhi erano sempre viola, cioè a 35 anni ero un relitto. Il disturbo al fegato ho cercato di arginarlo,

¹¹⁸ Con estigma autogestionado el autor se refiere a la incorporación, por parte del mismo sujeto, de los discursos discapacitantes a los cuales está expuesto (Correa-Urquiza, 2009).

¹¹⁹ *Tossico* es una palabra despectiva y jergal que se suele utilizar para referirse a una persona que hace uso continuado de drogas. Tiene una relación con las sustancias infectas que se introducen voluntariamente en el organismo, una toxicidad que pasa de caracterizar la sustancia al individuo en sí mismo.

correggerlo, superarlo, l'unico che poteva fare qualcosa, forse, era l'interferone,¹²⁰ che non l'ho mai fatto, perché mi han detto che era facile avere problemi di depressione. Visto tutte le cose che avevo fatto, ho avuto anche il problema della depressione e avevo pure preso gli psicofarmaci antidepressivi. Allora mi aveva preso molto molto male perché la depressione richiamava Quello [la heroína] e nel periodo in cui mi ero ripulito Quello mi faceva paura perché era troppo grave, ho detto «no, grazie».

Para intentar resolver su daño hepático hizo distintos tratamientos médicos, pero estos solo habían conseguido frenarlos, sin eliminar la raíz del problema. Me explicó haber rechazado un tratamiento a base de interferón porque la depresión estaba entre los posibles efectos secundarios. Esto le asustaba mucho más que el malestar crónico con el cual debía convivir, porque existía el riesgo de que una crisis depresiva le llevase nuevamente a las drogas. Para evitar ese círculo vicioso escogió una alternativa para salir de una aparente situación sin solución, la del Reiki.

De paciente a terapeuta

Vittorio entró en contacto, por primera vez, con las medicinas alternativas a través de la novia de un amigo, también con problemas de adicción, que hacía tratamientos de Reiki. *«Sentivo questa attrazione per il paranormale, però così, pensavo alle cose spaventose che pensi da piccolo: gli spiriti, Gesù che fa le guarigioni oppure i miracoli in generale e pensavo “questa mi mette le mani addosso, chissà cos'è?”*». La de Vittorio era una atracción, cuya base yacía en aquella suerte de aura mágica que los occidentales asocian con la mayoría de los tratamientos no incluidos en la medicina. Tras aquella experiencia, quedó felizmente sorprendido y decidió emprender un camino de sanación personal, acompañado por otro de ayuda a los demás.

Le hicieron los primeros tratamientos de Reiki en 2005 cuando esta técnica aún no era muy conocida en Italia. Para un ojo no experto, como el mío, no había mucha diferencia con la clásica imposición de manos, que en italiano se denomina *pranoterapia* (véase capítulo 8). La finalidad de estos tratamientos es fundamentalmente la misma: transmitir energía mediante las manos, apoyándolas encima del paciente o a unos centímetros de distancia. Vittorio me explicó que la diferencia está en el origen de la energía: la *pranoterapia* (o imposición de manos) explota aquella que proviene directamente del terapeuta, mientras que el Reiki¹²¹ emplea la energía universal. En éste, el terapeuta

¹²⁰ El interferón es un medicamento comúnmente usado para el tratamiento de la hepatitis B.

¹²¹ El origen del Reiki radica en la figura del japonés Mikao Usui, que a finales de siglo XIX se inspiró en la lectura e interpretación de las enseñanzas del Buddha, relativos al poder de la sanación. La técnica llegó a Occidente mediante Hawayo Takata, una mujer americano-japonesa que, tras una inesperada sanación de un tumor mediante el Reiki, decidió aprenderlo y dedicar buena parte de su vida a difundirlo (especialmente en Hawái, donde vivía, y en los Estados Unidos). El Reiki empezó a popularizarse en Norte América en los años ochenta (Gordon Melton et al., 1991).

actúa simplemente como un canal. Para formarse en esta técnica existen cursos específicos con distintos niveles. En los primeros se aprenden las bases de la disciplina en conjunto con su historia; en los avanzados se entra cada vez más en profundidad hasta llegar a las técnicas de envío de energía a distancia, llamadas *absent healing* (Gordon Melton et al., 1991), en las que el contacto físico directo no es necesario. Algunos terapeutas definen el Reiki como un proceso de despertar y de toma de conciencia que no se funda en meras nociones, sino en el conocimiento de los aspectos intuitivos de la mente y de la vibración. Se puede considerar como una ciencia de la energía universal, con sus propias leyes establecidas en el tiempo a través de la experiencia (Iosif, 2003).

Tras haber probado el tratamiento sobre sí mismo, Vittorio decidió frecuentar el primer nivel de un grupo de Reiki. Aunque no trataba enfermedades graves, notaba que sus primeros tratamientos como terapeuta funcionaban y que las personas mejoraban su condición psico-física. Asimismo, empezó un camino de sanación personal, un proceso gracias al que, a través de perseverar, creer y actuar de una determinada forma, consiguió resolver las problemáticas inherentes al consumo de droga que había llevado consigo durante mucho tiempo.

Para Vittorio, el Reiki es una de las técnicas principales tanto como paciente como terapeuta. Recuerdo que el día de nuestra primera entrevista me confesó haber controlado, a distancia, el estatus de mi energía. En concreto, lo que hizo fue concentrarse sobre mí algunos minutos. Al hacerlo notó unos hormigueos y esto indicaba que mi energía «estaba un poco sucia». Es decir, yo había tenido comportamientos «excesivos» o había entrado en contacto con algo que me había desequilibrado. Me dijo que vio que no estaba muy bien y le confirmé que, efectivamente, era un periodo un poco difícil y lleno de cambios. Se ofreció para hacerme un tratamiento Reiki gratuito aquel mismo día en el parque donde estábamos tomando un granizado. Yo no estaba muy convencida, me parecía una situación un poco incómoda, y no quería abusar de su disponibilidad, pero era una óptima oportunidad para triangular los datos recogidos mediante la literatura y las entrevistas. Acepté. Vittorio cogió de su coche un gran pañuelo que tendió en el suelo, en una zona un poco apartada del parque. Atardecía. Me sugirió tumbarme sin cruzar las piernas e intentar relajarme. Encendió cinco palitos de incienso y una vela que colocó a nuestro alrededor, además de poner una música de fondo oriental en su móvil. Se concentró algunos minutos y, tras eso, me puso las manos a unos centímetros de la cabeza. Noté un leve calor. Se quedó así durante unos minutos, antes de pasar a la cara, donde hizo lo mismo en conjunto con la reproducción de algunos símbolos. Yo permanecía con los ojos cerrados e intentaba

relajarme. En un momento noté como una pequeña descarga eléctrica en una pierna, abrí los ojos y vi que Vittorio tenía las manos a medio metro de mi pecho. Al final del tratamiento me explicó que probablemente era la presencia de algún espíritu de luz. Una vez tratado el rostro, se interesó por los otros *chakras*. Yo no estaba totalmente a gusto. La situación empezaba a hacerse un poco extraña, considerando que era de noche y estaba sola en un parque con un chico que, al fin y al cabo, acababa de conocer. Además, empezaba a hacer un poco de frío. Vittorio lo notó y trató de tranquilizarme haciéndome hablar de las sensaciones que estaba experimentando. Asimismo, me preguntó si podía *mandare su* (literalmente «enviar arriba», en el sentido de enviar hacia la luz, hacia Dios) unos espíritus que albergaban dentro de mí (habló de unos cincuenta). Por último, se detuvo en los tobillos, le dije que los notaba débiles. Para completar el tratamiento hubiera tenido que darme la vuelta para permitirle equilibrar también los *chakras* posteriores, pero ya no podía aguantar el frío y decidimos suspenderlo. Habían transcurrido cuarenta minutos.

Mediante mi experiencia como paciente pude comprobar algunas de las sensaciones corporales y mentales con las que ya me había familiarizado a través de los tratamientos de Catia: hormigueos, calor, relajación. Al mismo tiempo, descubrí nuevos componentes fundamentales de la terapia, como el *channeling*. De hecho, lo que hace el Reiki es canalizar la energía, mediante la re-armonización de los desequilibrios y la canalización de los espíritus. En substancia, la finalidad de Josep y la de Vittorio es la misma, ambos se preocupan de hacer de mediadores entre el paciente y las entidades desencarnadas. Ambos pueden comunicarse directamente con los espíritus para recibir informaciones. Si el primero lo hace a través del trance, el segundo me habla de una de «conexión», una condición muy parecida a la que hemos definido como «trance leve»:

Ti connessi, ti senti in una certa maniera, se non sei sicuro non va bene, se hai dei dubbi ti devi riconnettere e poi comunque lo senti, hai dei formicolii, ognuno lo sente a modo suo. Se senti che la connessione non è pura, che non ti convince, devi far delle cose per renderla pura. Ripulirti che ne so il canale, farti la pulizia, il riequilibrio. [...] Se non è pura lo senti con una tonalità diversa, più cupa, meno nitida oppure ti senti estremamente scarico oppure non ti senti «su» [es decir cerca de Dios],¹²² allora può essere un spiritello che ti prende in giro.

El canalizador entra en contacto con los espíritus, experimentando en su cuerpo sensaciones físicas determinadas (hormigueo/*formicolio*), con la finalidad de conocer y aprender mediante sus guías espirituales. Es importante saber distinguir entre comunicaciones limpias y comunicaciones sucias; estas últimas provienen de los espíritus «que no poseen luz» o considerados malignos. El *channeling* se puede manifestar de forma

¹²² Las siguientes expresiones que Vittorio emplea se refieren todas a la idea de proximidad a Dios: «*essere su*» (estar arriba), «poseer luz», «estar al plano más alto».

espontánea o intencional. En el primer caso, las personas tienen una propensión natural al contacto con lo trascendente o, como diría Vittorio, una «clarividencia muy abierta»; en el segundo, la buscan. La idea de base es que cada uno de nosotros pueda ser médium, pero que algunas personas están más predispuestas que otras.

Las semejanzas con el trance y la posesión son inmediatas, pero existen algunas diferencias. Ante todo, el *channeling* pasa a través de distintas formas de comunicación (clarividencia, clariaudiencia, escritura automática, guija), y el estado de trance no es una característica indispensable. Cuando pregunté a Vittorio si veía algún tipo de similitud con los curanderos, los médiums o en general con todas aquellas figuras que históricamente han asumido el papel de mediador con el «más allá», me contestó que los chamanes y curanderos instauran un contacto con seres que no son «tan altos», es decir que no están tan cerca de la luz (Dios). Estas figuras poseen una abertura hacia lo trascendente, pero no conocen las leyes para entenderlo de verdad, que pueden conocerse solo gracias a un continuo trabajo sobre uno mismo. Según él, existe una jerarquía en la cual los *channelers* se colocarían por encima de los otros «mediadores» (chamanes, curanderos). Me explica también que algún *new ager*, particularmente rígido en sus creencias, puede rechazar el vínculo entre las viejas formas de canalizar y las nuevas, pero que en cambio, por su parte, todas estas terapias «hablaban el mismo idioma». La diferencia es que con la Nueva Era y el «despertar de las conciencias» se descubrieron fenómenos y verdades que antes se desconocían. A tal propósito, de acuerdo con Hanegraaff, me parece pertinente considerar el *channeling* como «*an emic term used in the New Age context to refer to the general etic category of 'articulated revelations'*» (Hanegraaff, 1996, p. 27).

En los últimos años Vittorio se interesó también por el *Theta Healing* (Stibal, 1995), una técnica reciente desarrollada hace unos veinte años y sobre la cual hay muy poco escrito. Se basa en la experiencia de sanación de un tumor a la pierna de una mujer, Vianna Stibal, que consiguió sobrevivir mediante el pensamiento positivo, la oración y la meditación. La autora habla de cinco distintas frecuencias cerebrales: Beta (estado de actividad y atención), Alpha (estado meditativo y relajado), Theta (estado del subconsciente), Delta (estado en el cual se procesan informaciones) y Gama (estado de la percepción y conciencia). Siguiendo esta técnica, el estado mental *Theta* es el más potente y representa una especie de trance mediante el cual se puede conseguir la auto-sanación (el ejemplo que utiliza la autora es el de los niños mientras juegan a videojuegos o las personas que andan sobre el fuego). Vittorio participó en varios cursos sobre esta técnica para poderla aplicar en su vida cotidiana -en concordancia con la idea de que las CAM – NA no

representan simplemente una forma de pluralismo asistencial- ya que implican una manera de vivir y de trabajar continuamente sobre sí mismo. Esto es indispensable no solo para poder llevar a cabo una existencia serena y libre de los fantasmas de su pasado, sino también para curar a los demás. Cabe mencionar que incluso en estas sanaciones existen efectos secundarios, como el peligro de contagio. Por esta razón, Vittorio considera apropiado que, el suyo, sea reconocido económicamente como cualquier otro trabajo:

Incontri la gente che dice: «no, queste cose qua si fanno per far del bene, non si pagano!» Ok, il tuo ragionamento è carino e io come faccio a mangiare? Lavoro tutti i giorni su di me, studio su di me, sperimento su di me, se quando faccio una pulizia a una persona non sto attento, poi rimango sporco e sto male, questo lo pago io, se non sto attento mi becco pure una qualche cosa, volendo anche di grave, da un'altra persona, son finiti i tempi delle vecchie energie, dei guaritori, io non sono un guaritore, io voglio farlo come lavoro, come riarmonizzatore energetico in maniera costante, continuando a lavorare su di me. Chi viene da me sa che lavoro anch'io su di me, avere un riscontro abbastanza alla pari.

Con la mercantilización de la espiritualidad que adviene al mundo *New Age*, la sanación tiene su coste. Dado que no existe un verdadero reconocimiento profesional, el conflicto entre quien critica la remuneración económica y aquel que la considera un componente obvio del trabajo resulta inevitable. Si los *new agers* se consideran profesionales de la salud espiritual, al igual que un médico se considera profesional de la salud física, y un psicólogo de la salud psicológica y emocional, la ciudadanía, alimentada por el discurso de la medicina experimental, asimila estas creencias a una suerte de religión de la modernidad, una nueva superstición del siglo XXI. La razón está propiamente en las bases del pensamiento *New Age*. Si por un lado, la falta de universalidad en los tratamientos y de reproducibilidad de los resultados, así como la inexistencia de pruebas a nivel empírico de un mejoramiento, causan un inevitable escepticismo en la comunidad científica, por el otro lado, los principios de los tratamientos alternativos y espirituales se fundamentan propiamente en la idea de que cada uno de nosotros es distinto y que las mejoras se encuentran principalmente en los aspectos emocionales e íntimos de los pacientes. En definitiva, es como si científicos y *new agers* estuviesen hablando dos idiomas diferentes y no se pudiesen comunicar de forma alguna. Si bien la falta de pragmatismo aumenta la posibilidad de estafa -por parte de terapeutas improvisados- y contribuye a crear una versión moderna del charlatán, es innegable que, mediante estas terapias, algunas personas han encontrado otra forma de vivir el cuerpo y el sufrimiento, reforzando también su autoestima. Todo esto ha favorecido el surgimiento de «nuevas identidades». Si la *sonnambula meravigliosa* (Gallini, 1983b) extendía sus capacidades y se convertía en la sanadora de sí misma gracias al papel del magnetizador, el *new ager* considera al mediador como una figura secundaria. El sujeto

canal, a través de su nueva conciencia y de un continuo trabajo sobre sí mismo, puede moverse libremente entre la condición de paciente y la de terapeuta.

Tú eres el creador, tú eres el Dios

Muchos tratamientos CAM-NA, o mejor dicho su empleo en Occidente, otorgan no solo una gran consideración, sino también un gran poder al individuo. De hecho, el paciente se presenta como un elemento activo de la terapia y no solo porque debe respetar normas estrictas o específicas, sino porque su forma de pensar tiene que estar enfocada hacia la sanación. Quien verdaderamente cree en estos tratamientos y hace un uso continuo, y no puntual, de ellos, ha pasado inevitablemente por un proceso de crítica de muchos presupuestos que están en la base del pensamiento científico. En particular, la tendencia es: el rechazo a la homogeneidad de los seres humanos en favor de la unicidad del individuo; la queja pasiva en favor del pensamiento positivo; y la merma o negación del dominio de los medicamentos en favor del poder de la mente. Algunos de estos pilares se ven reflejados en las palabras de mis informantes:

Non è quello che pensiamo che fa la differenza, ma quello in cui crediamo, è quello che determina quello che attiriamo. Se il nostro pensiero è supportato da una condizione del cuore, questa esperienza è talmente in sintonia che non può che attirare cose simili (Catia).

Dios es todo y todo es Dios, si Dios soy yo, yo soy Dios, es un único, es un universo, entonces Dios llámalo como quieras. ¿De qué formamos parte? De lo que hay allí en el universo, de esto que nos ayuda a respirar, que vivimos gracias a esto, hay quien lo llama Allah, quien lo llama Jesús, Buda [...]. ¿El ser humano que potencial tiene? Infinito, inmenso, incalculable, somos capaces de darle la vuelta al mundo, si queremos, solo debemos crearlo (Mercedes).

Noi siamo creatori del bello e il brutto, del demone o del creatore, con i nostri pensieri, se vogliamo essere invasi di entità o essere amore incondizionato con tutti è una scelta che abbiamo noi dentro. [...] Se avviene il miracolo buono, io [en cuanto terapeuta] sono il primo ad essere felice, però non è merito mio, è merito tuo, del tuo impegno nel voler cambiare certe tue credenze, nel volerti bene, io posso fare da riequilibratore, da riarmonizzatore delle tue energie, del tuo corpo, che in automatica sono in equilibrio con le tue emozioni, con tante cose, però sei tu a innescare il cambiamento [...]. Il pensiero è alla base di tutto, tu inizi a vedere positivo, crei positivo nella tua vita, in te, e doni anche positività agli altri e la gente che ti arriva intorno che conosci è diversa (Vittorio).

Según ellos, el individuo se presenta como el origen de su felicidad e infelicidad, cosa que puede controlarse mediante lo que Vittorio define como «pensamiento creador»: «*tu inizi a vedere positivo e crei positivo nella tua vita, in te, e doni anche positività agli altri e la gente che ti arriva intorno, che conosci, è diversa*». Se vuelve a hablar de «energía vibracional» que sería la responsable de atraer personas y situaciones que están en la misma sintonía. Meredith McGuire (1998), en su libro sobre rituales de sanación en la América suburbana, recoge el caso de una mujer que no podía levantarse de la cama a causa de un fuerte dolor crónico.

Para mejorar su estado de salud empezó a hacer meditación y descubrió que la causa de su malestar podía tener origen en su forma de pensar. En concreto, en su costumbre de cada mañana de decir, especialmente al trabajo, *I will not stand for that*. El poder de la palabra en el «pensamiento creador» entonces «es acción», tanto como lo eran las oraciones en los rituales de magia popular.

Más allá de la superación del dualismo cartesiano, se rechazan también otros tipos de binomios: entre la divinidad y el hombre y entre el hombre y la naturaleza (Hanegraaff, 2000). En un mundo secularizado donde Dios ha muerto (Nietzsche, 1882), los seres humanos tienen que recuperar su poder ancestral, sus sentidos, su conexión con los elementos de la naturaleza y su capacidad de autosanarse. Su poder es ilimitado, si creemos en ello, y por esto el hombre se convierte en el nuevo Dios. En este sentido, la idea de equilibrio no se limita al individuo en sí, sino que tiene en cuenta el ambiente y la sociedad en los cuales éste vive. El concepto de equilibrio no se refiere simplemente a la salud física del individuo, sino también al plano mental, social, político, económico (Horden & Hsu, 2013) y a todo aquello que le rodea en los diferentes ámbitos.

Vittorio me ha subrayado, más de una vez, la unicidad y diversidad de cada individuo. Lo mismo ha hecho Mercedes, mostrando como cada persona es un mundo y merece una terapia distinta, adecuada a sus necesidades. Esto implica que un tratamiento determinado no puede hacerse de la misma manera con todas las personas. Esta atención a las características específicas de cada uno de nosotros, a sus emociones, sentimientos, pensamientos, y a la negación de la visión mecanicista, es parte del éxito de los tratamientos holísticos en Occidente, un contexto donde la identidad individual se ve socavada por el conformismo, la moda y la cultura de masas. Vivimos en una sociedad basada en la paradoja de un «individualismo homogenizante» donde nos enseñan a ser libres y a seguir nuestros sueños, pero a la vez nos bombardean con estereotipos y prejuicios. El resultado es que, muy a menudo, estamos solos luchando contra ellos. Cediendo importancia al sujeto, estos tratamientos empoderan al individuo y permiten que éste se sienta cuidado, especial y a gusto en su papel de paciente. Así, el individuo en cuestión adquiere seguridad en sí mismo y en sus capacidades, se aleja de un pasado de errores y debilidades, crea una identidad fuerte que supera las problemáticas terrenales de una sociedad líquida (Bauman, 2013) y aspira a un cambio global. La ambición de los *new agers* recae, de hecho, en la transformación individual como motor para la transformación social. Sin embargo, Baer (2001) evidencia como el holismo del cual se habla en los sistemas alternativos de sanación es en realidad un holismo restringido, que toma en consideración solo mente y cuerpo y no

mente, cuerpo y sociedad. Según el autor, los movimientos de salud holística funcionan como una alternativa al sistema hegemónico que, maximizando el poder del individuo y minimizando el de la sociedad, no hacen otra cosa que proteger el sistema capitalista y aumentar la fuerza del modelo individualista.

Tú eres el culpable, tú eres el responsable

Si el individuo se convierte en un Dios, dueño de su destino y de sus enfermedades ¿qué sucede cuando sus expectativas no coinciden con lo que sucede y, en lugar de un logro, hay un fracaso? Poder y responsabilidad poseen una influencia mutua y no existen por separado.

Aquest tema que la culpa la tenen els demés, els que governen, els del banc... No! La culpa la tenim nosaltres, som nosaltres que hem de dirigir la nostra vida, no els demés, això és lo que intento que la gent entenda. Aquesta és una mica la base de la teràpia, fer-li entendre a la gent que no té sentit passar tot el dia: «pobre de mi, pobre de mi» (Mercedes).

Quello in cui noi crediamo, quello ci si presenta davanti. Se tu non credi in Dio ti si presentano tutte le cose per cui Dio non c'è, se tu credi che tutte le donne sono prostitute, tu attrarrai a te donne che si comporteranno in questa maniera, ma perché sei tu che hai questa credenza, sei tu che attrai questo, se la donna tutte le volte subisce abusi psicologici, sessuali o cose così, ogni storia è così, sempre più catastrofica, è lei, grazie alle sue credenze, che attrae questo, se c'è uno che non riesce a uscire dal tunnel dell'alcol, è lui che attrae questo (Vittorio).

El éxito en los distintos campos de la vida se presenta como una suerte de confirmación y señal de que estás haciendo las cosas bien, que eres suficientemente «limpio», espiritual, capaz de gobernar el pensamiento, que estás respetando las normas ideológicas y morales y que, por ende, atraerás éxito y felicidad. Existen emociones y sentimientos, como el amor, la fiducia y la positividad, que son funcionales a resultados victoriosos y otros que, en cambio, polarizan negatividad; entre estos, Vittorio cree que *la paura* (el miedo) es particularmente peligrosa:

Tutto ciò che ti da emozioni forti in negativo e in positivo, crea nella tua vita negativo o positivo. La paura è l'opposto dell'amore. L'amore è la vibrazione più alta, la paura è chiusura di cuore, la chiusura di cuore è tenebre. Quando hai paura, apri le porte alle tenebre. Hai paura di morire e piano piano costruisci la tua morte (cioè prima del dovuto) e in tutte le cose è così.

El pensamiento es creador y no nos permite ser débiles, no acepta la queja ni el pánico porque éste no puede atraer otra cosa que la negatividad, el dolor y la decepción. Tanto como la rabia en el ejemplo de la China feudal (Hsu, 2013), también el miedo se presenta como una emoción moralizada, porque es considerada de forma negativa y «medicalizada», ya que puede causar enfermedades.¹²³

¹²³ Ya en el galenismo y en su traducción en el mundo islámico encontramos evidencias de una patologización de las emociones tanto positivas como negativas. En este sentido, tanto el miedo como la alegría se consideraba que pudiesen influenciar los distintos estados de salud (Horden & Hsu, 2013).

Durante una conversación reciente, una amiga me ha expresado su enfado y malestar en relación a las explicaciones que su cuñada, que es una terapeuta y también una de mis informantes, asignaba a sus fracasos laborales, es decir, una falta de dedicación por su parte y una desmotivación de base. Mi amiga me confiesa sentirse herida y menospreciada, aunque su cuñada intenta animarla con sus palabras, ella considera su actitud presuntuosa y pedante. Este elemento es una consecuencia casi inevitable cuando la responsabilidad se considera únicamente individual. Detrás de esta nueva espiritualidad, de la cual las terapias representan exclusivamente el aspecto práctico, hay una cosmovisión que cree en la reencarnación y en el karma, así que un individuo vive en el presente también bajo la influencia de sus acciones pasadas. Aunque ellos no sientan directamente el peso de la culpa (esto puede depender del sujeto), resulta casi inevitable que sus pacientes no lo perciban. Esta culpa no está representada simplemente por la trasgresión de determinadas normas o actitudes, como en el catolicismo, sino por la incapacidad de enfrentarse a situaciones nuevas, el no ser capaces de cumplir con los estándares esperados y no saberse enfrentar a la «anomia» (Durkheim, 1897) en un periodo de crisis. Es la «culpa de la inadecuación» de la que se habla, que está en línea con la ideología capitalista del éxito, originada en la ética calvinista (Weber, 1905). Ésta misma lógica envuelve el contexto biomédico y los grupos de autoayuda, tal como pone de manifiesto Susan diGiacomo (1992) que, tras su experiencia como enferma de cáncer, critica duramente la actitud de quien culpabiliza y hace recaer el origen de la enfermedad en la personalidad y en el componente emocional del paciente. Siguiendo este planteamiento, la respuesta al perenne dilema de cualquier enfermo: ¿por qué me pasa a mí? Tendría una respuesta muy sencilla: «¡porque te lo has provocado!». No hay un poder mágico superior al cual echar la culpa, como la brujería para los azande (Evans-Pritchard, 1937), todo lo determina el comportamiento y el pensamiento del individuo. La enfermedad puede llegar a presentarse, entonces, como metáfora de una determinada actitud o punición y, como diría Susan Sontag, «ya no es un castigo, sino señal del mal, de algo que merece castigo» (Sontag, 1989: 122).

Limpieza física y moral

Recuperaré aquí un tema que ya ha surgido en el capítulo anterior pero que, solo ahora, tras la experiencia de Vittorio, es oportuno profundizar. El concepto de «limpieza» (en italiano *pulizia*), es central para comprender el origen de la enfermedad. Esta creencia es muy antigua y está presente en distintas partes del globo. En Mesoamérica, en particular, el tratamiento denominado la «limpia» es parte de la medicina tradicional y se emplea para

prevenir, diagnosticar y aliviar determinadas *illness*. El objetivo de fondo es el mismo que había en la medicina griega: equilibrar el cuerpo. La falta de estabilidad puede ser causada por distintos factores: emocional (variación y alteración de un «residual emocional» que afecta el plano físico, por ejemplo la rabia no expresada), espiritual (espíritus), mental (estrés, exceso de trabajo intelectual, fatiga), físico (bajada del sistema inmunitario, deficiencia alimentaria, cansancio muscular) y energético (energía «sucía» absorbida involuntariamente por otras personas) (Mena, 2009). Si bien Josep, mediante su ritual de expulsión de los espíritus, vislumbraba un tipo de «limpia» espiritual, Catia y Vittorio hacen patentes otras dimensiones: *«fare dei trattamenti è rischioso e se ti sporchi non sai neanche più distinguere le cose, quindi se ti avvicini a questo mondo devi comunque avvicinarti con una consapevolezza che quello che vai a toccare è pericoloso, anche se poi tu riesci a trovare un tuo modo per gestirlo al meglio»* (Catia). En Catia el binomio *sporvizia/pulizia* (suciedad/limpieza) estriba en primer lugar en la idea de contagio. Una palabra que no puede dejar de evocar el clásico de Mary Douglas, *Pureza y peligro* (1966), en el que la estudiosa británica vinculaba la idea de contaminación al contacto con elementos ambiguos y de dudosa clasificación. Dentro del pensamiento *New Age*, esta ambigüedad ha sido llevada al extremo, ya que la substancia infectada no se puede ver. Aunque esta «suciedad» no tiene color, ni forma, ni densidad, posee un poder intrínseco, y es éste el que es peligroso. Si el terapeuta no consigue liberarse de toda la negatividad que contrae, ésta puede poner en riesgo su condición psicofísica, tanto que es necesario compensar con determinadas acciones preventivas. Catia en particular reza, se descarga mediante la *lastra di rame*, medita, está en contacto con la naturaleza y usa el agua con sal que, según lo que me explica, absorbe el material bioenergético. Sin embargo, para seguir limpios, no son suficientes solo estas prácticas, sino que tienen que ir necesariamente acompañadas por un determinado estilo de vida. La pregunta fundamental aquí no es entender cómo funciona una limpieza y cual son las distintas características idiosincráticas que varían de ritual a ritual, de sistema terapéutico a sistema terapéutico, de cultura a cultura, sino comprender qué significa estar limpio.

Il problema è la mancanza di coerenza tra quella che è la posizione in cui dovresti essere, un mezzo distaccato, e lo stile di vita che conduci, cioè se tu sei tutta disarmonica e poi fai delle terapie ad altre persone non è coerente. Secondo me se si decide un certo percorso magari «occorre anche essere», cioè pregare, meditare, fare una vita coerente, non è che devi stare in casa tutto il giorno a pregare, però non so se sei sposata e tradisci, se tradisci le amicizie, se tratti male la gente, bevi, fumi, ti droghi eccetera eccetera e poi fai un lavoro con gli altri, dico: «cosa ti posso dare se sono estremamente sregolata? Il frutto delle mie sregolatezze» (Catia).

Vittorio añade:

La birra, la marijuana, la cocaina, l'eroina, tutte le altre, ognuna di queste ha un'entità energetica negativa particolare, se tu magari pensi cose sessuali un po' malate [...] al fine di fare solo sesso, senza amore.[...]

Dovrebbe essere con amore, ma la gente non lo sa. Quando hai emozioni forti negative, ti apri anche a entità negative, spiriti erranti, cattive possessioni, queste cose non sono eterne, prima o poi se ne vanno, però devi fare delle cose che ti fanno, involontariamente bene o male, innalzare, lo puoi fare in un secondo o in un mese, cambi vibrazione e queste cose si sganciano e vanno dove devono andare.

Para Catia y Vittorio, estar limpio significa seguir determinadas reglas en la vida cotidiana, en particular, conductas benévolas y positivas hacia las perspectivas futuras y hacia el prójimo, resumidas en la actitud positiva. A estas se añaden comportamientos saludables (no beber, no fumar, no hacer uso de drogas), la eliminación de los vicios -también de aquellos no nocivos, pero moralmente condenados- como puede ser el sexo cuando no está seguido por el amor, porque *«even essentially pleasurable and helpful activities, such as sleep, exercise, and sex, could be harmful, if they are allowed to ‘take over’ one’s life»* (McGuire, 1998, p. 104). Es evidente que, este estilo de vida está impregnado de un léxico moral que no hace otra cosa que sacar a relucir prohibiciones y tabúes típicos de una cultura católica que Occidente, campo de batalla de la secularización y del feminismo, pensaba haber superado (por lo menos en algunos de sus aspectos más extremos).

Ataques energéticos: ¿el mal de ojo de la Nueva Era?

Se io penso un secondo male a una persona, sento rabbia per una cosa che mi ha fatto, in automatico mi collego alla sua energia e sta persona pensa male di me e io mi prendo un attacco [...]. Gli attacchi sono maledizioni, interferenze con forme di pensiero negative, quando qualcuno ti è ostile (rabbia, invidia, rivendicazione), quando qualcuno ti ama e vede i tuoi lati positivi ... o ti viene inviato amore non è un attacco ma essere in comunione con la fonte, con i piani alti e ti espande la vibrazione. Gli attacchi sono pari alla paura e contrari all'amore. Le emozioni negative attirano il nero, molto di più di quello che pensa la gente, ma molto di più così come dire a uno che ti fa arrabbiare «ma schiantati»¹²⁴ è un attacco, causa un depotenziamento, quindi uno si avvicina allo schiantarsi.

La asociación lógica que se desvela en las palabras de Vittorio es la siguiente: cada uno de nosotros posee energía, esta energía puede ser más o menos limpia y esto depende del esfuerzo que hagamos para no ensuciarnos con pensamientos, acciones y hábitos negativos. Según él, es la vibración que nuestra energía posee la que explica la atracción de cosas más o menos positivas en nuestras vidas. De la misma forma, mediante nuestra energía, somos capaces de influenciar en el bien y en el mal. Vittorio me explica que como las personas pueden «enviar amor» y permitir la sanación de otro, pueden poseer una actitud negativa y «enviar odio». En este segundo caso podemos hablar de «un ataque». Aunque la primera vez que escuché el término me pareció volver a los dibujos animados donde poderosas fuerzas energéticas salían de las manos de los personajes, en breve tiempo comprendí que *l'attacco energetico* podía considerarse en estricta conexión con el más común (por lo menos

¹²⁴ El término se refiere a estrellarse contra algo.

en los países mediterráneos) de los *culture-bound syndrome*: el mal de ojo. En el libro *La vergine e il ragno* Pizza recupera el relato de Giacomo, el cual para explicar la irrupción del mal, habla de *roba sporca* (suciedad) «*Quella roba ti blocca un organo e quel blocco ti porta alla rovina*» (Pizza, 2014, p. 99). La descripción evoca una materialización de la «maldición» (*fattura*), es decir, de la negatividad que contamina físicamente los órganos del cuerpo y el equilibrio interno. De la misma forma, en Mesoamérica, la «limpia» es fundamental también para liberarse del mal de ojo (Mena, 2009).

Medicina popular y creencias alternativas se apartan del modelo técnico-científico y vuelven a los orígenes, a un contacto directo con la naturaleza, a un fluir necesario y continuo y a un poder de los individuos. Los cuerpos que sufren las maldiciones son cuerpos bloqueados, y lo mismo vale para los cuerpos ojeados. Como en el *channeling* y en la mediumnidad (Hanegraaff, 1996), también en este caso, los ataques energéticos pueden considerarse una terminología *emic* del movimiento *New Age* que en concreto acaba derivando en el mal de ojo y que, al igual que éste, no está exenta de un sistema moral de valores.

De estigmatizado a estigmatizante

Durante los diversos encuentros con Vittorio, algunos más formales que otros, conversamos sobre su vida, su pasado, su visión del mundo y del amor; en general no fue difícil hablar con él, excepto sobre su experiencia con la heroína. Aunque me contó su pasado con las drogas casi inmediatamente, con el tiempo se hizo cada vez más complicado volver sobre el tema. Se percibía como una especie de miedo, que no era solo vinculado al sufrimiento de revivir, a través de la narración, un periodo dramático de su vida, sino un miedo real. Vittorio estaba asustado de que la atracción magnética hacía la heroína pudiese surgir nuevamente al hablar de determinados recuerdos. Por estas razones no me centré tanto como hubiera querido sobre aquella época, sino que secundé su deseo de poner el foco en su nueva forma de vivir. Sin embargo, conseguí preguntarle por qué, según él, empezó a hacer uso de drogas y su respuesta me ayudó a comprender algunos de sus comportamientos:

Secondo me perché fin da piccolo io non mi sono sentito amato, valorizzato, non stavo bene con i miei [se refiere a los padres], non mi è stato trasmesso di far le cose con felicità, Quando sbagliavo non mi dicevano non ti preoccupare, no, mi dicevano hai sbagliato, me la facevano pesare. Crescendo non è detto che fai delle cagate così grosse [se refiere al abuso de drogas] come ho fatto io, pero magari c'è quell'altra persona che ne fa di altro tipo, come c'è quella che le tiene coperte poi magari le escono a 40 anni in un'altra forma che solo lei sa.

La sensación de no sentirse verdaderamente amado y apreciado por parte de los padres fue, según él, lo que lo impulsó hacia las drogas, un lugar donde refugiarse y olvidar la sensación de soledad. Este mismo espacio, actualmente, está ocupado por las nuevas creencias en las cuales se apoya, es decir, en el universo de las terapias alternativas y espirituales. La voluntad de olvidar aquella época oscura de su juventud y la consiguiente decisión de aplicarse en un nuevo camino de salvación personal me parecen dos acciones extremadamente vinculadas entre ellas, como si, de alguna forma, encontrara una especie de redención en los nuevos comportamientos saludables, moralmente correctos y sosegados de la espiritualidad alternativa.

De todas formas, este nuevo mundo no consigue llenar totalmente el vacío y, en algunos casos, ayuda a generar una nueva forma de soledad y de estigma. Cuando conocí a Vittorio, durante el encuentro sobre las constelaciones familiares, pude experimentar sobre mi misma (quizás a través de un fenómeno de sugestión o quizás no) las sensaciones de ansiedad y agobio que él estaba viviendo en aquel momento. Luego descubrí que las causas principales de aquella situación eran la falta de una pareja y de un trabajo. Aunque intentaba tranquilizarse mediante el principio de que las cosas llegan cuando es el momento y cuando estás listo para ellas, no podía evitar pasar por periodos de peculiar desconsuelo. Al fin y al cabo, tenía 44 años y nada seguro en su vida. Cuando lo volví a ver para la segunda entrevista, me contó que recién había empezado a salir con una chica que llamaré Serena. Le gustaba mucho, aunque era totalmente extraña al mundo *New Age* y un poco escéptica al respecto. De hecho, él creía que sus diferencias tenían una finalidad muy concreta: si por un lado, Serena se elevaba al mundo espiritual, por el otro, Vittorio descendía al terrenal. A pesar de esto, se quejaba que ella no le escuchara de verdad, que no le creyese y que no actuase en conformidad con las «reglas morales» que le sugería. Asimismo, me explicaba que esta chica se sentía atacada por él y que estaba convencida que Vittorio tenía «un ego muy grande». Como ya se había desarrollado cierta confianza entre nosotros, intenté hacerle entender que a menudo me había transmitido la misma impresión y que ésta era una característica común entre algunos de mis informantes. Era como si ellos poseyeran una secreta verdad que los demás aún no habían descubierto y que, en algunos casos, iba acompañada por un involuntario sentido de superioridad o, por lo menos, esta era la sensación que podían llegar a provocar a su público. Encontré nuevamente a Vittorio un año más tarde y su historia de amor surgió casi inmediatamente. Me contó que la había interrumpido hacía meses. No quiso continuar porque Serena no había mermado su consumo excesivo de alcohol. Vittorio se permite una cerveza solo muy de vez en cuando,

y sitúa el concepto de exceso en un umbral bastante bajo. Su forma de ver la vida y el mundo en esta nueva etapa no le permitían seguir con una persona que no le tomase en serio y que no respetase determinadas normas, porque no podía ir acompañado por alguien que voluntariamente decidiese de desequilibrarse.

El camino de sanación que Vittorio está viviendo es un camino difícil que puede implicar el surgimiento de nuevas problemáticas relacionales y sociales:

Quando uno fa un corso succede sta cosa che gli danno il diplomino che serve solo all'ego, se vuoi imparare a far qualcosa veramente devi darti da fare tutti i giorni con costanza, imparare, lavorare sempre su di te, perché finché non sperimenti tu stesso non riesci a dare fino in fondo quello di cui hanno bisogno gli altri. Non è un percorso facile, ci sono delle crisi, voglia di mandar tutto a fanculo, delle volte sei solo con tutti che pensano «sei fuori di testa». Non è bello, perché ci sta che pensino così però...È una continua crescita, devi soltanto trovare il modo per farla in maniera più leggera, più gioiosa, per arrivare senza bastonate dove vuoi e, nel mio caso, se imparo a padroneggiare bene il pensiero sarà una cosa grande.

Un poco como un neófito religioso, el *new ager* se enfrenta también a una «crisis de fe», un pasaje inevitable para llegar al contacto con el Dios que alberga en él mismo. Esta crisis está agravada por un nuevo estigma que se crea alrededor de su imagen. Negando, por lo menos en parte, la eficacia del modelo científico, el *new ager* es a menudo considerado un supersticioso, un ingenuo o, en el peor de los casos, un loco («una persona fuori di testa»). Es por ello que para él es tan difícil construir relaciones duraderas.

En su ambiente de trabajo actual, en la oficina mecánica, Vittorio no se siente a gusto y no solo porque el trabajo en sí no le satisface, sino porque entre sus colegas se siente como un extraño. Critica a las personas que se sienten fuertes cuando forman parte de un colectivo y toma distancia de ellos. Esta actitud es la única manera de seguir con su camino de autosanación. El peligro de este comportamiento es que se vuelva la fuente de una nueva forma de soledad. Un vacío contra el cual lo único que le queda es agarrarse a sus convicciones, superando el juicio de los demás, sus vicios, sus comportamientos desequilibrados y todo lo que en este mundo es malo; un arma de defensa y sanación que tiene el peligro de volverse una herramienta de autoaislamiento y estigmatización. Una soledad doble porqué, si por un lado el sujeto sufre la estigmatización por parte de quien no comprende ni respeta un modo distinto de ver el mundo y de acercarse a él, por el otro se auto-aísla como estrategia de protección. Por consiguiente, el riesgo hace que el sujeto se acabe convirtiendo, a su vez, en el creador de un nuevo estigma que se dirige hacia todos los que no respetan el nuevo paradigma.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

CAPÍTULO VII.

SOL Y MERCEDES: «TRISTEZA CRÓNICA», LIBERTAD Y RESISTENCIA

La libertad del poder hacer genera incluso más coacciones que el disciplinario deber. El deber tiene un límite. El poder hacer, por el contrario, no tiene ninguno.

Byung-Chul Han
Psicopolítica
(2014, p. 7)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Sol y Mercedes

Encontré a Sol en 2014 cuando desarrollé mi trabajo de campo en Cataluña. Era una tarde de diciembre y mi profesor de catalán se había ofrecido voluntario para acompañarme hasta el pueblo de Alcover (Tarragona) para entrevistar a Mercedes, una conocida suya que hacía distintos tipos de terapias. Al llegar, Mercedes me recibió con simpatía y amabilidad. Tenía 58 años, era una mujer bajita con mucha energía que desde el principio consiguió hacerme sentir cómoda y relajada. Le gustaba muchísimo hablar y estaba acostumbrada al contacto con la gente. Su dinamismo alegre contrastaba bastante con la timidez de Sol que estaba sentada en el sofá sin decir una palabra. Una mujer alta y corpulenta, pero que transmitía una inmediata sensación de fragilidad. Mercedes me explicó que colaboraba con ella durante algunas terapias y que por esto estaba allí con nosotros. Yo asentí con la cabeza y le sonreí, tras lo cual inicié mi entrevista con una pregunta general. Ella dijo:

No hay rituales, en mi manera de hacer no hay rituales, de momento es lo que hay, yo trabajo sobre esto, intento sanar el alma, sé que si se sana el alma sana el cuerpo. Hay muchas personas que enferman porque acaban muy distorsionadas, su alma está muy distorsionada, si sanas el alma, sanas el cuerpo, se utiliza cualquier cosa, las cruces, el agua bendita, las hierbas de la montaña, una luna clara, el sol, el solsticio, cualquier cosa sirve para sanar, solo hay que ponerle fe y siempre sin cobrar un duro.

Mercedes cree que la mayoría de los problemas de salud no se deben resolver mediante tratamientos, sino cambiando la propia concepción sobre el origen de las enfermedades:

Cuando nos duele la cabeza, la espalda, hay una razón del porqué nos duelen, no podemos sanar el dolor físico si no sabemos porque tenemos este dolor, a menos que no sea porqué nos hemos dado un golpe en el pie de la mesa, esto tiene un motivo, pero si enfermamos, puede ser las piernas, los brazos o estamos perdiendo la vista, hay que preguntarse por qué. Puedes ir a un curandero, un terapeuta y te lo desinflamará, te lo curará, te lo arreglará, pero al tiempo lo volverás a tener. Los terapeutas que tienen un poquito de lógica siempre buscan un por qué, siempre hay un por qué. No tenemos infecciones por qué sí, cistitis por qué sí, hay un motivo siempre y hay que buscar este motivo, porque muchas veces hay algo que llevamos con nosotros y puede ser ancestral de nuestros antepasados y esto es lo que hay que buscar. Una culebrilla es una pasada curarla, cuando llega una persona con una culebrilla, la matas y ya está, pero muchas veces cuando ha llegado a esta culebrilla primero ha tenido unos problemas, siempre ha acabado en temas emocionales y ha acabado saliendo la culebrilla, siempre ha acabado después de un proceso, esto es lo que hay que buscar siempre, el porqué de los problemas, una infección, un dolor, es donde el terapeuta sana el alma porque si el alma está sanada el cuerpo físico no tiene dolores.

Su visión de la enfermedad es tan holística como individualista. Si por un lado implica una conexión entre alma y cuerpo, por otro, su origen recae casi exclusivamente en la mente y en la actitud de los individuos, exceptuado algunos casos muy específicos (un golpe, una caída). La explicación de las causas, entonces, depende de un comportamiento equivocado del sujeto o de un «problema ancestral». Con esta expresión, Mercedes se refiere a una

especie de deuda que llevamos con nosotros y que está vinculada a las acciones de nuestras vidas anteriores o las de nuestros antepasados (la teoría coincide en gran parte con la que se explicaba en las constelaciones familiares). Si por un lado esta concepción se acerca peligrosamente a una cierta culpabilidad moralista de la cual hablaban Sontag (1989) y DiGiacomo (1992), por el otro, Mercedes crítica ferozmente el victimismo ciego alimentado por la lógica infantil de la sociedad capitalista¹²⁵ (Bruckner, 2002).

Depresión y crisis de la presencia: la «tristeza crónica» como resistencia

Mercedes suele empezar los tratamientos intentando comprender de donde deriva el sufrimiento de su paciente, haciendo preguntas, sacando informaciones, observando sus gestos, sus ojos y su lenguaje corporal. Su objetivo principal es ayudar al individuo a cambiar su actitud, favoreciendo su empoderamiento. Fue gracias al relato de Sol, sobre su experiencia personal, que logré comprender a qué se refería Mercedes con la expresión «sanar el alma para sanar el cuerpo».

Vaig patir una depressió molt forta quan tenia 23 anys i la última va ser als 36-37 anys a la feina perquè em van fer mobbing. Intentava fer la meua vida però no en podia sortir, no estava a una situació de tinc una hipoteca, o tinc fills, però era viure per treballar, ser complidor però clar arriba un punt que el meu cos va dir prou, jo estava en tractament psicològic, jo estava intentant. [...] Vaig quedar-me sense feina, havia sigut un any al psiquiàtric, pagant, com que a nivell de seguretat social no va tan bé, el psiquiatre em va dir «tens un trastorno obsessiu compulsiu», quan me'l va dir em va a xocar molt, em va canviar la medicació, mai acabava d'arrancar. Va arribar l'estiu, a casa dels meus pares hi ha una piscina, a mi l'aigua em relaxa molt i m'anava a tirar, i em venien idees de suïcidi, jo no em volia suïcidar però no sàvia com sortir més, en aquest estat la meua germana i la meua mare van decidir deixar-me al Pere Mata, al institut psiquiàtric.

Ahora Sol tiene 43 y tuvo su primera crisis a los 23. El origen, según me explica, es una inseguridad de fondo, cuyo síntoma es la depresión:

El no saber on vas, [...] i estar molt complexada amb el meu cos, el fet de no tindre parella, l'autoestima per baix. Jo per sort no ho vaig abocar amb drogues, alcohol, es igual, en el fons tot es falta d'estima, els meus pares han sigut unes persones, sí, m'han estimat, ho he après ara, però clar, no t'han tingut mai una abraçada, mai t'han dit «osti, que bé que ho fas, però aquest de fora fa això, això i això», sempre sentia sentiment de frustració.

Un conflicto laboral, entre los 36 o 37 años, desencadenó una nueva crisis particularmente aguda, tras la que Sol llegó a manifestar manías suicidas. Su comportamiento la asustó tanto que decidió auto-ingresarse en el Institut Pere Mata de Reus en el que se hizo internar por dos semanas.

¹²⁵ Según Bruckner (1996) ésta se manifiesta bajo cuatro formas: la urgencia del placer, la habituación al don, el sueño de la omnipotencia y la sed de la diversión. Estos componentes serían los que acabarían generando individuos exigentes y mimados con una concepción de la vida vinculada al «todo y ahora mismo».

El Pere Mata para mi va ser una gran experiència, una experiència molt grata, he vist que no estava tan malament, els mateixos cuidadores em van dir «que estàs fent aquí»? Perquè hi havia gent molt jova con moltes problemes de drogues, esquizofrènies, bipolars, lo únic que jo necessitava en aquell moment era calma, una protecció jo allí em sentia protegida perquè em sentia que estaven uns metges, em sentia tranquil·la, no tenia idea de suïcidi, va a ser como una experiència enriquidora.

En el Pere Mata Sol se sintió protegida y libre, no tenía que preocuparse de sí misma. Fue un momento de paz que duró solo dos semanas, proporcionado por un lugar que, generalmente, es considerado como coercitivo. Estas contradicciones, implícitas en la institucionalización, han sido ilustradas por Ilaria Cover (2016) en su tesis doctoral sobre la experiencia de las mujeres de un hospital mental en Alejandría (Egipto). La antropóloga italiana subraya que el hospital ejerce, simultáneamente, una función represiva, pero también supone un refugio que protege a sus internadas de la pobreza, de la falta de soporte familiar, del peligro de la ciudad y de la situación política del país (particularmente delicada en estos últimos años). Sol, por su parte, halló en el Pere Mata un lugar donde protegerse de sí misma, de las consecuencias de su desesperación, del aturdimiento en el cual se encontraba y de la «sociedad exigente» en la que vivimos.

¿Cómo pueden tenerse pensamientos suicidas tan agudos y al mismo tiempo ser consciente de no quererse matar realmente? ¿Es el temor a ser incapaces de gestionar una determinada situación que nos lleva hasta este punto? ¿Son años y años de «tristeza crónica»¹²⁶ que se mantiene estable a través de la constante ingesta de psicofármacos? Todas estas preguntas rondaban por mi cabeza mientras Sol me explicaba su situación. Por mi mente pasaron recuerdos de frustración, angustia y parálisis. Su experiencia me pareció solo un caso extremo de una realidad frecuente en una generación mimada por las grandes conquistas de la modernidad y del progreso, pero que no tiene herramientas para sobrepasar los imprevistos que truncan las expectativas.

En el análisis de Bruckner (2002), el individualismo de la sociedad occidental llega hasta su extremo mediante el infantilismo y la victimización. A través de estas dos tendencias, y de sus aliados, el consumismo y la diversión perpetua, el hombre moderno huye y se despreocupa de sus responsabilidades y deberes. Estos componentes serían los que permiten la creación de un «bucle de inocencia perpetua». Para el autor, el hombre moderno es como un niño malcriado que sigue adelante con la lógica del «todo y ahora mismo» y de la queja perpetua. Recuerdo que cuando Vittorio me estaba contando sus primeras experiencias con el mundo de la sanación usó estas palabras: *«cercavo cose particolari, ero abituato in un mondo particolare, quindi cercavo cose pesanti, ero abituato a tutto e subito, dunque*

¹²⁶ El término de «tristeza crónica» me resulta más acertado ya que depresión tiene una connotación biomédica.

cercavo appunto cose pesantissime per avere risultati immediati, istantanei. Cercavo guarigioni istantanee».

La reflexión sobre su comportamiento de exigencia y falta de paciencia ponía de relieve, de alguna forma, una situación muy común en Occidente, la del anulamiento del tiempo. Al no conseguir lo deseado, el hombre moderno reacciona con la queja «porque ésta se degrada muy deprisa complaciendo las pequeñas miserias. Esta forma de no doblegarse ante el orden de las cosas se convierte entonces en la forma charlatana de la renuncia» (Ibidem, p. 38). Quejas, consumismo y vicios se presentan como los nuevos refugios a través de los cuales contrastar la anomia de fondo.

Sol me confiesa haber sido una gran amante del fútbol porque se había convertido en un modo de evadir de la realidad. De alguna forma, lo que hacía era proyectar la felicidad del equipo hacia sí misma, como una especie de *transfert*. Una felicidad fugaz que encaja, en todo caso, con la fugacidad que caracteriza las emociones en la «sociedad líquida» (Bauman, 2013). Como afirma Minois, nuestra sociedad contribuye al aumento de la depresión en lugar de combatirla porque *«l'atmosfera narcisitica e edonistica predominante, che erge a valor supremo la valorizzazione di sé e la ricerca del piacere immediato come surrogato della felicità, è radicalmente ostile a qualunque forma di tristezza»* (Minois, 2005, p. 304). La diversión, el abuso de estupefacientes, las distracciones, el consumismo, la televisión, todo lo que haga más ligera la existencia es bienvenido y será difícil reaccionar contra ella, como describía brillantemente Kundera:

Era el vértigo. El embriagador, el insuperable deseo de caer. También podríamos llamarlo la borrachera de la debilidad. Uno se percata de su debilidad y no quiere luchar contra ella, sino entregarse. Está borracho de su debilidad, quiere ser aún más débil, quiere caer en medio de la plaza, ante los ojos de todos, quiere estar abajo y aún más abajo que abajo (Kundera, 1986, p. 83).

Si por un lado el hombre contemporáneo se deja caer en un abismo (infantil), por el otro se obsesiona con una ansiedad de control de la vida y de todas sus etapas, un control social bajo el que el individuo tiene que cumplir con las expectativas del grupo y las propias, o las que cree que son propias. La pregunta que surge entonces es ¿quién controla a quién? ¿No es más fácil domesticar a las personas mediante procesos de fabricación del consenso y de hegemonía cultural en lugar de usar exclusivamente la fuerza? Hemos pasado del poder soberano al poder disciplinario, aquel poder fijado en un sistema de normas, centrado en el control de la reproducción, las tasas de natalidad y mortalidad, el nivel de salud y la esperanza de vida. Sin embargo, este tipo de poder ya resulta inadecuado para el régimen liberal que, en cambio, ejerce su dominio mediante un «monstruo» mucho más sutil, el de la psicopolítica (Han, 2014), una forma de falsa libertad a través de la cual el individuo sometido no es consciente de su sumisión. Un control que se aplica prevalentemente a

través de la tecnología digital, donde somos nosotros mismos quienes nos entregamos voluntariamente al del ojo del Gran Hermano (Orwell, 1984) porque la psicopolítica se presenta como «una política inteligente que busca agradar en lugar de someter» (Ibidem, p. 31). La «total» libertad del hombre unidimensional (Marcuse, 2016) da lugar a coacciones internas que se manifiestan en términos de rendimiento y optimización. Este nuevo tipo de autoridad psicológica, que busca usar las emociones como medio de control, de todas formas, no consigue dejarnos totalmente indiferentes. El hombre moderno intenta seguir todos los pasos «recomendados»: tener una educación, una pareja, un buen hogar donde vivir, unos hijos, un trabajo (mejor si es indefinido) y procurando siempre ahorrar algo, «por lo que pueda pasar». Cuando algunos de estos elementos fallan y la carga de la presión social es ya demasiado fuerte, el individuo sucumbe y se genera una crisis.

Il momento critico dell'esistenza è critico perché impone una decisione e una scelta, un pronto adattamento alla realtà, un comportamento ricco di conseguenze altamente impegnative per la presenza. Il cacciatore davanti alla fiera, l'agricoltore davanti alla tempesta, il pastore davanti alla solitudine, l'uomo davanti alla donna, il guerriero davanti al nemico, lo schiavo davanti al padrone, il giovinetto davanti alla pubertà, i vivi davanti al cadavere; questi momenti critici dell'esistenza sono largamente tradizionali nelle società umane. Il carattere che tutti li lega è che in essi la storia, il divenire, si manifesta, e la presenza prende contatto di un mutamento, di un passaggio, così impegnativi per essa da rischiare di non mantenersi (de Martino, 1954, p. 18).

Si la crisis de la presencia en el mundo mágico estaba causada por las inseguridades materiales, la frustración, la impotencia y el miedo derivado de una sociedad que vivía en particulares condiciones de precariedad, con la mejora del estilo de vida, el progreso, la conquista de libertades e independencia, nos hemos aferrado a la ilusión de tenerlo todo bajo control y, por ende, de no necesitar ni el soporte de una comunidad que nos proteja ni de una fe (religión o magia) donde refugiarnos. Las fuerzas externas vencen a la débil subjetividad del hombre contemporáneo, incluso cuando estas no son una amenaza real para su existencia, sino una amenaza sobre aquello que debería ser la existencia. La depresión, entonces, se presenta en este panorama como «la expresión de una crisis profunda de la libertad, un signo patológico de que hoy la libertad se convierte, por diferentes vías, en coacción» (Han, 2014). «*Tinc 43 anys, no m'he casat, no tinc fills, és com dir no estic seguint res de les regles socials, no tinc feina, entre cometes, fa un temps a mi això m'angoixava molt, ho veia com una frustració, no estic complint les expectatives, però quines expectatives? Les que m'ha marcat la societat*». Siguiendo el modelo interpretativo de Sol, la «tristeza crónica» podría representar la reacción del individuo, su forma de resistir a la imposición de un determinado sistema, la crisis de la presencia del hombre contemporáneo. El origen de su situación radica entonces en un sufrimiento social, resultado de como el sistema político, económico e institucional modela a los individuos y consigue influenciar sus respuestas a

distintas problemáticas (Kleinman, Das, & Lock, 1997). «*¿He après a acceptar aquesta situació, estic viva, tinc salut, tinc per menjar, puc viure, puc fer coses... on és la merda de vida? No hi és. La merda de vida en aquell moment me l'havia generat jo*». Se puede considerar el sufrimiento social como «*un fatto sociale che rinvia a condizioni e campi assai differenti fra loro, il cui elemento comune sembrerebbe essere costituito dall'essere conseguenza del disagiato rapporto fra soggetto e ordine sociale, nonché delle modalità in cui tale disagio viene affrontato*» (Quaranta, 2006b, p. 6). Tanto como «las neurosis, según Gramsci, son reconducidas directamente a la «fabricación» de un nuevo tipo humano llevado a cabo por el capitalismo fordista (Pizza, 2009), la «tristeza crónica» sería el resultado del neoliberalismo.

No es casualidad que las CAM - NA hayan surgido en este tipo de sistema, con el cual establecen una relación de amor-odio. Si por un lado lo critican fuertemente, por el otro, se nutren propiamente de él: un modelo de sociedad individualista a cuadrícula débil (Douglas, 1988a), donde prolifera la multitud de expectativas (porque los individuos buscan estrategias para distinguirse), donde se hace patente una doctrina del éxito y del pensamiento positivo, donde todos podemos convertirnos en terapeutas y donde también la espiritualidad posee un valor mercantil.

Las pastillas mágicas

Según la OMS más de 300 millones de personas sufren de depresión, un trastorno que, desde la perspectiva biomédica, tiene su etiología en un desequilibrio químico del cerebro, concretamente a nivel de neurotransmisores, el «lugar» donde intervienen los medicamentos. Sin embargo, el dato estadístico relativo al número de personas afectadas está vinculado principalmente a la ingesta de antidepresivos, una política que varía de país a país y que, entonces, se convierte en un primer sesgo. Una reciente investigación sobre su consumo en la Unión Europea (Lewer, O'Reilly, Mojtabai, & Evans-Lacko, 2015), muestra que, si por un lado el colectivo más perjudicado es siempre el mismo (mujeres, individuos de mediana edad o con un bajo estado socioeconómico), el consumo de antidepresivos varía de 15,7 % (en Portugal) a 2,7% (en Grecia).¹²⁷ Los responsables de la investigación opinan que este factor es el resultado de determinadas políticas públicas y de variables sociales y económicas. En particular, el consumo de antidepresivos sería más alto en los países donde el gasto en asistencia sanitaria, por parte del Estado, es más elevado y donde las personas que sufren de un trastorno mental se consideran peligrosas; mientras que su

¹²⁷ España e Italia se sitúan en un lugar intermedio, respectivamente entre el 11% y 7,5%, los datos del gráfico no son suficientemente precisos.

uso se ve reducido en países que hacen recaer la culpa de la enfermedad en el individuo y que no creen en su recuperación. El uso (o abuso) de medicamentos, cuyo dato es fundamental para las estadísticas sobre la depresión, está sujeto a distintas variables, entre ellas no se debe subestimar los intereses de las multinacionales farmacéuticas (Lanctôt, 2002) cuyo objetivo es vender la mayor cantidad de medicamentos posible. Los fármacos poseen un valor social, y no simplemente un valor terapéutico, por esta razón las multinacionales farmacéuticas modifican la posología, el aspecto y la forma de los medicamentos en función de los consumidores (Akrich, 1995). ¿Cómo se puede saber, entonces, cuántas personas padecen de depresión? Y sobre todo, ¿Qué es la depresión?

El «mal de vivir» es una condición de la cual se conservan testimonios desde la antigüedad. En principio, era la «fatiga de vivir», a causa de las difíciles condiciones. Sucesivamente, ha pasado a ser el «hundimiento vital» que, a lo largo de la historia, ha sido denominado con los vocablos *melancolía*, *acedia* y *depresión* (Baztán, 1996). Hipócrates hablaba de temperamento melancólico, debido a un trauma psicológico o a una excesiva carga de trabajo, y lo asociaba a un exceso de bilis negra en el cerebro. Esta postura se inscribe dentro del modelo cosmológico, donde la *physis* era considerada el agente explicativo. Será en el siglo IV que, en el ámbito del monacato, se desarrollará el concepto de «acedia» para referirse a un conjunto entre tristeza, dejadez y apatía. Su origen recaía en una desconfianza hacia Dios, se trataba con ayunos -en cuanto prácticas purificadoras-, mezclando la idea del desequilibrio humoral y el abandono por parte de una entidad superior. A tal modelo se le atribuye la acepción de teológico porque conlleva una buena dosis de culpa individual. La acedia, de hecho, entró prontamente a formar parte de los siete pecados capitales. No será hasta el siglo XVIII que se empieza a hablar de depresión, una concepción mental y nerviosa asociada al hundimiento vital. El DSM-V considera que las características comunes al trastorno son: *«the presence of sad, empty, or irritable mood, accompanied by somatic and cognitive changes that significantly affect the individual's capacity to function. What differs among them are issues of duration, timing, or presumed etiology»* (DSM-V, 2013, p. 155). La duración prolongada del fenómeno y su repetición en el tiempo es la particularidad que lo distingue de un estado «normal» de tristeza o aflicción. El concepto de *mood* se utiliza con carácter de universalidad, sin tener en cuenta las variaciones culturales (Keyes, 1985). Lo que se ha ido conociendo como depresión es entonces una deficiencia neurofisiológica del organismo, extensa en el tiempo y que, a pesar de cual sea su origen, se suele curar principalmente con el consumo de antidepresivos. ¿Pero cómo la entienden los pacientes? Reflexionando sobre su experiencia, Sol crítica los tratamientos farmacológicos comúnmente empleados:

Et deien tens una depressió i t'enxufo medicament, i perquè tens antecedents familiars, realment la depressió en el meu cas és no saber afrontar la vida, és afrontar-la i ja està, no s'acaba amb una pastilla. [...] Quan vas a centres psiquiàtrics veus la gent que els dopen, però molt, és un dopatge total, i no els ajuden, no solventen. Perquè molta gent són pors, són inseguretats, són frustracions, són que a la vida no hi troben sentit però no saben cap on sortir-se'n. [...] Jo vaig anar al psicòleg deu anys, vaig seguir totes les pautes jo no havia d'arribar al Pere Mata.

De acuerdo con lo que opina Aguirre «en todas las formas depresivas sigue siendo verdad que la depresión es una vivencia por la muerte, en la que se sufre por vivir» (Baztán, 1996, p. 378).

Lo que hay que comprender es como las personas, mediante la cultura y la información de masas, han incorporado esta categoría biomédica y como se relacionan con ella. El peligro, básicamente, es que esta condición se retroalimente, que el individuo «deprimido» busque en los antidepresivos la única solución, y en el desequilibrio de los neurotransmisores la única causa. Cuando la *illness* domina a la persona en su orientación hacia el mundo, el individuo, abandonando su normal actividad y actitud, pasa a asumir el «rol del enfermo» (Freidson 1970, Keyes, 1985). A raíz de esto, Martínez-Hernández (2016) plantea el concepto de «neuro-narrativas», relatos donde el sujeto explica su sufrimiento mediante disfunciones neuroquímicas, cumpliendo así una de-historificación y de-socialización de la propia experiencia. A través del proceso de *neural self*, el enfermo acaba convirtiendo en objeto a sí mismo y en sujeto a su aflicción, a su presunta causa (serotonina) y a su tratamiento (antidepresivo).

Tras veinte años medicándose, Sol está a punto de abandonar los antidepresivos. Concluyó nuestra última entrevista con estas palabras: «*he estat 40 anys amargada, ara visc*». Tras todo su trascurso, las dos grandes crisis, los años de psicólogo y la experiencia en el Pere Mara, fueron la proximidad y cercanía de Mercedes lo que la impactó. Se encontraron por casualidad porque Sol había acompañado a una amiga a la terapia; antes nunca había tenido contactos con «este mundo» (espiritual, curanderil, alternativo). Mercedes la ayudó a darle la vuelta a las cosas, a cambiar su forma de pensar, le exigía acción y empoderamiento, pero al mismo tiempo le daba amor y atención. Cuando le pregunté si su trabajo tenía puntos de contacto con el de un psicólogo me contestó:

La verdad es que la psicología es una parte importante para que el ser humano sea capaz de comunicar y de hablar. En el caso mío o en el caso de las personas que más o menos hacen este tipo de terapia, no vamos tan, quizás, a buscar el problema, tan directo como pueda ir un psicólogo, vamos a buscar más por qué esta alma en este momento lo vivió así. La psicología tiene unos parámetros muy determinados para cada uno de los casos estudiados y analizados y es muy general, allí encajan muchas personas, pero cuando cada persona es un mundo no los puedes encajar a todos en un parámetro generalizado, tienen que ir a buscar un poquito más directo, más persona por persona. A mí de pequeña, por ejemplo, me pegaban e yo hoy lo recuerdo como algo que, claro, me molestó, me dolió, me hizo

sufrir pero que lo he superado ¿por qué otra persona en el mismo caso que yo y con más o menos los mismos parámetros que los míos ha caído en una crisis total? Lo que tienes que mirar es cómo vive cada persona una situación. No la vive todo el mundo igual y esto es lo que nos hace muchas veces ver una persona con un tema, que para ella es muy grave, y verla tan deteriorada y decirle no es para tanto, vaya tontería, pero claro tú lo ves desde tu punto de vista, para ti es una tontería y para ella esto en aquel momento la está machacando y la está hundiendo y es allí donde vamos, la psicología en sí no va tan fija en una persona es mucho más general y mucho más global y lo enmarca todo como muy general.

La crítica, no tan velada, al tratamiento psicológico se centra en particular en el encasillamiento del paciente dentro de una categoría específica, un procedimiento terapéutico no tan funcional cuando se opina que «cada paciente es un mundo» y que, como tal, tiene que ser tratado. Avanzando en esta dirección, este aspecto parece no ser el único factor decepcionante. Sol reprochó a su psicólogo el no estar suficientemente presente: *«jo pensava que el meu era honest, però ell també ... van de vacances i tu si tens problemes arregla't, en aquell moment estan atents però no escolten, jo vaig anar al psicòleg deu anys, jo no havia d'arribar al Pere Mata»*. Mercedes, en cambio, se queda verdaderamente a su lado, la apoya y respalda, pero, al mismo tiempo, la impulsa a reaccionar y a no esperar pasivamente que la situación mejore sola. Es una madre, una amiga, una guía, además de una sanadora/terapeuta/ayuda espiritual.

Brown and Harris (1978) encontraban el germen de la depresión en las relaciones de significado entre el hombre y el mundo y, en este sentido, la enfermedad podía ser generada por la pérdida, no tanto de un objeto-amado (desde un punto de vista freudiano), sino por *«the loss of important source of value»*. Una pérdida, ésta, que resulta una peculiar característica del mundo occidental. Gatto Trocchi (1990), por su parte, consideraba que este interés hacia los cultos esotéricos estaba, en parte, vinculado a la crisis orgánica de una jerarquía de valores. Para restablecer este equilibrio, así como para dar sentido a la enfermedad, más allá de su explicación en términos biológicos y orgánicos, hace falta un «profesional» (médico, curandero, terapeuta) que restablezca el orden. Este ha sido el papel de Mercedes respecto a Sol.

La enfermedad como construcción cultural

Consultando el DSM-V me ha llamado la atención el susto, un *culture-bound syndrome* bastante difundido en América Latina, que en la acepción de *susto* interpersonal está descrito como: *«feelings of loss, abandonment, and not being loved by family, with accompanying symptoms of sadness, poor self-image, and suicidal ideation»*. Estos síntomas *«seemed to be closely related to major depressive disorder»* (DSM-V, 2013, p. 836) y, de hecho, tienen muchos elementos en

común con la descripción que Sol hizo de su situación. Con este paralelismo, mi intención no es simplificar la complejidad de las categorías nosológicas, aunando depresión y *susto* en un único malestar, sino mostrar cómo determinados síntomas pueden ser leídos como enfermedades distintas dependiendo del contexto. Kleinman (1973) afirma que la cultura representa un puente entre los significados intersubjetivos y el cuerpo humano, para indicar que la sociedad influye en cómo los individuos interpretan los padecimientos, los hacen propios y viven con sus consecuencias. A raíz de esto, tenemos que ser conscientes de que la enfermedad no es simplemente un problema biológico, sino una construcción socio-histórica y un hecho cultural (Gondar Portasany 2003) y, por ende, no se puede considerar exclusivamente como una experiencia individual. Todas las sociedades definen las condiciones de normalidad y anormalidad. Esto explica, por ejemplo, por qué la homosexualidad se haya asociado, hasta hace poco, a una patología mental enraizada en las perversiones (Martínez-Hernández, 2011). El entorno sociocultural influye, además, a través de los hábitos y comportamientos al favorecimiento, el contagio o la aparición de enfermedades. Por último, no se tiene que subestimar el impacto de los factores sociales y culturales (Hahn, 1995). Mediante la experiencia del sufrimiento, el sujeto está implicado y hace patentes toda una serie de relaciones con su entorno, dentro del cual no se incluyen simplemente los otros individuos, sino también la naturaleza y el mundo invisible. Por estas razones la enfermedad se configura como «el más individual y el más social» de los eventos, además de representar una óptima herramienta para acceder a la comprensión de la sociedad (Augé, Marc & Herzlich, 1983).

Ya en el ejemplo del capítulo 4, *espatllat* y depresión se presentaban como dos padecimientos con síntomas parecidos, por lo menos desde el punto de vista *emic* del mundo rural. A parte el tratamiento terapéutico, las diferencias mayores se concentran en el plano social, es decir que, sufrir de un *espatllat* en la Cataluña de los años 60 no conlleva la misma carga y estigma que tener un diagnóstico de depresión 50 años más tarde. Como matiza Sol: *«jo amb el tema de l'espatllat i de l'aire si que ho havia sentit a casa. És tot més simple, ens estem complicant, és la nostra ment, és no sentir-nos, no escoltar»*.

Más allá de su dimensión biológica y orgánica, la enfermedad incorpora, entonces, también elementos simbólicos, emocionales y sociales. Gondar Portasany (Ibidem) destaca tres dimensiones principales: la semántica, la social y la psicológica. La primera permite contestar a las angustiosas preguntas de ¿por qué a mí? ¿Qué hice yo para merecer esto? Interrogantes para los que la biomedicina no tiene una explicación, por lo menos no fuera de sus lógicas técnico-científicas que resultan insuficientes para proporcionar una respuesta

satisfactoria a un individuo que se acerca a la experiencia del «ignoto» (muerte, sufrimiento o dolor). La dimensión semántica proporciona una explicación al origen de la enfermedad que va mucho más allá de las causas sintomáticas del cómo ha sido contraída o de cual son las causas, porque involucra un sistema de creencias complejo. En el contexto occidental solemos denominarlo como «casualidad» o «mala suerte», pero ésta es solo una lectura de la realidad, nuestra lectura. En el universo azande, para aportar un ejemplo, existe una razón bien concreta del porqué una determinada persona (A), y no otra, se ha hecho daño, se ha enfermado o ha muerto. Esta razón es la brujería (Evans-Pritchard, 1976). Si no hubiese habido brujería, A no se hubiera sentado a la sombra de un granero y éste no se hubiera derrumbado justamente en aquel momento. La dimensión semántica ofrece una justificación al porqué de la enfermedad, incorporando el poder y la culpa como elementos fundamentales del proceso del enfermar. Estos dos aspectos resultan claramente visibles también en el caso de Sol. Si inicialmente su concepción de los padecimientos y malestares, en general, y de la depresión en particular, recaía dentro de los parámetros explicativos del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), después de su encuentro con Mercedes y de su cambio de actitud, relacionó el origen del sufrimiento y de la felicidad con el poder individual, su poder.

La dimensión social de la enfermedad pone de relieve las repercusiones que un estado de sufrimiento puede implicar en el universo relacional del sujeto. Asimismo, proporciona elementos clarificadores sobre fenómenos de violencia estructural, biopoder y hegemonía. En el caso específico de Sol, la depresión, o mejor dicho la «tristeza crónica», ha sido el resultado de una inseguridad de base causada en parte por el tipo de relación instaurada con la familia, en parte por su auto-victimización y en parte por el sufrimiento social originado en los principios de nuestra sociedad. El bajo estado de ánimo y la desmoralización no le han ayudado a crear una red social más sólida que pudiese ser un soporte. Por el contrario, han favorecido el estigma y el aislamiento.

El factor psicológico está, al fin y al cabo, vinculado al aspecto emocional que, fundamentalmente, se arraiga en cómo el individuo vive la enfermedad. Esta dimensión es la que se ve principalmente implicada en casos de enfermedades crónicas o situaciones sin salida aparente, donde los sentimientos de ansiedad y angustia invaden al sujeto que, según Gondar Portasany, encuentra una forma de escape solo mediante «el salto al sistema mítico» que «ofrece la posibilidad de manejar esa angustia incrementada» (Gondar Portasany, 2003, p. 38). El autor entiende por mito los elementos transcendentales del pensamiento humano, del cual forma parte tanto la religión como la ciencia. De esta forma,

vemos que es precisamente la adopción de una nueva cosmovisión lo que llevó a Sol a encontrar su salvación.

La búsqueda de un nuevo refugio y el peligro del sectarismo

A parte de la responsabilidad individual y de la confianza en uno mismo, estas terapias y cosmovisión exaltan también la importancia de reconciliarse con la naturaleza, un contacto que se ha ido perdiendo en la era industrial. Para restablecerlo, el hombre moderno busca la exotividad, los paraísos perdidos, los paisajes vírgenes y no contaminados o las civilizaciones que (aparentemente) han mantenido un contacto más arraigado con la Tierra y, en consecuencia, con la espiritualidad. Como sostiene Sol para volver a la armonía con la naturaleza:

Hem d'anar a l'Índia perquè, hòstia, si són molt feliços. Jo hi vaig anar i realment, si no disfrutes del viatge tampoc és el què. I dius, és molt patètic que bagis d'anar a un país que et diguin és que tu aquí estàs molt bé. És molt trist, perquè nosaltres estem molt millor que ells i en canvi som molt més infeliços, perquè els viuen el dia a dia, no hi ha més. Hi ha moltes coses que em oblidat, que hem perdut, la gent estem perduts. Estem desquiciats, és una societat desquiciada, no vens somriures.

Esta condición que emerge con tanta claridad de las palabras de Sol, la de un «individuo perdido», no resulta tan nueva. Según algunos autores, lo que ha permitido el surgimiento del movimiento *New Age* es exactamente este vacío, un tema recurrente desde los años 20 del siglo pasado -cuyos orígenes recaen en la melancolía romántica-, que se ha concretizado en las luchas del '68 y en el movimiento *hippy*, pero que ha sufrido sucesivamente un duro colapso. Es en este contexto, «como respuesta al fracaso de la visión racionalista o material de la vida» que ha surgido «una dimensión en la que se impone la primacía del espíritu: el “retorno de lo sagrado”» (Gil & Nistal, 1994, p. 31). Hanegraaff (1996) había definido el *New Age* como una religión secularizada gracias a la cual los individuos pueden construir la propia espiritualidad. Estas creencias se encuentran en un limbo, es difícil pronunciarse sobre ellas, son ambiguas, múltiples y no definibles de un modo concreto. No sabría decir si las nuevas formas de espiritualidad contemporánea pueden definirse como una nueva corriente religiosa, pero lo que resulta evidente es que, para un amplio número de personas, cumplen con las mismas funciones, dado que permiten encontrar respuestas a preguntas existenciales, explicar la realidad, así como representar un momento de agregación y unión.

Vamos a detenernos en este último aspecto a partir de una jornada que Mercedes, Sol y otras personas organizan cada mes en Constantí (Tarragona) en la que se llevan a cabo y se reciben tratamientos alternativos de sanación. El grupo es autónomo, gratuito y abierto a todos. Mercedes me invitó a una de aquellas reuniones ya la primera vez que la

conocí. Fue una experiencia interesante y me sorprendió la cantidad de gente que formaba parte de ella. Conté unas 40 personas, pero probablemente eran más, dado que había un tráfico continuo de gente y no era posible llevar una cuenta. El encuentro se organiza en la primera planta de un edificio que les ha sido concedido de forma gratuita. Fui a la jornada con tres amigos, que en parte sentían curiosidad por conocer y en parte se sintieron obligados a acompañarme. Al llegar tocamos el timbre y alguien nos abrió la puerta sin hacer ninguna pregunta sobre nuestra identidad. El piso era grande y olía a incienso. En la entrada había una pizarra con las sesiones del día, que aquella tarde eran: Reiki, reflexología plantar, Tarot y registros akáshicos. Era la primera vez que escuchaba este último término, con ello se indica una especie de memoria de todo lo que ha acontecido desde el inicio de los tiempos y representa la deuda kármica, las obligaciones, deberes, compromisos y destino de cada uno de nosotros (de'Carli, 2004). En aquella parte de la casa la gente esperaba su turno para las terapias, había unas sillas y una mesa con algunas tapas y bebidas (sin alcohol); era un espacio de socialización donde era posible conversar con los demás. En algunas puertas había colgado un listado de nombres que representaban el orden de entrada. Cuando llegamos ya había varias personas apuntadas, a pesar de que era muy pronto. Escribí mi nombre tanto para el Tarot como para los registros akáshicos, pero nunca conseguí entrar. Cada conversación duraba entre 30 minutos y 1 hora, y el tiempo no era suficiente para tantas personas (la jornada empezaba a las 16.00 y acababa a las 20.00). Mientras tanto fui a explorar el único cuarto con acceso libre, donde se hacían tratamientos de Reiki. Era un gran salón con una luz tenue, la mayor parte de ella provenía de una lámpara de sal (de esas rosas que se suelen encontrar en las tiendas esotéricas) y de algunas velas que había encima de una mesa. En ella se encontraba también un recipiente destinado a las ofrendas (para los gastos) y una cesta con un escrito: «consejos», llena de pequeños papelitos a escoger. En el centro del cuarto había tres camillas sobre las cuales las personas se alternaban para recibir el Reiki. Por cada persona había por lo menos otras tres que hacían el tratamiento. Una se posicionaba en la zona de la cabeza, la otra en la de los pies y la tercera en el abdomen. Al acabar, «el paciente» abrazaba con fuerza cada uno de los «terapeutas». Las manifestaciones de cariño (abrazos, caricias, besos) eran bastante comunes entre todos los participantes. Según el análisis de Prat (2012), esta amplificación de las efusiones está basada en el intento de desarrollar una sociabilidad diferente a la que estamos acostumbrados, mediante la cual se busca el contacto físico, la empatía y la catarsis pública. En ella, el lenguaje no verbal y la manifestación de las emociones adquieren un

papel muy importante, llegando a convertir los espacios privados de sufrimientos en espacios públicos.

Sol describió así ese lugar de encuentro:

Suposo que també és un lloc de reunió, de trobada. La teràpia és això. Hi ha gent que busca que li tirin les cartes, hi ha un noi que fa registres, però en aquest sentit, ella [Mercedes] es queda bastant al marge, no és com si sigués la directora, allí tothom pot fer les seves habilitats. De vegades et quedes allí, fas tertúlia. Suposo que molta gent, és un cop al mes, hi ha bon rotllo, i es el que em deien a mi, que entens, hi ha posades en comú, que et criden l'atenció, però està obert a tothom, no és crear un cercle tancat, tothom que vulgui vindre pot vindre.

El grupo tiene un doble papel, si el primero está vinculado con las prácticas propias de sanación, el segundo, y probablemente el más importante, se relaciona con el espacio de seguridad y comprensión que se desarrolla: *«ahir mateix vaig anar a una calçotada i tot és 'cotilleo', tot és destrucció, és conformisme, és criticar, no és ajudar. Quan vaig amb la gent que s'ha fet amistat, amb gent de reiki i així, és construcció, és buscar més enllà»*. El de Constantí es un lugar donde Sol no tiene que dar explicaciones porque se siente tranquila y segura. Representa un espacio de protección a través del cual es posible huir de los peligros de la sociedad contemporánea, hecha de discursos malvados, materialistas y superficiales. Se consigue entonces crear una dimensión de comodidad y alivio que, además, favorece el diálogo sobre temáticas de tipo existencial, las que una vez encontraban respuesta mediante la religión católica (Prat, 2012). Con la secularización, estas preguntas ya no tienen réplica e, incluso, están sujetas a tabúes porque en la sociedad científica no hay espacio para lo trascendente. A raíz de todo esto, las jornadas de Constantí ofrecen distintos tipos de apoyo, puesto que se configuran como un espacio de sanación, protección y socialización. A esto se suma otra potencialidad, la promocional.

Tras probar un tratamiento de Reiki que duró unos 10 minutos, pasé al cuarto de reflexología plantar. Dentro había dos mujeres, Judith estaba libre y me invitó a sentarme enfrente de ella (en una silla de playa) y a quitarme zapatos y calcetines. Empezó a masajearme con aceite, explicándome que a cada parte del pie corresponde un órgano y que solucionando las problemáticas en los pies se consigue solucionar las otras también. Judith era una mujer de entre 50 y 55 años, de Valls (Tarragona), muy alegre y agradable. Antes de la crisis económica dirigía su propio centro estético en el que hacía también tratamientos de reflexología plantar, ahora trabaja en su casa. Para Judith las jornadas de Constantí, a parte de un momento de intercambio, representan una forma de hacerse publicidad en un periodo económicamente bastante problemático. Es evidente que las CAM se pueden convertir también en un recurso, una ganancia económica durante las épocas de escasa oferta laboral, sobre todo aquellas terapias que no tienen una legislación específica (como

es el caso de la reflexología plantar) y que no comportan un itinerario particularmente largo de aprendizaje.

La jornada fue absorbente, tuve la oportunidad de hacer distintos tratamientos y hablar con muchas personas. A pesar de esto, no puedo afirmar haberme sentido totalmente a gusto, no encontré un ambiente sectario, pero en determinados momentos me sentí una extraña, alguien que no pertenecía a aquel mundo y que no se sabía bien que estaba haciendo allí. Estimo que el motivo tenía que ver con que la mayoría de las personas se conocían entre ellas, así que mis tres amigos y yo llamábamos bastante la atención.

Si por un lado, dentro del contexto del universo holístico, muchos elementos positivos son evidentes: la crítica a la racionalidad y el materialismo, a la cultura capitalista, el mestizaje de creencias, el fomento del potencial humano; por otro, existen riesgos de irracionalidad, fundamentalismo y trivialización religiosa (Gil & Nistal, 1994) que pueden impulsar el surgimiento de grupos sectarios. En particular, me refiero al florecimiento de asociaciones dirigidas por un líder carismático que acaban convirtiéndose en la celebración de dicha persona y que suelen incluir una dimensión proselitista. Este aspecto es bastante problemático ya que es lo que ha favorecido una imagen negativa de todas estas corrientes, a pesar de que esté efectivamente más o menos presente. En este sentido, estimo que es necesario hacer una distinción entre quien hace un uso esporádico de las CAM – NA y quien utiliza estos tratamientos de forma habitual. En este segundo caso, los sujetos, a parte de las prácticas, comparten también una determinada cosmovisión. Aunque ésta no esté definida en detalle (al margen de las idiosincrasias), se fundamenta en los pilares precedentemente ilustrados, como son la concepción holística del cuerpo, la conexión con la naturaleza, la capacidad creadora del individuo y el desequilibrio energético. Todo este bagaje de creencias, evidentemente, tiene repercusiones sobre el estilo de vida, la cotidianidad y las relaciones sociales.

Mediante este nuevo conjunto de valores y prácticas, Sol consiguió ocupar un vacío y encontrar su lugar en el mundo despertándose de un estado de parálisis para tomar las riendas de su vida, pero ¿dónde está el límite entre el empoderamiento del individuo y la «creación» de otra forma de refugio? Es, probablemente, la inmersión en este mundo que genera el peligro del sectarismo. Cuando el individuo se encuentra en una posición de peculiar fragilidad aumenta el riesgo de que puedan aprovecharse de él y su debilidad. A lo largo de mi trabajo de campo, tuve esta sensación solo en aquella ceremonia de iniciación que he decidido no contar. Lo único que puedo decir es que el tipo de relación que los promotores de la iniciativa establecieron con el público (bastante agresivo e intimidatorio)

durante el evento, la cantidad de dinero que requerían para la iniciación, en conjunto con el número de correos semanales que recibo desde entonces, son todos elementos con los cuales es posible encontrarse al trabajar con las nuevas formas de espiritualidad contemporánea aunque, no por esto deben considerarse componentes intrínsecos de este mundo.

El reencantamiento del mundo contra la «hegemonía de la cultura capitalista»

Desde su infancia Mercedes se había sentido diferente a los demás:

Empecé a hacer cosas, cosas tan sencillas como desear que los demás estuvieran bien. En el ámbito familiar, por ejemplo, mi hermano se hacía daño y yo deseaba quitarle este dolor, siempre ponía las manos, lo que pasa es que después me he dado cuenta que un animal se hacía daño y en seguida iba y ponía las manos, pero esto lo hacemos todos, en nosotros, pero incluso en otras personas, no lo hacemos conscientemente para sanar, sino para aliviar, tocar, «estoy aquí tranquilo», «no tengas miedo», «no te preocupes si estoy aquí». Si lo observas y lo haces a menudo, acabas siendo consciente que sí lo haces para sanar, porque es tu deseo lo que pones en este tacto, instintivamente llevas el deseo de sanar este daño, este dolor, está herida.

Asimismo, desde siempre había estado en contacto directo con el mundo de la sanación.

Mi madre fue curandera durante muchos años y siempre respeté que estuviera allí, no tenía por qué pasar delante de mi madre, no tenía ningún interés, no debía. Ella me enseñó lo que supo, humildemente lo que pudo, me enseñó a mí, enseñó a mis hermanos, enseñó a mi hija, me quedé con lo que ella me enseñó, pero yo actuaba a mi manera, porque yo siempre he respetado mi manera, no solamente en este aspecto, en todos los aspectos de mi vida he intentado ser yo, me gustaba hacerlo a mi manera. Hay unas oraciones sí, hay unas formulas, unas imposiciones de manos, unas cruces sí, pero que mi madre la hacía a su manera y yo lo hago a la mía.

La madre de Mercedes era curandera en el sentido tradicional del término, había nacido en las montañas, poseía animales, los sanaba con lo que tenía a la mano (hierbas, emplastes) y de la misma forma hacía con los seres humanos. Mercedes decidió dedicarse abiertamente a la sanación solo tras la muerte de su madre (hace más o menos 12 años), no quería quitarle su rol dentro de la familia y de la comunidad. Al «substituir la», conservó las enseñanzas que le habían sido transmitidas, pero utilizó una forma propia de ejercerlos, un modo más instintivo y empático. Desde un punto de vista práctico, siguió usando determinadas terapias mecánicas (*espatllat*, masajes) y simbólicas tradicionales y, por el otro, incluyó tratamientos de origen oriental, como el Reiki.

Se desprende aquí nuevamente aquella *individual manipulation* (Hanegraaff, 2000) que ya se evidenciaba en Catia y en Josep. Tanto como ellos y su madre, Mercedes representa un punto de referencia para la comunidad y atrae una gran variedad de personas con distintas problemáticas. Su amabilidad y cercanía permiten instaurar con ella una relación

muy próxima desde el principio, seguramente favorecida por no cobrar absolutamente nada, ni la «voluntad» (interpretada en términos monetarios). Este es un factor particularmente importante para ella y que quiso remarcar más de una vez durante las entrevistas.

La relación con sus pacientes no lleva una carga jerárquica ni es asimétrica, como sucede en el sistema biomédico. Mercedes posee un carisma muy pronunciado que es la base de su poder simbólico. Éste resulta particularmente evidente cuando expresa su concepción de la salud y la enfermedad que yacen en la idea de transformación personal. Es como si fuera depositaria de un saber desconocido para la mayoría y cuya evidencia resulta obvia. Según esta «filosofía» de vida, el individuo tiene que cambiar su actitud hacia el futuro, saber apreciar la belleza de la existencia y conservar un optimismo de fondo. Para luchar contra el decaimiento de la sociedad, marcada por el individualismo, la soledad, la trampa de la seguridad laboral, el materialismo, el victimismo, la falta de amor y de respeto por la naturaleza, es indispensable reaccionar con un pensamiento activo y positivo. En este sentido se puede recuperar el planteamiento de Meredith McGuire según el cual *«much alternative healing is not merely a technique but rather entails an entire system of beliefs and practices [...] It works in all of these meaning-providing senses of the word»* por esta razón *«it is more address to illness than to disease»* (McGuire, 1998, p. 6).

Para sus «pacientes» Mercedes resulta entonces un modelo a seguir. Su personalidad los impulsa a reaccionar, a luchar para mantener la «presencia», a imponerse a una hegemonía cultural que ya no tiene que ver con una cuestión de clase y estatus social, con oprimidos y dominantes. La hegemonía de la cual se habla nos afecta a todos (o casi), la misma burguesía se ha quedado atrapada en la red del consenso naturalizado que contribuyó a crear. Es la «hegemonía de la cultura capitalista», de los intereses de un sistema y de un reducido número de personas, la de una sociedad unidimensional (Marcuse, 1964) que impulsa hacia el pensamiento único y la supresión del elemento crítico.

Es, precisamente, contra este estilo de vida que la mayoría de hombres y mujeres emplean las CAM y las terapias *New Age*. Dentro de la idiosincrasia de las distintas terapias, todas poseen elementos comunes que ayudan al despertar de los sentidos y de la empatía. Asimismo, los tratamientos se caracterizan por sensaciones cuidado y relajación y se añade además un elemento fundamental, bastante descuidado en el sistema médico científico, el de la escucha, momento en que el terapeuta actúa un poco de psicólogo, un poco de cura. Lo que se intenta crear es un nuevo paradigma que radica principalmente en un enfoque ecológico y holístico de todos los campos y que tiene implicaciones profundas en la cultura, la sociedad, la política y en la forma de concebir la vida y la muerte, la salud y la

enfermedad, la espiritualidad y la religiosidad (Gil & Nistal, 1994). Mediante todos estos elementos, el hombre contemporáneo intenta oponerse a los valores de la sociedad líquida y reencantar el mundo. El mundo mágico esta vez no irrumpe violentamente en la historia, sino que hay una búsqueda voluntaria de aquel universo en comunión con la naturaleza, con sus elementos, sus símbolos y la fuerza interior del hombre.

¿Mercantilización de lo sagrado o denuncia de un modelo?

Muchos de los estudios relacionados con las CAM - NA ponen en evidencia su dimensión consumista y mercantilista. La ambigüedad del *New Age* y la dificultad de atribuirle «seriedad», por parte de la opinión pública, es también pertinente, aunque en menor medida, en las terapias alternativas. Un primer dilema recae en la posición de indeterminación que estas ocupan, determinada por su falta de reconocimiento -no solo en términos legales- y por el etnocentrismo occidental que las considera marginales por no estar basadas en la lógica científica. Es indiferente si se está hablando de medicina tradicional china o Ayurveda, dos sistemas médicos milenarios, o de un telepredicador que lee cartas en la televisión de pago. Para el público occidental es fácil juntarlo todo en un mismo cajón. La creación de categorías erróneas como la de CAM por parte del MMH explica el por qué. Partiendo de este presupuesto, es normal que, una persona que considere estas terapias como supervivencias del modelo *folk* o trivialidades de una nueva forma de religiosidad, juzgue el pago como una forma de estafa y/o de robo, algo que no se suele cuestionar en la biomedicina privada. Es cierto también que la falta de legislación y la ambigüedad de las definiciones ayuda a aumentar la confusión y la creación de charlatanes que, sobre todo en momentos de crisis, se reinventan como sanadores, magos, médium o terapeutas y, probablemente, algunos creen serlo. Es pues fácil llegar a una lectura mercantilista de la espiritualidad. En un sistema de reificación de las personas y de las experiencias (Taussig, 2006[1970]) es fácil aprovecharse del sufrimiento y de la desesperación de los demás. El problema es saber distinguir entre quien se ha acercado a este mundo como «una forma de denuncia de la inhumanidad de la sociedad que, de hecho, está imponiendo el proceso modernizador» (Gil & Nistal, 1994, p. 34) y quien explota, de la peor manera, las oportunidades favorecidas por la «*competitive culture of individualism*» (Douglas, 1994, p. 36). En África ecuatorial, Giddens (1994) diferenciaba, en su momento, entre *specialists* y *guardians* de la tradición, los primeros privilegian el estatus y los segundo la competencia.

Al principio de mi investigación tenía bastantes prejuicios al respecto, justamente porque buena parte de la literatura, sobre todo la vinculada al *New Age*, exalta este

componente mercantilista. En mi caso me he encontrado con un panorama bastante distinto. La razón es que la mayoría de mis informantes tienen algún tipo de vinculación con la medicina popular y *folk*, la cual según una creencia común no solía pedir abiertamente dinero, como mucho la voluntad.¹²⁸ Los que no poseen este ligamen, como Vittorio o Lucia, entienden el dinero como un componente necesario para sus prestaciones, partiendo de la base que sus servicios son como cualquier otro trabajo.

Lo que me pregunto ahora es si la faceta económica no tiene alguna vinculación con lo que sugería Weber (1905) sobre los orígenes del capitalismo. Según él, su desarrollo en Europa (y no, por ejemplo, en China o en India que estaban extremadamente avanzadas en aquella época) ha sido favorecido por la ética protestante. Especialmente importante es la doctrina calvinista de la predestinación y sus consecuencias sobre el mundo terrenal. Para entendernos, según esta corriente religiosa si un individuo está predestinado su futuro está escrito y Dios ya sabe si se salvará o no. Lo paradójico recae entonces en que, siguiendo este principio, el comportamiento benévolo o malévolos de los individuos no tendría ninguna influencia a efectos de su salvación. El signo de la gracia divina recae, en cambio, en el éxito como consecuencia de haber trabajado duramente. Mediante la ética protestante «hemos aprendido a pensar en una recompensa futura que llegará si obedecemos las órdenes» (Sennett, 2008, p. 32). Aunque este vínculo con la religión ha desaparecido progresivamente, es desde allí que, según Weber, derivaría la producción continua, la reinversión del dinero y la competición que están en la base del capitalismo. Entonces, ¿dónde se colocan las CAM - NA dentro de este panorama? No puede negarse que existe, y de forma bastante evidente, una mercantilización de los componentes espirituales; es suficiente ir a cualquier feria de pueblo para encontrar una parada que vende cualquier tipo de remedio natural (hierbas, piedras, talismanes, amuletos), además de hacerte, en el mismo momento, tratamientos de sanación del alma, de equilibrio de los chakras y de leerte el Tarot. Esto es lo que ha sido definido como capitalismo del espíritu (Hernández i Martí, 2014) y se funda en el consumismo del mundo espiritual. Lo que me pregunto es si aquí la diferencia no está en aquella moral católica, diferente de la protestante, que en Italia y España prioriza la buena conducta, y no tanto la producción, como criterio para la salvación. Siguiendo este planteamiento se podría explicar tanto el interés relativo que mis

¹²⁸ Hay que tener en cuenta también que determinadas creencias populares pueden ser generalizaciones. Blanca Pérez Espuñes (2012) sugiere, por ejemplo, que esta convicción de que el auténtico curandero esté imposibilitado a cobrar no sea otra cosa que un estereotipo sobre el fenómeno del curanderismo, dado que en la prensa de finales del XIX ya aparecen publicidades de curanderos con sus tarifas. La misma autora dedicó un capítulo de su tesis al análisis de los artículos sobre curanderismo en *La Vanguardia* (desde 1881 a 2007).

principales informantes atribuyen al dinero, así como la importancia de unos determinados comportamientos morales que creíamos superados.

CAPÍTULO VIII. HACIA UN NUEVO MODELO

Es indispensable reconocer a cada cultura, grupo humano o individuo el derecho fundamental de concebir y gestionar la salud y la enfermedad según la voz de sus propios principios, creencias y convicciones. En una sociedad pluralista ningún sistema debería imponerse a otro.

Lluís Mallart i Guimerà
Sóc fill dels evuzok
(1996, p. 136)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Ampliando el horizonte

Hemos llegado casi al final. Este capítulo tiene la finalidad de ampliar aún más el horizonte descrito hasta ahora, introduciendo, aunque solo aproximadamente, otras herramientas de defensa de la salud, siempre en el campo del «sector paralelo de atención». En particular me refiero al papel de la tecnología, las redes sociales, los medios de comunicación y su influencia sobre la medicina popular (el punto de partida de esta tesis). Asimismo, el objetivo es presentar, sin pretensión de exhaustividad (que, de hecho, estimo que es bastante imposible de lograr) otras formas de sanación con las que me crucé a lo largo de la investigación y que son parte de las dimensiones locales y global del pluralismo asistencial.

Los curanderos africanos

Aunque no hay casi estudios sobre el tema, el fenómeno de los curanderos africanos (también denominados «marabú») está bastante difundido en las ciudades catalanas.¹²⁹ Se manifiestan especialmente mediante la distribución de pequeñas tarjetas, como la del Profesor Keita (véase figura 42) que podemos encontrar en las calles, en las estaciones o en los parabrisas de los vehículos. Todas son muy similares: fotocopias recortadas con una parte de texto en el cual el curandero/chamán (depende de las veces) garantiza soluciones a un conjunto de enfermedades y malestares atribuidos a campos diferentes; desde la sanación del mal de ojo hasta la cura de la depresión; desde problemas sexuales y amorosos hasta los de trabajo y negocio. Este mismo tipo de aviso se puede encontrar en Internet en las páginas web de anuncios, sobre todo relativos a la ciudad de Barcelona. La mayoría están acompañados por fotografías de viviendas tradicionales africanas o por la imagen del mismo curandero vestido con ropa tradicional. Excepcionalmente hay alguno que adopta un estilo occidental, traje y corbata, más próximo a un vendedor puerta a puerta que a un sanador.



Figura 42. Ejemplo de papelito de un curandero africano encontrado en las calles de Tarragona

¹²⁹ En Italia el fenómeno de los curanderos africanos no parece ser del mismo tipo, por lo menos no en *Emilia Romagna* donde desarrollé la investigación. Ni en las páginas de anuncios en Internet ni en los periódicos locales se encuentra noticia de los marabú.

Retomando la definición de Granero (1982) de «curanderismo urbano», con la cual definía las terapias de sanación, desarrolladas en las ciudades, que incorporan la presencia mutua de aspectos y valores de la *folk* medicina y de la medicina oficial, me pregunto dónde se sitúan los curanderos africanos dentro de tal modelo. Si bien el fenómeno, a primera vista, se desarrolla principalmente en los centros urbanos,¹³⁰ el *quid* de la cuestión no es tanto una alianza entre tradición y «ciencia», sino más bien la introducción de prácticas originarias de otros sistemas culturales en el contexto occidental. Este hecho traza la emergencia de considerar transiciones e innovaciones dentro de los sistemas alternativos de sanación que tengan en consideración el papel de la inmigración y de la globalización. Encuentro que sería de sumo interés descubrir cómo estas realidades se inscriben en nuestra sociedad, qué tipo de público se dirige a los curanderos (occidentales, inmigrantes), para qué padecimientos y malestares y, sobre todo, qué tipo de papel le atribuyen. Si, por ejemplo, un hombre o una mujer occidental deciden acudir a un marabú, ¿lo hacen por falta de curanderos locales o están buscando un tipo de terapia diferente? Abrir nuevas investigaciones en este campo podría ayudar a comprender mejor la complejidad de los itinerarios terapéuticos que se dan en la actualidad.

El resurgimiento del espiritismo

Hace más o menos un año asistí a la *IV Jornada Esperita* de Benavent de Segrià, un pequeño pueblo cerca de Lérida. Era la primera vez que participaba en un evento de este tipo y no sabía muy bien qué esperar de ello. Había unas sesenta personas, la mayoría mujeres entre los 50 y 80 años. Antes de entrar en la sala destinada al evento, miré los libros que los organizadores vendían y regalaban. Entre ellos, las actas de la precedente jornada y dos libros de bolsillo que resumían la doctrina espiritista. La sala olía fuertemente a incienso y me transmitió una sensación inmediata de claustrofobia y opresión, probablemente incrementada por el número exagerado de sillas apretadas entre ellas. Las ponencias eran solamente dos, pero cada una duraba entre una hora y una hora y media. La primera era un recorrido histórico sobre el espiritismo como filosofía de vida. La segunda, versaba sobre la corriente espiritista en la actualidad. Los ponentes eran los responsables del Centro Espírita de Reus, un hombre y una mujer de entre 45 y 50 años, ambos médiums. La charla se centró sobre todo en el don de la mediumnidad dentro del pensamiento espiritista. Se

¹³⁰ Esta es una mera suposición fundada principalmente en los datos recogidos mediante las páginas web, dado que no existen prácticamente estudios cualitativos sobre el tema. Encontré solamente un artículo publicado en el 2011 sobre curanderos/chamanes en L'Hospitalet de Llobregat (Cortés Rojano, 2011) que, pero no aporta muchos datos etnográficos, sino más bien históricos.

especificó que todos tenemos esta facultad, porque está vinculada a la glándula pineal, pero que no todos producimos fenómenos espirituales. Existen cuatro tipos de mediumnidad: la natural (que se adquiere a través de la evolución del individuo), la de prueba (que se puede solicitar y si se consiguen resultados positivos se puede mantener), la de expiación (que se refiere a las personas más comprometidas con las leyes divinas) y la misionera (que representa un compromiso adquirido hace muchas existencias). La finalidad de la mediumnidad es proteger, tener el control de nuestras vidas, estar en armonía con el entorno y evitar que éste nos perjudique.

Me empecé a dar cuenta que la jornada no estaba planteada para un público de intelectuales ni de *frikis*, menos aún para un público profano, sino que estaba dirigida a médiums. Llegó a parecerme casi un curso de formación, ya que se diferenciaban continuamente buenas y malas prácticas de mediumnidad. Los ponentes recordaron a menudo los posibles peligros vinculados a la entrada en este mundo: obsesionarse y creer estar en contacto con las guías y los seres más potentes o volverse un «mercenario de la mediumnidad», un estafador que, cobrando dinero, se aprovecha del sufrimiento y de la ingenuidad de la gente. Existen también médiums que no reprimen los apetitos viles, fuman, beben y no evitan los placeres corruptos. Estos médium, según ellos, no podrán ser de ayuda a nadie. Los ponentes acaban explicando que la misión de los espiritistas es espiritualizar el mundo, para conseguirlo es necesario empezar «limpiando el propio entorno», expresión con la cual se refieren a las siguientes actividades: cultivar el amor, perdonar, tener paciencia, autoestima y una vida direccionada hacia una finalidad espiritual. Al final de la charla, casi todos los participantes cierran los ojos, se concentran y repiten una oración conclusiva. El proselitismo de fondo que se hizo patente durante la jornada es el aspecto que más pone en riesgo a estas corrientes de convertirse en sectas. Sin embargo, también en este campo sería importante profundizar para comprender los matices del fenómeno, además de analizar la cantidad y el perfil de personas que ayudan a que el movimiento espiritista siga en auge.

¿Pranoterapia o imposición de manos?

Una realidad interesante es la que en italiano suele denominarse como *pranoterapia*, un tratamiento curativo que se desarrolla a través de la imposición de manos.¹³¹El origen recae en el *prāṇa* (del sanscrito «vida»), término con el cual, en la filosofía hinduista, se indican las

¹³¹ Cf. Enciclopedia On Line, Treccani, <http://www.treccani.it/enciclopedia/pranoterapia/> [consultada: 17/06/2017]

cinco formas de energía vital que se pueden absorber y distribuir a través de la respiración y de los chakras a todo el cuerpo. El concepto de *prāṇa* recuerda al de «*qi*» o al de *pneuma*. Según esta filosofía cada individuo emite una determinada energía (más o menos equilibrada) que el *pranoterapeuta*, mediante determinados movimientos de las manos (a distancia del paciente), es capaz de percibir y de restablecer en caso de alteraciones y desequilibrio. Siguiendo a Zanovello (1992), uno de los textos que permitieron la difusión de la doctrina en Italia, así como en América, es *L'arte di guarire con i mezzi psichici* (Ramacharaka, 1946), escrito por el Yogi Ramacharaka, y cuyo objeto de estudio es el poder de la mente para dominar el cuerpo. Durante el siglo pasado, surgieron estas «nuevas» figuras a caballo entre el terapeuta y el curandero que escribieron libros, autobiografías y se formaron en los márgenes de la ciencia, en contacto con el ambiente metapsíquico y que, de alguna forma, se podían considerar como la continuación científica de los precedentes círculos espiritistas (Zanovello, 1992).

A pesar de la disminución de estudios parapsicológicos en sí, el término *pranoterapia* salió del ámbito «científico» (o paracientífico) y pasó a ser empleado, a nivel popular, sobre todo como sinónimo de la imposición de manos (a menudo se desconocen sus orígenes y su vinculación con la filosofía hindú y el movimiento metapsíquico), una «técnica» conocida desde los tiempos de las curaciones milagrosas de Jesús y sucesivamente empleada por los «reyes taumaturgos» (Bloch, 1989) sobre los enfermos de escrófula, una enfermedad común que se manifestaba como una inflamación en los ganglios linfáticos. Con el proceso de medicalización, muchas de las prácticas tradicionales de sanación fueron relegadas a una posición de marginalidad, y la imposición de manos se encuentra entre ellas. Sin embargo, con la adopción de la terminología *pranoterapia* se ha conferido, de algún modo, un cierto tipo de autoridad al tratamiento, desvinculándole de aquel apartado *folk* relacionado con la superstición y la religiosidad popular. Asimismo, la práctica no suele incorporar todo aquel complejo simbólico que radica en los rituales tradicionales y, de esta forma, deja a las figuras de los *pranoterapeuti* en un limbo no muy definido ni identificable con una categoría específica. Fue probablemente por esta razón que, al principio de mi investigación, cuando pregunté a familiares y a amigos si tenían contacto con algún curandero o curandera, me dirigieron hacia dos *pranoterapeuti*. La concepción cultural que yo tenía de los sanadores se basaba especialmente en las fuentes histórico-folkloricas y en los cuentos de algún conocido; estaba asociada con un determinado simbolismo esotérico religioso y unos rituales iniciáticos que, en cambio, están exentos en las técnicas «prano». No tardé mucho en descubrir que, en el imaginario colectivo, en cambio, no eran específicamente estos

elementos los que favorecían la denominación de curandero, sino más bien la distancia del modelo técnico-científico. En consecuencia, todas aquellas profesiones o técnicas terapéuticas, cuyo aprendizaje no deriva de una licenciatura o de un curso de formación oficial, se suelen asociar al ámbito de lo popular y lo supersticioso, sobre todo cuando la eficacia es de naturaleza empírica.

Velia, una de las dos *pranoterapeuta* que entrevisté, subraya la importancia de las manos como herramienta de sanación:

Perché le mani hanno una funzione, le mani sono molto importanti, perciò dalla mano possono fluire molte cose buone [...] si emette un calore. Non so cosa possa essere. [...] Io ho iniziato nell'85 dopo un incidente, perché io sono stata scaravoltata nella strada e dopo mi sono svegliata che c'era già la gente di sopra, praticamente sono come morta, non credevo neanche di riuscire ad arrivare a Parma dal male, perché ero volata fuori dalla macchina e avevo preso una gran botta e dopo si è rivolta bene, non sono mica morta e allora per caso, così, l'avevo sentito non so come, se lo avevo letto in un giornale o qualcosa, che si potevano avere, non dei poteri, però le mani possono fare bene per gli altri e da lì ho sempre cercato di usare le mani per star bene, per i dolori.

Velia hace imposición de manos especialmente dentro de su círculo familiar y de amistades. Giacomo, en cambio, se ha vuelto bastante famoso en el pueblo donde vive. Trabaja diariamente en una gasolinera de la que su familia es propietaria y, en este mismo lugar, mucha gente se presenta en busca de un poco de alivio. Giacomo me explica que empezó hace 36 años (cuando lo entrevisté era el 2012), durante el periodo en que su mujer estaba embarazada y sufría de un fastidioso dolor de ciática. Ella había notado que las manos de su marido eran particularmente calientes, así que le pidió que le tocara la espalda, un gesto que alivió su dolor. Desde ese momento, Giacomo, que había acabado los estudios escolares a los 10 años, comenzó a frecuentar la escuela de parapsicología de Parma.¹³² Durante las clases se dedicaban, sobre todo, a hacer experimentos de alteraciones de sustancias. Acercaban las manos a productos específicos y alimentos por un determinado lapso de tiempo, al término del cual estos cambiaban su consistencia o sabor. La explicación de las modificaciones y de la sanción la atribuían al calor que emiten las manos. Durante estos tratamientos, se instauraría una especie de vínculo entre paciente y terapeuta a través de esta transmisión de energía y calor:

Ognuno di noi che fa quel lavoro li assorbe una parte del malato, però non siamo tutti uguali, io per esempio assorbo la schiena, dopo dieci minuti non sto più in piedi devo smettere per forza, inizio a sudare via, ma non c'è palpitazione al cuore [...] solo la schiena (solo se curo la schiena), ho un amico che gli prende il collo.

¹³² Lamentablemente no encontré información alguna sobre la escuela, no solo al momento no existe, sino que tampoco hay información en fuentes bibliotecarias o en archivos en línea.

El caso de la *pranoterapia*, si bien sigue teniendo relación con el contexto de la medicina popular, es uno de los que más se abren hacia el mundo de las terapias alternativas y *New Age*.

La medicina popular en el cyberspace

La era de Internet ha producido cambios enormes en muchos sectores de la vida cotidiana, acelerando el acceso a la información y reconfigurando las relaciones sociales. Ha ido construyendo espacios virtuales que se acabaron convirtiendo en lugares de confort y empatía, en refugios de la realidad, en medios para re-inventarse y cambiar de identidad, así como en fuentes peligrosas de odio, humillación y violencia. En menos de veinte años, Internet ha revolucionado completamente nuestras vidas, y mi generación ha sido la última en poder comprender la magnitud de esta revolución, habiendo vivido su juventud en un «antes» y su adolescencia en un «después». El tema de la salud ha sido seguramente uno de los más afectados, en particular todo aquello que tiene que ver con la auto-atención. La web ha creado lugares de ayuda y soporte al sufrimiento, mediante comunidades y fórums sobre cualquier tipo de síndrome y enfermedad, y ha proporcionado la posibilidad de encontrar informaciones de cualquier género, volviéndose un espacio para intercambiar consejos y experiencias. Por otro lado, la facilidad de acceso a la información ha dado origen a la que ha sido definida como *cyberchondria* (W.White & Horvitz, 2009a), una obsesión incontrolable relativa a la búsqueda en la red. Dentro de este contexto, se ha hablado de Antropología 2.0, para referirse a los trabajos etnográficos desarrollados en el mundo virtual (ya sea blogs, fórums, vídeos o redes sociales). Así, cada vez es mayor el número de investigadores que se decantan por explorar a través de esta metodología.

La medicina popular no se ha quedado indiferente a este cambio y, si por un lado el que hemos definido modelo clásico está de alguna forma desapareciendo, por el otro existen nuevas herramientas, especialmente vinculadas con los *social media*, que permiten el resurgimiento y la difusión de los saberes de forma increíblemente más rápida y que alcanzan un número de personas mucho más amplio.

Entre estos, considero un buen ejemplo una página de la red social Facebook que se llama *Guaritori e guaritrici di campagna*. Un grupo de 6521 miembros¹³³ que los seguidores usan para pedir remedios de tipo natural y casero, relativos a las aflicciones y enfermedades más variadas (ansiedad, diarrea, subir la hemoglobina, cólicos renales, dolores de cabeza, entre otros) o con la finalidad de buscar curanderos. La vastedad de información que se

¹³³ [Página consultada 15/04/2017].

puede encontrar en estos repositorios virtuales provoca, por un lado, una facilitación evidente de la comunicación y, por el otro, una reducción del contacto directo cara a cara o físicamente. Muchas consultas están dirigidas directamente a la red, eliminando el aspecto social y simbólico de la terapia y convirtiendo el rol del curandero a un simple «asesor». Sin embargo, desde hace más o menos un mes, la página ofrece también la posibilidad de encontrar un listado de *segnatori* con los que es posible ponerse en contacto. Cada uno especifica los tratamientos de los cuales se ocupa, siendo los que más se repiten el *fuoco di Sant'Antonio*, verrugas, esguinces y quemaduras.

Al momento de la consulta, en el listado aparecían 18 curanderos, 5 de ellos en *Emilia Romagna* (1 en Parma). La mayoría prefiere hacer rituales en persona, pero en casos extremos los hacen también a distancia. Para ser parte del grupo hay alguna regla a seguir, está prohibido colgar anuncios publicitarios (de centros terapéuticos, seminarios o jornadas bajo pago) y difundir información comercial, además de usar un lenguaje vulgar o maleducado. Los curanderos que emplean la página web como medio para ayudar, están obligados a ofrecer sus terapias de forma gratuita.

Otro ejemplo interesante lo encontré casualmente en *YouTube*, un vídeo¹³⁴ de 20 minutos, presentado por un terapeuta de sanación manual energética de una asociación de Barcelona, que re-propone el ritual de *l'espallat* en «clave moderna». En la primera parte explica el significado del término y, en la segunda, gracias a la ayuda de una colaboradora, muestra la técnica de sanación. Esencialmente el tutorial pretende ser una herramienta técnica para enseñar y difundir el tratamiento de una práctica generalmente confinada en las áreas rurales. Es también una forma de promocionar la asociación.

A través de Internet, especialmente de las redes sociales, se facilita el contacto y se readaptan y descontextualizan los fenómenos sociales. Dentro de este escenario, los rituales tradicionales pierden, por un lado, su aura de sacralidad, pero, por el otro, adquieren una nueva vida. Sin embargo, la accesibilidad sencilla y masiva a la información implica la dificultad de saber discernir entre realidad, ficción y credibilidad en general (Comelles, J.M & Brigidi, 2016), así como entre sanadores, terapeutas y charlatanes en particular.

¹³⁴ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=VY4Bmv1EVGw> [Consultado: 12/03/2015]-

El culto de los árboles

Hace un año y medio participé en un congreso sobre remedios populares.¹³⁵ La mayoría de las ponencias no eran de carácter académico, sino que se presentaban como talleres sobre plantas silvestres o charlas de carácter interdisciplinar entre aficionados, terapeutas y biólogos. Una, que no aparecía en el programa, me llamó particularmente la atención. Versaba sobre la recuperación de un antiguo culto de los árboles. El ponente explicó cómo, paseando por el bosque de forma contemplativa, pudo llegar a conectar con la «esencia» de los árboles, a sentirlos y a comunicarse con ellos y con los seres que los habitan. Impulsado por la apertura de esta nueva facultad, investigó sobre las tradiciones del pasado y descubrió que las raíces de estos cultos eran precristianas (en concreto habló de cultos celtíberos). Nos proporcionó un ejemplo de una práctica que había detectado en Cataluña, la del *roure d'Ancosa* que se relacionaba con estas antiguas creencias. El roble tenía una especie de hueco entre sus ramas dentro del cual, padre y padrino, hacían pasar al niño que sufría de hernia. En el sur Italia, di Nola (1983a) describió y comentó el mismo ritual, denominado *la passata*, hace ya muchos años. Lo más interesante no recaía tanto en el culto del árbol en sí, sino en su valor simbólico. Según di Nola, la práctica interesaba solamente al género masculino y consistía en hacer pasar a los niños, de forma horizontal, por debajo de un arco construido con la rama de un arbusto. Dos hombres, denominados los *compari*, sujetaban al niño y se lo pasaban de un lado al otro tres veces. Al acabar, envolvían la rama con el musgo, juntaban las dos partes abiertas con un cordel y esperaban a ver si germinaba, en este caso significaba que el ritual había tenido éxito. La hernia, en cuanto protrusión de un órgano o tejido, es una problemática que, en términos biomédicos, puede involucrar ambos sexos y distintas partes del cuerpo (íngles, cavidad abdominal, discal, cerebral); en la semiótica popular, en cambio, se alude exclusivamente a la hernia del aparato reproductor masculino. Según di Nola, la función del ritual no era meramente preventiva, sino más bien, simbólica. A través de la *passata*, de hecho, se insinuaba un segundo nacimiento, mediante el cual el individuo podía regenerarse con la finalidad de defender los poderes generacionales y reproductivos del hombre en el mundo rural.

Dejando de lado la interpretación de di Nola, la recuperación del culto de los árboles en sí se encuadra dentro de todos estos movimientos con un renovado acercamiento a la naturaleza. La dendroterapia, es decir, la sanación a través del contacto o con la ayuda de los árboles, es uno de los numerosos tratamientos holísticos que pretende

¹³⁵ He preferido no especificar de qué congreso se trata para proteger la privacidad de las personas involucradas.

superar las barreras entre humanos y no humanos, a través de la apertura de los sentidos y de la fusión con la naturaleza.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

DAL PARTICOLARE AL GENERALE

*Venite gente vuota, facciamola finita, voi preti
che vendete a tutti un'altra vita, se c'è come voi
dite un Dio nell'infinito, guardatevi nel cuore,
lo avete già tradito. E voi materialisti col
vostro chiodo fisso che Dio è morto e l'uomo è
solo in questo abisso. La verità cercata per
terra da maiali, tenetevi le ghiande, lasciatemi
le ali...*

«Cirano»

Album: *D'amore di morte*

e di altre sciocchezze

Francesco Guccini

(1996)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Conclusioni

Quattro anni fa, quando iniziai questo viaggio nei meandri della medicina popolare, non sapevo quasi nulla sui trattamenti energetici, vibrazionali e alternativi, e meno ancora sulla spiritualità *New Age*. Gli antichi rituali delle classi rurali e la loro attuale (re)esistenza dovevano essere il fulcro di questa tesi e, invece, si sono trasformati nel suo filo rosso ovvero in quella scenografia indispensabile per comprendere perché le CAM – NA stanno prendendo sempre più piede in Italia e Spagna. Se da un lato questa prospettiva trasversale dell'oggetto di studio mi ha creato diversi problemi da un punto di vista organizzativo e di comprensione della realtà, dall'altro ha favorito un approccio libero da pregiudizi (per quanto questo sia possibile) e un ampliamento del fenomeno studiato.

Durante un recente seminario, il Prof. Eduardo Menéndez menzionò il comportamento contraddittorio e surrealista tenuto da molti suoi colleghi che fecero ricerca sul campo in America Latina durante gli anni ottanta. L'antropologo si riferiva, in particolare, a quella voglia di esotico che spinge gli etnografi a falsare i risultati, creando una percezione distorta della realtà, una specie di «antropologia dell'immaginario» (questa fu l'espressione che usò). Se avessi deciso di lasciare da parte le diverse sfaccettature del «settore parallelo della salute» con le quali la medicina popolare dialoga, anch'io avrei in parte rischiato di correre questo pericolo. Tralasciando l'enorme eterogeneità delle terapie alternative, tutte hanno in comune il fatto di non essere semplicemente pratiche di difesa della salute, ma il mezzo empirico con il quale si dà voce a una determinata visione del mondo, dell'uomo e della natura, in contrasto con la logica biomedica. Il fatto di non essermi avvicinata ad esse in forma diretta o mediante la lente dell'antropologia della religione, si è rivelata un'ottima «strategia» che mi ha permesso di raccogliere dati in parte inaspettati o non sempre in concordanza con le ricerche precedenti. Uno di questi elementi è vincolato alle caratteristiche del mondo *New Age* e alle terapie olistiche, spesso descritte in opposizione alle grandi religioni monoteiste, proprio perché figlie della secolarizzazione. Questo non è esattamente il panorama che mi sono trovata davanti, ma andiamo con ordine.

Se nei primi capitoli il lettore si avvicina alla comprensione della medicina popolare (nel senso classico del termine) e a ciò che di essa rimane, a mano a mano che prosegue la lettura, quella ritualità, capace di coniugare analogismo pagano e simbolismo cristiano, passa in secondo piano. Sebbene questa non sia del tutto scomparsa, l'esercizio della medicina popolare così come si presentava qualche decennio fa, è portato avanti principalmente da persone anziane che vivono in contesti relativamente isolati e che sono

conosciute nella zona già da tempo. La maggior parte delle terapie riguardano la pratica che in italiano ha preso il nome di *segnatura*. Nonostante questo termine non sia attualmente in uso in Cataluña, le fonti folkloriche della prima metà del XX secolo fanno riferimento all'espressione catalana *senyadors* per indicare quei guaritori che curavano mediante croci e preghiere. A prescindere dalla sua nomenclatura e dalle sue varianti locali, la pratica è rimasta la stessa in entrambi i paesi.

È comunque indispensabile ripensare il modello della medicina popolare in funzione di determinati meccanismi socio-culturali, come il processo di medicalizzazione e il fenomeno dell'emigrazione dai campi alle città. Se da un lato il primo ha permesso la creazione del sistema sanitario nazionale (oltre al diffondersi dell'egemonia biomedica), il secondo ha spinto all'abbandono della vita contadina e dei suoi riti apotropaici. A questi, si devono sommare anche la secolarizzazione e la globalizzazione, che allo stesso tempo hanno allontanato l'uomo da quella religiosità popolare che caratterizzava il «mondo magico» e facilitato il contatto e l'intercambio di saperi e credenze differenti. Infine, non bisogna dimenticare che in seguito all'entrata delle donne nel mondo del lavoro remunerato, queste hanno in parte abbandonato il loro ruolo di *cuidadoras* della comunità. Tenendo conto di tutti questi elementi, il contesto sociale nel quale la medicina popolare s'inserisce oggi è evidentemente cambiato, iniziando dal fatto che **la maggior parte delle figure che attualmente praticano tali riti non sono guaritori, per lo meno non nel senso classico del termine**. Sebbene ancora esistano figure la cui fama attrae persone da lontano, la maggior parte di loro pratica la *segnatura* a livello del circuito familiare o di una rete sociale ristretta. Tuttavia, l'incontro con altre credenze terapeutiche alternative, come le CAM – NA, e l'impatto di Internet hanno contribuito e stanno contribuendo a ridefinire questo panorama. In particolare, mediante le reti sociali, si trasmettono informazioni, consigli e rimedi che in passato erano dominio esclusivo di determinate figure di riferimento. Allo stesso modo, il web favorisce la creazione di contatti e stimola gli scambi tra pazienti e «guaritori». Se in passato trovare qualcuno in grado di segnare il malocchio, le verruche o *l'airada* era possibile mediante il passa parola, Internet ha introdotto lo scambio rapido e immediato (non sempre privo di rischi) di qualsiasi tipo d'informazione e in questo senso ha aiutato il risorgere della medicina popolare. Tutti questi elementi caratterizzano la terza fase della medicalizzazione nella quale i limiti tra medicina *folk* e medicina scientifica diventano sempre più sfocati (Comelles, Egbe y Alegre 2017).

L'altro elemento che sta avendo forti ripercussioni sulla medicina popolare è la diffusione, in Occidente, delle medicine alternative e complementari e delle terapie *New Age*.

Il legame principale tra la *folkmedicine* e le CAM - NA consiste in un olistismo di fondo presente in tutte le componenti del «settore parallelo d'attenzione alla salute». Già Paracelso, mediante la dottrina delle segnature (un nome non certo casuale), affermava l'esistenza di una rete di corrispondenze «invisibili» (o meglio visibili a chi sapeva guardare) tra l'uomo e l'universo che permettevano di capire e interpretare il mondo. Sarebbero queste a rappresentare la base di quell'efficacia simbolica, tipica della magia simpatica, capace di trasformare una rosa nell'oggetto iniziatico che cura la *rosipola* e un pezzo di carbone nello strumento che agisce contro il «fuoco di Sant'Antonio». Questa relazione olistica tra l'uomo e l'ambiente rappresenta il vincolo principale tra la medicina popolare e le CAM - NA. Tutte queste credenze sott'intendono l'idea di un *body ecologic* (Hsu, 1999) ovvero di una risonanza mutua tra microcosmo e macrocosmo, che spesso si presenta attraverso la necessità di un equilibrio. A tal proposito, malocchio, attacchi energetici, possessioni spiritiche possono essere interpretate tutte come rappresentazioni culturali di qualche tipo di squilibrio corporeo. Quest'aspetto, le cui fondamenta uniscono tanti sistemi e credenze sulla malattia e la salute (basta pensare alla medicina tradizionale cinese e al concetto di «qi» o all'Ayurveda con quello di «prana») sono tutti approcci incentrati sull'unità della persona, del corpo e dell'anima, critici verso il dualismo cartesiano e il modello organicista della medicina tecnico-scientifica. Nella nuova realtà delle medicine alternative, le antiche pratiche subiscono processi di resignificazione e decontestualizzazione. **Di conseguenza è per la sua intrinseca capacità di cambiamento che la medicina popolare non deve essere considerata solo come un fatto, ma come un *continuum*, dinamico e iscritto all'interno del processo di medicalizzazione delle società occidentali.** È evidente, quindi, che non è in atto una scomparsa, ma un adattamento al nuovo contesto, un contesto dove **il «globale» ha preso il sopravvento sul «locale», ma non per questo quest'ultimo ha smesso di esistere.** Si può quindi parlare di un **«medicina popolare glo-local»**, frutto della sovrapposizione tra credenze esotiche (interpretate sotto la lente della propria cultura), credenze endotiche e dal conseguente prodotto ibrido che ne deriva.

In questo limbo tra «tradizione» e modernità, per quanto questi termini, come sostiene Latour (1993), siano relativi, si trovano quelle figure liminali di terapeuta/guaritore come Josep, Catia e Mercedes. A quest'olismo, i miei informanti aggiungono la credenza e fiducia nei valori cristiani che, nonostante i dubbi e le crisi, sono rimasti costanti. In conseguenza, per quanto li riguarda, non esiste nessuna contraddizione tra il cristianesimo e la «cosmivisione olistica» e, anzi, questo connubio gli ha permesso di ampliare i propri orizzonti e trovare risposte ai dubbi esistenziali. Il dogma cristiano della vita dopo la morte

si vede confermato grazie alla presenza degli spiriti che, per loro, non rappresentano il frutto esclusivo della fede, ma possiedono un *agency* e hanno una ripercussione costante e visibile sulle loro vite (a livello fisico, emozionale, psicologico). Mediante questo percorso, i miei informanti valicano i limiti della scienza, aprendosi a un «nuovo» modo di concepire la realtà, che però non si comporta molto diversamente da quello che in passato facevano la magia e la medicina popolare. Probabilmente non è un caso che questi «profeti occidentali» siano tutte persone che hanno ricevuto «una chiamata», che hanno sentito di avere un dono o un'empatia particolarmente profonda, così come non è un caso che si siano avvicinati alle CAM – NA. Mediante il modello olistico alternativo vedevano infatti confermata la loro visione della realtà, favorita da contatti con persone che gli avevano insegnato e trasmesso i segreti delle guarigioni tradizionali. In questo senso la medicina popolare ha rappresentato il substrato sul quale si sono inserite le medicine alternative che, insieme, hanno finito per rappresentare la **risposta empirica alla trascendenza**. I meccanismi di efficacia che si riproducono durante i trattamenti, così come la sperimentazione di sensazioni fisiche sul corpo, per Josep, Catia e Mercedes indicano proprio l'evidenza di questa spiritualità.

Questo scenario non è però quello che ha fatto da sfondo a tutti i miei informanti. Sol e Vittorio si sono accostati alle medicine alternative e alle terapie *New Age* in quanto pazienti. L'interesse per questo mondo è scaturito dalla necessità **di un rifugio, dal bisogno di trovare un senso, di rispondere a un vuoto esistenziale**. A proposito degli uomini primitivi Ackerknecht scriveva *«el hombre primitivo, llevado de la ansiedad y bajo una terrible presión por todas partes en un mundo hostil e imprevisible, necesita encontrarle algún sentido a todo ello»* (Ackerknecht, 1985, p. 175). Mi chiedo se l'uomo contemporaneo non abbia la stessa esigenza di sicurezza, necessaria per sopportare l'incognita della morte che, anche se allontanata dai progressi della conoscenza scientifica, non è per questo meno spaventosa. A riguardo, le CAM - NA si presentano come un'altra strategia per **combattere la «crisi della presenza»**, questa volta non causata da precarie condizioni di vita dell'umile mondo rurale, ma dall'anomia, dalla solitudine, dal vuoto cosmico e dalla sofferenza sociale. Abbracciando questa nuova filosofia gli individui restituiscono un significato all'esistenza. La crisi della presenza è quindi anche una crisi dell'identità dettata dall'instabilità della vita contemporanea e dalla «modernità liquida» (Bauman, 2000). Se questo ruolo fino a poco tempo fa era affidato alla religione, ora, l'uomo contemporaneo, spaventato dall'eccessiva libertà, vede emergere quel **bisogno d'incanto**, scomparso con la secolarizzazione. Dentro il contesto occidentale, la diffusione delle CAM - NA rappresenta una strategia per reincantare la società come resistenza all'egemonia della cultura capitalista. Per «l'uomo

unidimensionale» (Marcuse, 1964), infatti, la medicina popolare non è più un elemento familiare né un fenomeno sociale naturale che lo accompagna durante tutta la sua esistenza. **Il mondo magico, in sostanza, non è più dato come parte di una cultura subalterna, ma va cercato con impegno e dedizione**, solo così si potrà cambiare la coscienza delle persone, solo così si potrà reincantare il mondo. Secolarizzazione e disincantamento coesistono con i loro opposti (desecolarizzazione e reincidentamento), ma per Csordas (2014) questi non sono affatto in contraddizione tra di loro. Se i primi riguardano la società, i secondi al contrario, sono propri del terreno della cultura e dell'esperienza. Il ritrovamento del mondo magico si trasforma in un mezzo indispensabile per combattere il sistema capitalista, il neoliberalismo e la medicalizzazione della salute. Le CAM - NA ora, tanto come **in passato la magia e la medicina popolare, rappresentano una forma di empowerment dell'individuo e di resistenza**. Le categorie di egemonia e subalternità non si presentano più sotto forma di lotta di classe, ma di lotta contro il sistema, in quanto responsabile della mercificazione della salute e del feticismo del corpo. E per farlo si mira ad andare oltre ad esso, oltre la sua empiricità, trascendendo il binomio natura/cultura, recuperando l'analogismo, la capacità di sentire, usando come strategia della resistenza l'unica cosa che il mercato, apparentemente, non può controllare: la trascendenza. Il problema è che spesso il mercato controlla anche quella, e allora il rischio è di ricadere nella rete con una forza ancora maggiore, fatta di verità assolute, di superiorità, d'individualismo estremo. Si è passati da una credenza in un dio fuori di noi a quella in un dio che è dentro di noi. Se a livello di magia e medicina popolare credere era fondamentale per innescare determinati meccanismi d'efficacia simbolica (Lévi-Strauss, 1958), seguendo la logica capitalista e anche quella delle CAM – NA, ora credere è ancora indispensabile. Questa volta però la fiducia deve essere rivolta verso noi stessi. L'io, nella sua unicità, si configura al centro dell'universo. A tal proposito, in un libro di qualche anno fa, Galimberti proponeva una riflessione interessante:

La nozione di «individuo» è una nozione tipicamente occidentale con un suo atto di nascita e, nell'età della tecnica, un prevedibile atto di morte. Certo non muore quell'atomo sociale o entità indivisibile che a livello naturale fa parte di una specie, e a livello culturale di una società di cui ripete, per le sue caratteristiche, il tipo generale, ma muore quel soggetto che, a partire dalla consapevolezza della propria individualità si pensa autonomo, indipendente, libero fino ai confini della libertà altrui, e per effetto di questo riconoscimento, uguale agli altri. In altri termini ciò che muore non è l'individuo empirico, ma il sistema di valori, che a partire da questa singolarità, ha deciso la nostra storia, dove soggetto non è la società che prevede l'individuo come suo elemento, ma l'individuo che guarda alla società come al luogo della sua realizzazione (Galimberti, 2007, p. 525).

Il pericolo quindi è quello di un *olismo individualista*, propulsore di un abbattimento tra mente e corpo, uomo e natura, per mascherare una sete personale di conoscenza e controllo, un **incantamento finalizzato all'onnipotenza dell'individuo**. Evidentemente questa strategia è frutto «dell'egemonia della cultura capitalista», attraverso la quale ritorna in auge la vecchia condanna degli eccessi e dei vizi e ad essa si somma un specie di «moralismo economico», vincolato al perseguimento del benessere fisico globale come mezzo per ridurre la spesa sanitaria mondiale. Il rischio che si presenta è quello della nascita di un nuovo paradigma oppressivo e moralista che, se assunto in forma assoluta, non fa altro che riprodurre vecchi meccanismi, come la chiusura mentale, la dipendenza e l'individualismo estremo, oltre alla possibilità di trasformarsi nell'origine e causa di nuove malattie.

Tuttavia bisogna sempre pensare che dietro ai fenomeni sociali ci sono le persone e che queste hanno storie ed esperienze di vita diverse tra loro, molte delle quali derivano da una situazione di sofferenza. È spesso questa, e non l'interesse personale, a rappresentare il vero motore delle loro azioni. Il compito dell'antropologo non è quindi quello di generalizzare, riducendo le diverse sfaccettature della realtà, ma al contrario, quello di evidenziarne la complessità. Per evitare il rischio di essere nuovamente risucchiati dalla logica del sistema, proprio nel tentativo di liberarsi da essa, è necessario agire in conformità con un interesse più ampio che quello personale, riconferendo alla società (ma non al sistema) quel protagonismo che ha perso.

La tesi ha aperto le porte a nuove e potenziali ricerche, che vanno dal ruolo di Internet e delle reti sociali come mezzo di rinascita della medicina popolare al fenomeno del «medicina popular glo-local». In questo senso, se da un lato, la medicina popolare, si presenta come il punto di partenza, dall'altro si presenta anche come quello di ritorno. A questo temi, si deve aggiungere l'importanza di approfondire l'uso delle CAM – NA riguardo alle condizioni di «tristezza cronica», solitudine, esclusione sociale e malessere generalizzato. Ciò che il panorama esistente non fa altro che confermare è l'esigenza di incoraggiare l'espansione di un pluralismo assistenziale dentro al contesto occidentale. Sebbene negli ultimi anni si siano evidenziati progressi, sia in Emilia Romagna sia in Catalogna, a proposito della convivenza ufficiale e ufficiosa di sistemi alternativi di attenzione alla salute, la strada verso il pluralismo è ancora lunga. Non sempre lo scoglio più duro da abbattere sono i (bio)medici, che conoscono da vicino i limiti della medicina tecnico-scientifica. Come sostenne Lamberto Briziarelli, prof. d'Igiene dell'Università di Perugia, in una recente intervista sull'attività del CSES:

Noi siamo sempre stati convinti che la medicina non poteva essere veramente sociale se i medici non avessero ricevuto un'importante aggiunta culturale da parte delle discipline umanistiche, che non era solo insegnare un po' di antropologia culturale, psicologia medica, sociologia medica, ma di creare nella testa dello studente medico uno spazio per considerare il paziente non un uomo sul letto da visita, ma un uomo sociale (Briziarelli).¹³⁶

Spesso lo scoglio più duro è rappresentato dalla popolazione, dove la conoscenza è giunta attraverso la cultura di massa e mediante quella fabbricazione del consenso e quell'egemonia di cui parlava Gramsci (anche su questo tema sarebbe importante approfondire con progetti futuri). Questa ottusità e ricerca di un modello assoluto è rischiosa per entrambi le parti, sia dal punto di vista biomedico che alternativo. Come affermava Stephen:

A basic tenet of holistic health thinking is that no one body of medical knowledge can take into account all aspects of health reality, and, therefore, all medical perspectives are aspects of health reality, and, [...] inherently partial. Consequently, the only way to deal with all of the different facets of health reality is to adopt a multitherapeutic approach, which, in turn, demands a multiperspectival system (Stephen, 1990, p. 94).

Il pluralismo assistenziale non deve quindi limitarsi a situazioni di derivazione coloniale nelle quali se ne accetta l'esistenza semplicemente perché, in quel posto, la biomedicina non riesce ad arrivare, ma deve essere esteso (nel senso di promosso) anche all'Occidente. Il problema è che spesso si è perso di vista il fine ultimo della medicina, che non è affermare la sua supremazia né arricchirsi a discapito della salute degli individui, ma migliorare, alleviare e curare gli stati di sofferenza.

Tempo fa, spiegando a un amico ingegnere come avessi fatto a trarre beneficio da una terapia con i fiori di Bach, lui mi rispose: «sai, vero, che la scienza ha provato la sua inefficacia e ha dimostrato che si tratta esclusivamente di effetto placebo?». Un'affermazione di questo tipo è comune quando si parla di trattamenti alternativi. L'effetto placebo è l'espressione con cui si indica la risposta dell'organismo alla somministrazione di una sostanza che, a discapito di quello che pensa il paziente, è priva di qualsiasi tipo di proprietà terapeutica; questa però, o meglio l'illusione della sua efficacia, produce comunque risultati positivi. Che cos'è dunque quest'effetto placebo se non la capacità innata dell'organismo di curarsi da solo grazie alla convinzione di una guarigione assicurata? I termini «equilibrio energetico», «pensiero positivo», «efficacia simbolica» e «auto-guarigione» non potrebbero, quindi, essere semplicemente un linguaggio diverso per

¹³⁶ Cf. Comelles, Riccò et. al. (2017).

indicare questo fenomeno che la medicina allopatrica non è ancora in grado di spiegare scientificamente?. Sorge spontaneo chiedersi perché, dunque, il pensiero biomedico tende a svalutare l'efficacia dell'effetto placebo, mentre altri contesti culturali si fondano propriamente su di essa? Alla fine, quello che importa non è principalmente il risultato positivo di un trattamento piuttosto che l'origine del suo effetto? Probabilmente è proprio questo che in Occidente ci siamo dimenticati di fare: concentrarci su ciò che è veramente importante e non su quello che ci hanno convinto che lo sia.

In un panorama come quello appena descritto, l'uomo occidentale si trova di fronte a un bivio tra il modello del «mondo magico» e quello del «mondo tecnico-scientifico» che, in molti casi, si risolve con l'assunzione completa di uno dei due paradigmi. La scelta ricade nella strada più breve, quella che non mette in questione, quella che rassicura con le sue risposte logiche e inquadrata dentro a un determinato modello, quella che non si apre ad altre forme di pensare e concepire il mondo. Scientifico o magico che sia, ciò che si sceglie è dunque un rifugio e quando questo ci delude, due sono le possibilità: o neghiamo i suoi limiti o cambiamo di paradigma. In questo secondo caso rischiamo di rimanere così abbagliati dalla novità da ricadere nella stessa logica «totalitaria» ovvero nella scelta univoca di un nuovo modello. Nel suo delirio di onnipotenza e nella sua presunzione, l'individuo occidentale ha smesso di coltivare il suo spirito critico, inteso come attività profonda di riflessione e auto-riflessione, ma forse recuperarlo non è troppo tardi. Prima che lo scenario apocalittico di un uomo al servizio della tecnica (e non della tecnica al servizio dell'uomo) (Galimberti, 2007) si faccia realtà o prima che la ricerca del mondo magico ci converta in un popolo di «individui incantati», lo spirito critico, in quanto capacità di scorgere i limiti e le contraddizioni della nostra e delle altre culture, rimane forse una delle poche risorse non corruttibili né negoziabili che ci sono rimaste e per questo una delle poche fonti di salvezza.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht, E. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.
- Adler, M. (1979). *Drawing Down the Moon: Witches, Druids, Goddess-Worshippers, and Other Pagans in America Today*. New York: Viking Press.
- Ahearn, L. M. (2001). Agency. En *Key terms in language and culture* (pp. 7–10). Oxford: Blackwell Publishers.
- Akrich, M. (1995). Petite Antropologie du médicament. *Techniques et Cultures*, 125-26, 129–57.
- Albanese, C. L. (1992). The Magical Staff: Quantum Healing in the *New Age*. En *Perspectives on the New Age* (pp. 68–86). Albany: Suny Press.
- Alcott, A. B. (1835). *Record of a school: exemplifying the general principles of spiritual culture*. Boston: James Munroe and Company.
- Alegre Agís, E. & Riccò, I. (2017). Contribuciones literarias, biográficas y autoetnográficas a la antropología médica en España: el caso catalán. *Salud Colectiva*, (en prensa).
- Alighieri, D. (1958). *La divina commedia* (ed. or.1304–1321). Milano: Ulrico Hoepli.
- Alimenti, A. (1989). Folletti, streghe, vampiri e altri esseri fantastici: il sonno e la notte disturbati. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 37–42.
- Alinei, M. (1996). *La teoria della continuità paleolitica*. Bologna: Il Mulino.
- Allan, Y. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.
- Alonso, Y. (2005). Las constelaciones familiares de Bert Hellinger: Un procedimiento psicoterapéutico en busca de identidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 85–96.
- Amades, J. (1969). *Folklore de Catalunya. Costums i creences*. Barcelona: Selecta.
- Amades, J. (1980). *Oracioner i refranyer mèdics* (ed. or. 1935). Barcelona: Edicions El Mèdol.
- Ambasciano, L. (2014). *Sciamanesimo senza sciamanesimo. Le radici intellettuali del modello sciamanico di Mircea Eliade: evoluzionismo, psiconalisi, te(le)ologia*. Roma: Edizioni Nuova Cultura.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 ed.; DSM-4)*. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ed.; DSM-5)*. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing.

Antony, L. (2005). Embodiment and Epistemology. En *The Oxford Handbook of Epistemology* (pp. 1–11).

Arias, D. L., & Herrero, I. B. (2014). Neochamanismo y tecnoespiritualidad: el caso del movimiento trance en Andalucía. *TeknoKultura. Revista de Cultura Digital Y Movimientos Sociales*, 11, 167–190.

Augé, M. (1992). *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris: Le Seuil.

Augé, M. (1994). *Los “no lugares”. Espacios del anonimato. Una antropología de la Sobremodernidad*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Augé, Marc & Herzlich, C. (Ed.). (1983). *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*. Paris: Ed. des Archives Contemporaines.

Baer, H. A. (2001). *Biomedicine and Alternative Healing Systems in America: Issues of Class, Race, Ethnicity & Gender*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

Baer, H. A., Singer, Merrill, Susser, I. (2003). Biomedical hegemony in the context of medical pluralism. En *Medical anthropology and the world system* (pp. 329–352). Praeger.

Bakx, K. (1991). The “eclipse” of folk medicine in western society. *Sociology of Health & Illness*, 13(1), 20–38.

Barceló Prats, J. (2015). Heroísmos: etnografía del modelo de asistencia y práctica médicas en la Cataluña Noucentista. En J. M. Comelles & E. Perdiguero Gil (Eds.), *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC.

Baronti, G. (1998). Le ardue vie del latte. Note su alcuni amuleti e strumenti terapeutici popolari connessi al “mal del pelo” (mastite puerperale). *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 105–169.

Baronti, G. (2000). *La collezione Giuseppe Bellucci*. Perugia: Museo archeologico nazionale di Perugia.

Barrientos, J. Á. (1989). Música y Medicina: Francisco Xavier Cid y su “tarantismo observado en España” (1787). *Storia E Medicina Popolare*, VII(3), 28–37.

Barriola, I. M. (1952). Medicina popular en el País Vasco. *Archivos Iberoamericanos de La Historia de La Medicina*, 4, 239–294.

Bartoli, P., & Falteri, P. (1983). Il corpo conteso. Medicina “ufficiale” e medicina “popolare” a Magione. *La Ricerca Folklorica*, 8(8), 57.

Bartoli, P., & Falteri, P. (1987). La medicina popolare in Umbria dalla fine dell’800 ad oggi: permanenze e trasformazioni. *Sanità E Società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio Secoli XVI-XX*, 167–208.

Bartoli, P., Falteri, P., Loux, F., & Saillant, F. (1997). Non fissare il cielo stellato. Le verruche nella medicina popolare in Italia, Francia e Québec. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 3-4, 103–144.

Bartolucci, A. (2016), *Le streghe buone. I simboli, i gesti, le parole. Come muta la medicina tradizionale nell'era di Internet*. Torino: Compagnia Editoriale Aliberti.

Baudelaire, C. (1970). *Las flores del mal*. [s.l]: Círculo de lectores.

Bauman, Z. (2005). *La globalización*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2013). *Modernidad Líquida* (ed. or. 2000). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Baztán, Á. A. (1996). Depresión y religión. Acedia, luto y nostalgia. En J. A. González Alcantud & S. Rodríguez Becerra (Eds.), *Creer y curar: la medicina popular* (pp. 361–380). Granada: Diputación Provincial de Granada.

Bellucci. (1983). *Il feticismo primitivo in Italia*. (ed. or. 1907) Sala Bolognese (Bo): Arnoldo Forni Editore.

Bellucci, G. (1959). Amuleto. En *Grande Dizionario Enciclopedico Volume I*. UTET.

Benozzo, F. (2008). Lepri che volano, carri miracolosi, padelle come tamburi. Una tradizione etnolingüística preistórica en área emiliana. *Quaderni Di Semantica*, 29, 163–182.

Benveniste, É. (1969). *Le vocabulaire des institutions indo-européennes, 2. Pouvoir, droit, religion*, Paris. Paris: Les Éditions de Minuit.

Berman, M. (1987). *El reencantamiento del mundo*. Chile: Cuatro Vientos Editorial.

Bicocca, M., Florindi, S., & Cardini, F. (2009). *Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Agenzia sanitaria e sociale regionale*. Bologna: Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Bienville, J. D. T. (1775). *Traité des erreurs populaires sur la santé*. La Haya: Chez Pierre-Frederic Gosse.

Black, W. G. (1883). *Folk-medicine: a chapter in the history of culture*. London: Folk-lore.

Black, W. G. (1889). *Medicina popular. Un capítulo en la historia de la cultura*. Madrid: El Progreso Editorial.

Blanes, R. L., & Espíritu Santo, D. (2014). *The Social Life of Spirits*. Chicago-London: The University of Chicago Press.

Bloch, M. (1989). *I re taumaturghi*. Torino: Einaudi.

Boddy, J. (1994). Spirit Possession Revisited: Beyond Instrumentality. *Annual Review of Anthropology*, 23(1), 407–434.

Boglioli, M. (2015). Into the Great Beyond: Ontology and the Non-Human. *Reviews in Anthropology*, 44(4), 225–236.

Bona, G. P. (1961). Spiritismo. En *Grande Dizionario Enciclopedico. Volume XI* (pp. 1181–1182). UTET.

Bonilla, E. (2010). Conexión mente-cuerpo, fenómenos parapsicológicos y curación espiritual. Revisión. *Investigacion Clinica*, 51(2), 209–238.

Boudin, J. C. (1843). *Essai de géographie médicale, ou Etudes sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies*. Paris: Germer-Baillière.

Boudin, J. C. (1848). *Etudes de pathologie comparée*. Paris: Baillière.

Boudin, J. C. (1861). *Essai de pathologie ethnique: de l'influence de la race sur la fréquence, la forme et la gravité des maladies*. Annales d'Hygiène Publique et Médecine Légale XVI-XVII.

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Bourdieu, P. (2003). Actualmente la precariedad está en todas partes. En *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal* (pp. 120–132). Barcelona: Anagrama.

Bourguignon, E. (2013). Healing, Power: Subordination and Possession Trance. *Ethos*, 32(4), 557–574

Brav, A. (1992). The Evil Eye among the Hebrews. En *The Evil Eye*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

Brigo, B. (2006). *Medicina naturale dalla A alla Z*. Milano: Tecniche Nuove.

Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *The Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. New York: Free Press.

Bruckner, P. (1996). *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama.

Buchan, W. M. (1769). *Domestic medicine, or a treatise on the prevention and cure of diseases, by regimen and simple medicines: with an appendix, containing a dispensatory for the use of private practitioners*. Edinburgh: A. Kincaid . W. Creech, & J. Balfour.

Buchan, W. M. (1781). *Medicina domestica, o sia trattato completo de' mezzi di conservarsi in salute, di guarire e di prevenire le malattie, colla regola di vita e co' rimedj i piu semplici: opera utile alle persone di qualunque stato ed alla portata di ciascuno*. Padova: Stamperia del Seminario.

Buchan, W. M. (1785). *Medicina domestica, o casera, y tratado completo sobre los medios de conservar la salud, precaver, y curar las enfermedades*. Madrid: Andres Ramirez.

Burke, P. (1988). *Scene di vita quotidiana nell'Italia moderna*. Roma-Bari: Laterza.

Campos, R. N. (2009). *Medir con la cinta y tirar del cuerito: textos médicos sobre el empacho*. Buenos Aires: Continente.

Cant, S., & Sharma, U. (2001). *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, and the state*. New York: UCL Press.

Capacchi, C. (1996). *L'aldilà degli sciamani. Il mondo dei vivi e il mondo dei morti nello sciamanismo euroasiatico*. Parma: Palatina Editrice.

- Capanna, M. (1988). *Formidabili quegli anni*. Milano: Rizzoli.
- Capel, H. (1998). Medicina y clima en la España del siglo XVIII. *Revista de Geografía, XXXII-XXXI*, 79–105.
- Capra, F. (1982). *Il Tao della fisica*. Milano: Adelphi.
- Cardona, G. R. (1983). Gli amuleti scritti: un excursus comparativo. *La Ricerca Folklorica, 8*, 91–97.
- Cardoso, V. Z. (2014). Spirits and Stories in the Crossroads. En *The Social Life of Spirits* (pp. 93–107). Chicago-London: The University of Chicago Press.
- Carozzi, J. (1993). Definiciones de la *New Age* desde las Ciencias Sociales. *Boletín de Lecturas Sociales Y Económicas, 2*(5), 19–24.
- Cassidy, C. M. (1982). Protein-energy malnutrition as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry, 6*, 325–345.
- Castañeda, C. (1974). *Las enseñanzas de Don Juan* (1968th ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Castel, F., Castel, R., & Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.
- Castillo de Lucas, A. (1958a). *Folkmedicina. Medicina popular, folklore médico, etnomedicina, demotría etnoiátrica*. Madrid: Dossat, S.
- Castillo de Lucas, A. (1958b). *Folkmedicina: medicina popular, folklore médico, etnomedicina, demoiatria etnoiátrica*. Barcelona: Dossat.
- Cavazza, S. (1987). La folklorística italiana e il fascismo. Il Comitato Nazionale per le Arti Popolari. *La Ricerca Folklorica, 15*(aprile), 109–122.
- Centini, M. (1997). *Segni, parole, magia*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Cerasoli, G., & Garavini, B. (2010). *Guarì Guaròss. Riti e rimedi della medicina popolare in Romagna*. Imola: La Mandragora.
- Champeaux, J. (2002). *La religione dei romani*. Bologna: Il Mulino.
- Charuty, G. (1997). L'invention de la médecine populaire. *Gradhiva, 22*, 45–57.
- Chatelain, A. (1865). *Des erreurs et préjugés populaires en médecine*. Neuchatel: Delachaux et Sandoz.
- Chernilo, D. (2015). Book Review: Bruno Latour, *An Enquiry into Modes of Existence: An Anthropology of the Moderns*. *European Journal of Social Theory, 18*(3), 343–348.
- Chiarelli, C., & Pasini, W. (2010). *Paolo Mantegazza e l'evoluzionismo in Italia*. (C. Chiarelli & W. Pasini, Eds.). Firenze: Firenze University Press.

Chiovenda, E. (1931). Vegetali utilizzati nella medicina indigena dell'Eritrea, Somalia e regioni vicine. En *Atti 1° Congr. Sc. Col., Firenze*.

Cid, F. X. (1787). *Tarantismo observado en España*. Madrid: Imprenta González.

Ciminelli, M. L. (1997). Culture-bound syndromes. Un concetto vago e di dubbia utilità. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 3-4, 247–280.

Cirese, A. M. (1973). *Cultura egemonica e culture subalterne*. Palermo: Palumbo Editore.

Cirese, A. M. (1978). Zanetti e la medicina popolare: questioni di ieri e di oggi. En *La medicina delle nostre donne*. Foligno: Ediclio.

Citelli, A., Grasso, G., Rovelli, A., & Savini, M. (2014). *Int u segnu. Guaritori popolari de pratiche magiche nelle Quattro province*. San Giuliano Milanese (Milano): Associazione culturale Barabàn.

Claverie, E. (2003). *Les guerres de la Vierge. Une anthropologie des apparitions*. Paris: Gallimard.

Clemente, P. (1976). Movimento operaio, cultura di sinistra e folklore. En *Il dibattito sul folklore in Italia*. Milano: Edizione di cultura popolare.

Clemente, P. (2001). Il punto su: il folklore. En P. Clemente & F. Mugnaini (Eds.), *Oltre il folklore* (pp. 187–219). Roma: Carocci.

Cock, A. de. (1891). *Volksgeneeskunde in Vlaanderen*. Gent: Vuystelke.

Cohn, N. (1970). *The Pursuit of the Millennium* (1957th ed.). New York: Oxford University Press.

Colon, P. P. (1824). *Essai sur la médecine populaire et ses dangers*. [s.l]: Didot jeune.

Comas-d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas: Individuo E Sociedad*, 15, 10–22.

Comelles, J. M. (1992a). El proceso de automedicación y la prevención de las drogodependencias. En D. Comas, M. Espín Martín, & E. Ramírez Goicoechea (Eds.), *Fundamentos teóricos en prevención* (pp. 139–178). Madrid: G.I.D. Fundamentos.

Comelles, J. M. (1992b). Fe, carisma y mila gros. El poder de curar...En J. A. González Alcantud & S. Rodríguez Becerra (Eds.), *Creer y curar: la medicina popular* (pp. 331–336). Granada: Diputación Provincial de Granada.

Comelles, J. M., & Martínez-Hernández, Á. (1994). La medicina popular. Los límites culturales del modelo médico. *Revista de Dialectología Y Tradiciones Populares*, XLIX(2), 109–136.

Comelles, J. M. (1996a). Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 1-2/ ottob, 57–87.

Comelles, J. M. (1996b). De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del Estado contemporáneo. En *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*. Madrid: UNED.

Comelles, J. M. (2002). Antropologia i salut. Etnografia, compromís i activisme. *Revista D'etnologia de Catalunya*, 20, 92–105.

Comelles, J. M. (2003). Cultura y salud. De la negociación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 111–131.

Comelles, J. M., Alemany, S., & Francès, L. (2013). *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial*. Barcelona: Generalitat De Catalunya.

Comelles, J. M., & Perdiguero-Gil, E. (2014). El folklore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina. En E. Perdiguero-Gil & T. Uribe Oyarbide (Eds.), *Antropología médica en la Europa meridional 30 años de debate sobre pluralismo asistencial* (pp. 11–49). Tarragona: Publicaciones URV.

Comelles, J. M., Perdiguero-Gil, E., & Riccò, I. (2014). Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne. *Curare*, 37(2), 85–99.

Comelles, J. M., & Perdiguero-Gil, E. (2015). Begin the begin. Medicina y etnografía en Cataluña. En J. M. Comelles & E. Perdiguero-Gil (Eds.), *Medicina y etnografía en Cataluña* (pp. 6–20). Madrid: CSIC.

Comelles, J. M. (2015). Enfermedades folk, preocupaciones y educación sanitaria en la Cataluña franquista (1939-1959). En *Medicina y etnografía en Cataluña* (pp. 171–202). Madrid: CSIC.

Comelles, J. M. (2016a). De los errores del pasado a las preocupaciones del ahora. Clínica, etnografía y educación sanitaria. En J. M. Comelles & E. Perdiguero-Gil (Eds.), *Educación, comunicación y salud* (pp. 19–58). Tarragona: Publicacions URV.

Comelles, J.M., (2016b) From superstition to folk medicine. The transition from a religious to a medical concept. *Medicine Anthropology Theory*, 3 (2), 269-305.

Comelles, J. M., & Perdiguero-Gil, E. (2016). *Educación, comunicación y salud*. Tarragona: Publicacions URV.

Comelles, J.M & Brigidi, S. (2016). Etnografía, realidad y ficción en los médicos y enfermeras en las series de televisión. En B. Serena (Ed.), *Cultura, salud, cine y televisión: Recursos audiovisuales en las Ciencias de la Salud y Sociales*. Tarragona: Publicacions URV.

Comelles, J. M., Egbe, M., & Alegre, E. (2017). El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk. En *Comida y mundo virtual* (pp. 247–283). Barcelona: Editorial UOC.

Comelles, J. M., Riccò, I., Perdiguero-Gil, E., & Terron Bañuelos, A. (2017). Educación sanitaria y antropología médica en Europa: los casos de Italia y España. *Salud Colectiva*, (en prensa).

Cornejo Valle, M. (2012). Religión y espiritualidad, ¿dos modelos enfrentados?. Trayectorias poscatólicas entre budistas Soka Gakkai. *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 327–346

Cornejo Valle, M., & Blázquez Rodríguez, M. (2013). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. *Revista de Antropología Experimental*, 13, 11–30.

Correa-Urquiza, M. (2009). *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.

Cortés Rojano, N. (2011). Un chamán en l'Hospitalet: imaginarios y hechicería africana en el Barcelonès actual. *Quaderns D'estudi l'Hospitalet de Llobregat*, 25, 149–167.

Cosmacini, G. (2015). *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*. Roma-Bari: Laterza.

Cover, I. (2016). *Open walls: the experience of psychiatric institutionalization through egyptian women's drawings*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.

Crapanzano, V., & Garrison, V. (1977). *Case Studies in Spirit Possession*. New York - London - Sydney - Toronto: John Wiley & Sons.

Csordas, T. (1994). *The sacred self: a cultural phenomenology of charismatic healing*. Berkley and Los Angeles: University of California Press.

Csordas, T. (2003). Incorporazione e fenomenologia culturale. *Annuario Di Antropologia*, 3, 143–162.

Csordas, T. (2014). Fractal Pluralism. *Society*, 51(2), 126–130.

Dante Alighieri. Comedia. Inferno. (1982). Barcelona: Seix Barral.

David-Néel, A. (1988). *Magos y místicos del Tibet* (ed. or. 1929). Barcelona: Indigo.

David-Néel, A. (2001). *El Budisme del Buda* (ed. or. 1921). Barcelona: La llave.

De Bernardi, M. (2015). *Lettura semiotica della pratica delle "segnature" nella prospettiva transculturale relativa alla zona degli Appennini della regione italiana dell'Emilia Romagna*. Tesis doctoral Université Toulouse le Mirail.

De' Carli, J. (2004). *Reiki Universal*. Madrid: Bolsillo Edaf.

De Heusch, L. (1971). *Why Marry Her? Society and Symbolic Structures*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

De Martino, E. (1953). Note di viaggio. *Nuovi Argomenti*, I, 47–79.

De Martino, E. (1954). Fenomenologia religiosa e storicismo assoluto. *Studi E Materiali Di Storia Delle Religioni*, 24-25.

- De Martino, E. (1958). *Morte e pianto rituale*. Torino: Boringhieri.
- De Martino, E. (1973). *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo* (ed. or. 1948). Torino: Bollati Boringhieri.
- De Martino, E. (1976). Intorno a una storia del mondo popolare subalterno. En *Il dibattito sul folklore in Italia* (1949th ed.). Milano: Edizione di cultura popolare.
- De Martino, E. (2001). *Sud e magia* (ed. or. 1959). Milano: Feltrinelli.
- De Martino, E. (2008a). El folklore progresivo. En C. Feixa (Ed.), *El folklore progresivo y otros ensayos* (pp. 107–110). Barcelona: Museu d'Art Contemporani de Barcelona.
- De Martino, E. (2008b). *La terra del rimorso* (ed. or. 1961). Milano: Il Saggiatore.
- De Nino, A. (1891). *Usi e costumi abruzzesi. Malattie e rimedi*. Firenze: Tipografia di G.Barbera.
- Dei, F. (1996). Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità. *I Fogli Di Oriss*, 29–56.
- Dei, F. (2011). *Dove si nasconde la cultura popolare?*. Local cultures and traditions in Bulgaria and Italy: academic debates and heritage policies (Sofia, September 14-18, 2005)
- Dei, F. (2012). Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica. En D. Cozzi (Ed.), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario* (pp. 157–180). Perugia: Morlacchi Editore.
- Dei, F. (2014). Antropologia medica e pluralismo delle cure. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 37, 81–104.
- Del Oso, J. (1980). *Espiritismo: la respuesta de los muertos*. Madrid: Ediciones UVE.
- Delgado, M. (1993). La “religiosidad popular”. En torno a un falso problema. *Gazeta de Antropología*, 10, 1–16.
- Descola, P. (2011). Más allá de la Naturaleza y cultura. En L. Montenegro (Ed.), *Cultura y Naturaleza. Aproximaciones a propósito del bicentenario de la independencia de Colombia* (pp. 75–98). Bogotá: José Celestino Mutis Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
- Descola, P. (2013). *Beyond Nature and Culture* (ed. or. 2005). London: The University of Chicago Press.
- Destro, A., & Pesce, M. (2004). *Antropologia delle origini cristiane*. Roma-Bari: Laterza.
- Désveaux, E. (2009). Totemismo. En *Dizionario di antropologia e etnologia* (ed. or. 1991). Piccola Biblioteca Einaudi.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral.
- Devesa Jordà, F., Pellicer Bataller, J., Ferrando Ginestar, J., Borghol Hariri, A., Bustamante Balén, M., Ortuño Cortés, J., Fresquet Febrer, J. L. (2005). Persistencia de

una práctica de medicina mágico-religiosa para la cura del empacho entre los enfermos que acuden a consultas externas de digestivo. *Gastroenterología Y Hepatología*, 28(5), 267–274.

Di Nola, A. M. (1981). Sacro/profano. En *Enciclopedia Einaudi* (pp. 313–366).

Di Nola, A. M. (1983a). *L'arco di rovo. Impotenza e aggressività in due rituali del Sud*. Torino: Boringhieri.

Di Nola, A. M. (1983b). La medicina popolare: questioni di metodo. *La Ricerca Folklorica*, 8, 7–12.

Di Nola, A. M. (1989). Le terapie magico-religiose. En *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*. Milano: Electa.

Di Pietro, P. (1981). Le antiche patologie. En *Medicina, erbe e magia. Cultura popolare nell'Emilia Romagna*. Milano: Silvana Editoriale.

Diasio, N. (1999). *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. Paris: PUF.

Diaz Ojeda, M. A., & Sevilla, J. L. (1980). Patología popular y mal de ojo. En M. Kenny & J. M. De Miguel (Eds.), *La antropología médica en España* (pp. 209–223). Barcelona: Anagrama.

Diem, A. G., & Lewis, J. R. (1992). Imagining India: The Influence of Hinduism on the *New Age* Movement. En *Perspectives on the New Age* (pp. 48–58). Albany: Suny Press.

DiGiacomo, S. M. (1992). Metaphor as Illness: Postmodern Dilemmas in the Representation of Body, Mind and Disorder. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 14(1), 109–137.

Dipietro, G., Pepe, A., Sicher, S., Tomasso, E., & Velleca, V. (2011). *Medicine Complementari Alternative tra medicamento e condizionamento . Una cura differente*.

Douglas, M. (1973). *Purezza y peligro* (ed. or. 1966). Madrid: Siglo veintiuno editores.

Douglas, M. (1979). I due corpi. En *I simboli naturali* (pp. 99–122). Torino: Einaudi.

Douglas, M. (1988). Cuadrícula y grupo. En *Simbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza Universidad.

Douglas, M. (1994). The construction of the physician. A cultural approach to medical fashions. En S. Budd & U. Sharma (Eds.), *The healing bond. The patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility* (pp. 23–41). London - New York: Routledge.

Dozon, J.-P. (2000). Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale. En P. Schirripa & P. Vulpiani (Eds.), *L'ambulatorio del guaritore* (pp. 41–54). Perugia: Argo.

Durkheim, É. (1998). *El suicidio* (ed. or. 1897). Madrid: Akal.

- Durkheim, É. (2003). *Las formas elementales de la vida religiosa* (ed. or. 1912). Madrid: Alianza Editorial.
- Eardley, S., Bishop, F. L., Cardini, F., Santos-Rey, K., Jong, M. C., Ursoniu, S., & Lewith, G. (2012). CAM use in Europe—The patients' perspective. Part II: A pilot feasibility study of a questionnaire to determine EU wide CAM use. *The Roadmap for European CAM Research*, 4(241951), 112.
- Eddy, M. B. G. (1881). *Science and Health* (1875th ed.). Cambridge: Univeristy Press: John Wilson and Son, Cambridge.
- Eliade, M. (1968). *Il mito dell'eterno ritorno*. Torino: Boria.
- Eliade, M. (2005). *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi* (ed. or. 1964). Roma: Edizioni Mediterranee.
- Elworthy, F. T. (1895). *The evil eye. An account of this ancient & widespreade superstition*. London: John Murray-Albemarle Street.
- Emerson, R. W. (1883). *Essays* (ed. or. 1841). Boston and New York: Houghton Mifflin Company.
- Erkoreka, A. (1988). Aproximación a la medicina popular en el País Vasco. *Storia E Medicina Popolare*.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles Del CEIC*, 12, 1–21.
- Evans-Pritchard, E. E. (1940). *The Nuer: a Description of the Modes of Livelihood and Political Institutions of a Nilotic People*. Oxford: Clarendon Press.
- Evans-Pritchard, E. E. (1976). *Brujería, magia y oráculos entre los azande* (1937th ed.). Barcelona: Anagrama.
- Fabrega, H. (1971). Medical anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 167–229.
- Falk, H. (1922). Frosken og padden i nordisk folkemedisin. [n.p.].
- Falteri, P. (2014). Zeno Zanetti tra medicina e demoiatria. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 38, 227–246.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard.
- Fedele, A., & Blanes, R. L. (2011). *Encounters of Body and Soul in Contemporary Religious Practices: Anthropological Reflections*. (A. Fedele & R. L. Blanes, Eds.). Oxford and New York: Berghahn Books.
- Feher, S. (1992). Who holds the cards? Women and *New Age* astrology. En J. R. Lewis & J. Gordon Melton (Eds.), *Perspectives on the New Age* (pp. 179–189). Albany: Suny Press.

Feixa, C. (2008). Más allá de Éboli : Gramsci , De Martino y el debate sobre la cultura subalterna en Italia. En *El folclore progresivo y otros ensayos* (pp. 9–10). Barcelona: MACBA / UAB-Universitat Autònoma de Barcelona.

Ferguson, M. (1994). *La conspiración de acuario* (ed. or. 1980). Madrid: Editorial América Ibérica S.A.

Fericgla, J. M. (2000). *Los chamanismos a revisión. De la vía del éxtasis a Internet*. Barcelona: Kairós.

Fernández García, J. (1995). *Curanderos y santos sanadores. Curanderismo y medicina popular en Asturias*. Oviedo: Grupo Editorial Asturiano.

Ferragut, C. (2005). *Medicina y promoció social a la baixa edad mitjana (Corona d'Aragó, 1350–1410)*. Madrid: CSIC.

Filoramo, G. (1999). *Millenarismo e New Age. Apocalisse e religiosità alternativa*. Bari: Edizioni Dedalo.

Finamore, G. (1894). *Tradizioni popolari abruzzesi*. Torino-Palermo: Carlo Clausen.

Firth, R. (2011). *Tikopia Ritual and Belief* (ed. or. 1967). Abingdon: Routledge.

Fønnebø, V., Falkenberg, T., Hegyi, G., Hök, J., Roberti di Sarsina, P., & Wiesener, S. (2012a). *Legal status and regulation of CAM in Europe Part I - CAM regulation in European countries*, 2(241951), 1–30.

Fønnebø, V., Falkenberg, T., Hegyi, G., Hök, J., Roberti di Sarsina, P., & Wiesener, S. (2012b). *Legal status and regulation of CAM in Europe Part III - CAM regulation in European countries*, 2(241951), 1–30.

Fønnebø, V., Kristiansen, T. T., Falkenberg, T., Hegyi, G., Hök, J., Roberti, P., & Wiesener, S. (2012). *Legal status and regulation of CAM in Europe Part II - Herbal and homeopathic medicinal products*, 2(241951), 1–30.

Foster, G. (1980). Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana. En M. Kenny & J. M. de Miguel (Eds.), *La antropología médica en España* (pp. 123–147). Barcelona: Anagrama.

Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una aeneología de la mirada médica* (ed. or. 1953). Buenos Aires: Siglo XXI.

Frazer, J. G. (1887). *Totemism*. Edinburgh: A. & C. Black.

Frazer, J. G. (2006). *Il ramo d'oro. Studio sulla magia e sulla religione* (ed. or. 1890). Roma: Newton & Compton.

Freud, S. (1975). *Totem e tabu e altri scritti (1912-1914)* (ed. or. 1913). Torino: Boringhieri.

- Friedmann, D. (1993). *I guaritori*. Palermo: Flaccovio Editore.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*. New York: Dodd, Mead.
- Frigolé Reixach, J. (2005). *Dones que anaven pel món. Estudi etnogràfic de les trementinaires de la vall de la Vansa i Tuixent*. Barcelona: IPEC, Generalitat De Catalunya.
- Fromm, E. (2011). *El miedo a la libertad* (ed. or. 1941). Buenos Aires: Editorial Paidós Buenos Aires.
- Flügel, Doctor (1863). *Volksmedizin und Aberglaube im Frankenwalde: nach zehnjähriger beobachtung Dargestellt*. Munich: Verlag der J. J. Leutner'schen Buchhandlung.
- Gail Kligman. (1998). *The Politics of Duplicity: Controlling Reproduction in Ceausescu's Romania*. Berkeley: University of California Press.
- Galimberti, U. (2001). Introduzione. En *Sud e Magia*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti, U. (2007). *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*. Milano: Feltrinelli.
- Gallardo de Álvarez, I. (1945). Del folklore extremeño: medicina popular y supersticiosa. *Revista de Estudios Extremeños*, 3, 359–364.
- Gallini, C. (1983a). La sonnambula indovina. Il magnetismo popolare in Italia nell'Ottocento. *La Ricerca Folklorica*, 8.
- Gallini, C. (1983b). *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*. Milano: Feltrinelli.
- Gallini, C. (1988). *La ballerina variopinta. Una festa di guarigione in Sardegna*. Napoli: Liguori Editore.
- Gartrell-Mills, C. F. (1991). *Christian Science: an American Religion in Britain, 1895 - 1940*. Oxford University.
- Gatto Trocchi, C. (1990). *Magia ed esoterismo in Italia*. Milano: Oscar Mondadori.
- Geest, S. van der. (2000). Integrazione o abbraccio fatale? La difficile relazione tra la medicina indigena ee la medicina occidentale. En P. Schirripa & P. Vulpiani (Eds.), *L'ambulatorio del guaritore* (pp. 55–65). Perugia: Argo.
- Geest, S. Van der, Gerrits, T., & Aaslid, F. S. (2012). Introducing “Ethnography and Self-Exploration.” *Medische Antropologie*, 24(1), 2012.
- Gelmetti, C. (2007). *Il fuoco di Sant'Antonio: storia, tradizioni e medicina*. Milano: Springer.
- Gentilcore, D. (1998). *Healers and healing in early modern Italy*. Manchester and New York: Manchester University Press.
- Gentilcore, D. (2004). Was there a “popular medicine” in early modern Europe? *Folklore*, 115(2).

Gershman, B. (2015). The economic origins of the evil eye belief. *Journal of Economic Behavior and Organization*.

Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory*. London: Macmillan.

Giddens, A. (1994). Living in a Post-Traditional Society. En U. Bech, A. Giddens & S. Lash (Eds.), *Reflexive, Modernization, Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order* (pp. 56-109). Cambridge: Polity Press.

Gil, J. C., & Nistal, J. Á. (1994). *New Age. Una religiosidad desconcertante. New Age*. Barcelona: Editorial Herder.

Ginzburg, C. (2002). *I benandanti. Stregoneria e culti agrari tra Cinquecento e Seicento* (ed. or. 1996). Torino: Einaudi.

Ginzburg, C. (2008). *Storia notturna. Una decifrazione del sabba* (ed. or. 1985). Torino: Einaudi.

Giordan, G. (2009). Spirituality: From a Religious Concept to a Sociological Theory. En K. Flanagan & P. C. Jupp (Eds.), *A Sociology of Spirituality* (pp. 161–180). Farnham: Ashgate.

Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada* (ed. or. 1963). Buenos Aires - Madrid: Amorrortu editores.

Gomis i Mestre, C. (1996). *La bruixa catalana*. Barcelona: Altafulla.

Gondar Portasany, M. (2003). La enfermedad como forma de cultura. En *Poseídos. Ensayos de Etnopsiquiatría gallega* (pp. 15–48). Noia: Edicións Laiovento.

González Varela, S. A. (2015). Antropología y el estudio de las ontologías a principios del siglo XXI. Sus problemáticas y desafíos para el análisis de la cultura. *Estudios Sobre Las Culturas Contemporáneas*, XXI(42), 39–64.

Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia* (ed. or. 1994). Barcelona: Bellaterra.

Good, B. J. (2006). Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran. En *Antropologia medica. I testi fondamentali* (ed. or. 1977). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gordon Melton, J. (1992). New Thought and the *New Age*. En *Perspectives on the New Age* (pp. 15–29). Albany: Suny Press.

Gordon Melton, J., Clark, J., & Kelly, A. A. (1991). *New Age Almanac*. Detroit: Visible InkPress.

Gordon Melton, J., & Lewis, J. R. (1992). *Perspectives on the New Age*. Albany: Suny Press.

Gramsci, A. (1975). *Quaderni del carcere. Volume III* (ed. or. 1948–1951). Torino: Einaudi.

Granero Xiberta, X. (1982). La ideología dominante en los estudios de curanderismo urbano. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, II, 69–91.

Granero Xiberta, X. (2003). Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(2), 21–30.

Graus, A. (2014). ¿Dobles o espíritus? Las teorías del desdoblamiento frente al espiritismo en la España de principios del siglo XX, *66*(1), 1–11.

Greenfield, R. (1979). *El supermercado espiritual*. Barcelona: Anagrama.

Greenwood, S. (1998). The Nature of the Goddess: Sexual Identities and Power in Contemporary Witchcraft. En J. Pearson, R. Richard, & S. Geoffrey (Eds.), *Religion Today: Paganism in the Modern World* (pp. 101–105). Edinburgh: Edinburgh Univ. Press.

Groisman, A. (2016). Daime Religions, Mediumship and Religious Agency: Health and the Fluency of Social Relations. *Journal for the Study of Religious Experience*, (2), 50–70.

Grottanelli, C., Clemente, P., Dei, F., & Simonicca, A. (1991). Discussione su Storia Notturna. *Quaderni Di Storia*, XVII(34, luglio-dicembre), 103–129.

Guasch, Ó. (1997). Observación participante. *Cuadernos Metodológicos*, 20, 35-45.

Guggino, E. (1978). *La magia in Sicilia*. Palermo: Sellerio.

Guggino, E. (1986). *Un pezzu di terra di cielo. L'esperienza magica della malattia in Sicilia*. Palermo: Sellerio.

Guggino, E. (1993). *Il corpo è fatto di sillabe: figure di maghi in Sicilia*. Palermo: Sellerio.

Hahn, R. A. (1995). *Sickness and healing. An anthropological perspective*. New Haven: Yale University Press.

Halifax, J. (1982). *Shaman, the Wounded Healer*. New York: Crossroad.

Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.

Hanegraaff, W. (1996). *New Age Religion and Western Culture*. Leiden - New York - Köln: Brill.

Hanegraaff, W. (2000). New Age religion and secularization. *Numen*, 47(3), 288–312.

Haraway, D. (2003). *The Companion Species Manifesto: Dogs, People, and Significant Otherness*. Chicago: Prickly Paradigm.

Haraway, D. (2008). *When Species Meet*. Minneapolis: Univ. Minn. Press.

Harner, M. (1982). *The Way of the Shaman. A Guide to Power and Healing*. San Diego: Bantam Book.

Haro Encinas, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero-Gil & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101–161). Barcelona: Bellaterra.

Heelas, P. (1996). *The New Age Movement. The Celebration of the Self and the Sacralization of Modernity*. Oxford: Blackwell.

Heelas, P., & Woodhead, L. (2008). *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Oxford: Blackwell.

Henningsen, G. (1998). Le “donne di fuori”: un modello arcaico del sabba. *Archivio Antropologico Mediterraneo*, (0).

Heriot, J. (1994). El estudio de la Nueva Era de los Estados Unidos: problemas y definiciones. En A. Frigerio y M. Carozzi (Ed.), *El Estudio Científico de la Religión a Fines del Siglo XX*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Hermant, P., & Boomans, D. (1928). *La médecine populaire. Bulletin du Service des Recherches Historiques et folkloriques du Brabant* (Bruxelles, Vol. 8). Editions du Folklore Brabançon.

Hernández i Martí, G.-M. (2014). Del espíritu del capitalismo al capitalismo espiritual. *Pasajes de Pensamiento*, 44, 162–173.

Hipócrates. (1986). Sobre los aires aguas y lugares. En J. A. López-Férez (Ed.), *Tratados hipocráticos* (pp. 39–88). Madrid: Editoria Gredos.

Hirsh, A. (1883). *Handbook of Geographical and Historical Pathology* (ed. or. 1860). Londres: New Sydenham Society.

Hirte, T., & Leibert, P. (1909). *Några ord om öronsjukdomarna i den skånska folkmedicinen.* [n.p.].

Hobsbawn, E., & Ranger, T. (1983). *The invention of tradition*. Cambridge: Cambridge University Press.

Holbach, B. d'. (1770). *Essai sur les préjugés, ou, De l'influence des opinions sur les mœurs & sur le bonheur des hommes: Ouvrage contenant l'apologie de la philosophie*. Londres: s.d.

Holbraad, M. (2014). Tres provocaciones ontológicas. *Ankuegi*, 18, 127–139.

Horden, P., & Hsu, E. (2013). *The Body in Balance: Humoral Medicines in Practice*. New York & Oxford UK: Berghahn Books.

Horta, G. (2004). Espiritismo y lucha social a Cataluña a finales de siglo XIX. *Historia, Antropología Y Fuentes Orales*, 31, 29–44.

Hsu, E. (1999). *The transmission of Chinese medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hsu, E. (2000). Spirit (shen), styles of knowing, and authority in contemporary Chinese medicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(2), 197–229.

Hsu, E. (2013). “Holism” and the Medicalization of Emotion: The Case of Anger in Chinese Medicine. En D. Parkin & E. Hsu (Eds.), *The Body in Balance: Humoral Medicines in Practice* (pp. 197–217). New York - Oxford: Berghahn Books.

Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, XXVII, 11–147.

Idoyaga Molina, A. (2013). Las manifestaciones del mal de ojo en iberoamérica. Reflexión crítica sobre la posibilidad de orígenes indoamericanos. *Scripta Ethnologica*, XXXV, 109–222.

Ilharce, J. L. d'. (1783). *Erreurs populaires sur la médecine*. Paris: Chez l'auteur.

Ingold, T. (2006). Rethinking the animate, re-animating thought. *Ethnos*, 71(1), 9–20.

Introvigne, M. (1989). *Lo spiritismo*. Torino: Editrice Elle Di Ci.

Iosif, A. V. (2003). *Healing, orthodoxy, and personhood in postsocialist Romania*. Tulane University.

Jacobson-Maisels, J. (2016). Embodied Epistemology: Knowing through the Body in Late Hasidism. *The Journal of Religion*, 96(2), 185–211.

Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Félix Alcan.

Janzen, J. M. (1978). *The Quest for therapy in Lower Zaire*. Los Angeles: University of California Press.

Jones, C. ., & Brockliss, L. (1997). *The Medical World of Early Modern France*. Oxford: Oxford University Press.

Jori, G. (2013). El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica: temas, enfoques y métodos. *Revista Bibliográfica de Geografía Y Ciencias Sociales*, XVIII(1029).

Jung, C. G. (1925). *Wandlungen und symbole der libido* (ed. or. 1912). Leipzig und Wien: Franz Deuticke.

Kaindl, R.F. (1903). *Die Volkskunde: ihre Bedeutung, ihre Ziele und ihre Methode mit besonderer Berücksichtigung ihres Verhältnisses zu den historischen Wissenschaften*. [n.p.].

Kardec, A. (1972). *Il Libro dei medium* (ed. or. 1861). Roma: Edizioni Mediterranee.

Kardec, A. (2007). *Libro degli spiriti* (ed. or. 1857). Roma: Edizioni Mediterranee.

Keesing, R. M. (1987). Models, “Folk” and “Cultural”: Paradigms Regained? En Dorothy Holland (Ed.), *Cultural Models in Language and Thought* (pp. 369–393). New York: Cambridge Univ. Press.

Keyes, C. F. (1985). The interpretative basis of depression. En A. Klienman & B. J. Good (Eds.), *Culture and depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry*

of Affect and Disorder (pp. 153–174). Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

King, H. (2013). Female Fluids in the Hippocratic Corpus. How Solid was the Humoral Body? En *The Body in Balance: Humoral Medicines in Practice* (pp. 25–68). New York & Oxford UK: Berghahn Books.

Kleinman, A. (1973). Toward a comparative study of medical systems. *Science, medicine and Man*, 1, 55–65.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley-Los Angeles: University of California Press.

Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: California University Press.

Knipper, M. (2005). Nuevas tareas médicas en la nueva Rusia ” (1924) : La visión de “patología étnica” y medicina científica de Max Kuczynski en los años anteriores a su emigración al Perú. *Anales de La Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 7(8), 247–254.

Kohn, E. (2013). *How Forests Think: Toward an Anthropology Beyond the Human*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

Kohn, E. (2015). Anthropology of Ontologies. *Annual Review of Anthropology*, 44(1), 311–327.

Köstlin, K. (2001). Prospettive per l’etnologia europea. En P. Clemente & F. Mugnaini (Eds.), *Oltre il folklore*. Roma: Carocci.

Kristine, K., & Longe, J. (2006). *Enciclopedia de las medicinas alternativas*. Barcelona: Océano.

Kuczynski, M. (1924). Neue medizinische Aufgaben im neuen Russland. Das Neue Russland. *Das Neue Russland*, 7(8), 25–6.

Kuczynski, M. (1925). *Steppe und Mensch. Kirgisische Reiseindrücke und Betrachtungen über Leben, Kultur und Krankheit und ihre Zusammenhänge*. Leipzig: Verlag S. Hirzel.

Kundera, M. (1986). *La insoportable levedad del ser*. Barcelona: Tusquets.

Kuschick, I. (1995). *Medicina popular en España*. Madrid: Siglo XXI.

La Vecchia, M. T. (2002). *Antropologia paranormale. Fenomeni fisici e psichici straordinari*. Roma: Editrice Pontificia Università Gregoriana.

Ladous, R. (1989). Note sullo spiritismo dalla Rivoluzione francese fino a Carl Gustav Jung. En *Lo spiritismo*. Torino: Editrice Elle Di Ci.

Lai, F. (2015). Philippe Descola. Oltre natura e cultura, edizione italiana a cura di Nadia Breda. *ANUAC*, 4(1, giugno), 198–202.

- Laín Entralgo, P. (1972). *História universal de la medicina 7 volumen*. Barcelona: Salvat.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat. Barcelona: Salvat.
- Lanctôt, G. (2002). *La mafia médica*. Jaca: Vesica Piscis.
- Langdon, S. (1992). An Incantation in the «House of Light» against the Evil Eye. En *The Evil Eye*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Langford, J. (2002). *Fluent Bodies: Ayurvedic Remedies for Postcolonial Imbalance*. Durham and London: Duke UP.
- Lanternari, V. (1972). Cristianesimo e religioni etniche in Occidente. Un caso concreto d' incontro: la festa di San Giovanni. En *Occidente e terzo mondo: incontri di civiltà e religioni differenti* (pp. 329–360). Bari: Dedalo.
- Lanternari, V. (1976). *Folklore e dinamica culturale*. Napoli: Liguori Editore.
- Lanternari, V. (1994). Verità e finzione, solennità e gioco nei rituali terapeutici di possessione. En *Medicina, magia, religione, valori. Volume primo* (pp. 221–244). Napoli: Liguori.
- Lanternari, V. (1996). Quali terapie contro il disagio della civiltà. En P. Donghi (Ed.), *Il sapere della guarigione*. Roma-Bari: Laterza.
- Lanternari, V. (2004). *La grande festa*. Bari: Dedalo.
- Laplantine, F. (1997). *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.
- Larrea Killinger, C. (1997). *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito: Abya-Yala.
- Latour, B. (1993). *We have never been modern* (ed. or. 1991). Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Latour, B. (2013). *An Inquiry of Modes of Existence. An Anthropology of the Moderns*. London-Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Lavazza, H. (2016). Más allá de la naturaleza y la cultura. Philippe Descola. Lecturas en debate. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 27, 233–239.
- Leiris, M. (1958). *La possession et ses aspects théâtraux chez les Ethiopiens de Gondar*. Paris: Librairie Pion.
- Leslie, C. (1976). *Asian medical system. A comparative study*. Los Angeles: University of California Press.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Il pensiero selvaggio*. Milano: Il Saggiatore.
- Lévi-Strauss, C. (1965). *El totemismo en la actualidad*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-Strauss, C. (2003). *Le strutture elementari della parentela*. (ed. or. 1949). Milano: Feltrinelli.

- Lévi-Strauss, C. (2009). *Antropología estructural* (ed. or. 1958). Milano: Il Saggiatore.
- Lewer, D., O'Reilly, C., Mojtabai, R., & Evans-Lacko, S. (2015). Antidepressant use in 27 European countries: Associations with sociodemographic, cultural and economic factors. *British Journal of Psychiatry*, 207(3), 221–226.
- Lewis, I. M. (1971). *Ecstatic religion. An anthropological study of spirit possession and shamanism*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Lewis, S. (1927). *Elmer Gantry*. San Diego: Harcourt Trade Publisher.
- Lis Quibén, V. (1949). *La medicina popular en Galicia*. Pontevedra: Gráficas Torres.
- Lisón Tolosana, C. (1979). *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid: Akal.
- Lisón Tolosana, C. (1980). La “sabia” gallega. En J. M. De Miguel & M. Kenny (Eds.), *La antropología médica en España* (pp. 183–208). Barcelona: Anagrama.
- Lisón Tolosana, C. (1990a). *La España mental: el problema del mal. Demonios y exorcismos en Galicia*. Madrid: Akal.
- Lisón Tolosana, C. (1990b). *La España mental: endemoniados en Galicia hoy*. Madrid: Akal.
- Lizcano, E. (1999). La ideología científica. *Nómadas*, 0.
- Lock, M. M. (1980). *East Asian Medicine in Urban Japan*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, M. M. (1995). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Loux, F. (1993). Passer la maladie. Perméabilité du corps et thérapeutiques de transfert dans la France traditionnelle. *Ethnologica Helvetica*, 17/18, 415–418.
- Loux, F. (1994). Le biologique et le social. Un parcours anthropologique. *Ethnologie Française*, XXV(3), 514–529.
- Loux, F. (1996). Las relaciones entre medicina tradicional y medicina oficial: la medicina popular en Francia. En J. A. González Alcantud & S. Rodríguez Becerra (Eds.), *Creer y curar: la medicina popular* (pp. 111–142). Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Lucas, P. C. (1992). The *New Age* movement and the Pentecostal/Charismatic revival: distinct yet parallel phases of a fourth great awaking? En *Perspective on the New Age*. Albany: Suny Press.
- MacLaine, S. (1983). *Out on a limb*. San Diego: Bantam Book.
- MacLennan, J. F. (1869). The worship of animals and plants. *Fortnightly Review*, VI–VII.
- Maffesoli, M. (2009). *El reencantamiento del mundo: una ética para nuestro tiempo*. Buenos Aires: Dedalo.

- Malinowski, B. (1922). *Los Argonautas del Pacífico Occidental. Comercio y Aventura entre los Indígenas de la Nueva Guinea Melanésica*. (ed. or. 2001). Barcelona: Editorial Península.
- Malinowski, B. (1965). *Coral gardens and their magic vol 2*. Bloomington: Indiana University Press.
- Mallart i Guimerà, L. (1992). *Sóc fill dels evuzok. La vida d'un antropòleg al Camerun*. Barcelona: La Campana.
- Mantegazza, P. (1871). *Quadri della natura. Feste ed ebbrezza*. Milano: Giuseppe Bernardoni Tipografo e la Libreria Brigola.
- Mantegazza, P. (1887). Inchiesta sulle superstizioni in Italia. *Archivio per l'Antropologia E l'Etnologia*, XVII, 53–55.
- Mantegazza, P. (1892). La Psicología delle superstizioni (lettera al Dott. Zeno Zanetti). En Z. Zanetti (Ed.), *La medicina delle nostre donne* (1892nd ed., pp. XI–XIX). Città di Castello: S. Lapi Tipografo Editore.
- Mantle, F., & Tiran, D. (2009). *A-Z of Complementary and Alternative Medicine*. London: Churchill Livingstone.
- Manz, H. (2009). *The art of cupping*. Stuttgart-New York: Thieme.
- Mapelli, V. (1999). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino.
- Marcus, G. (2011). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11 (22), 111-127.
- Marcuse, H. (2016). *El hombre unidimensional* (ed. or. 1964). Barcelona: Ariel.
- Marín, J. (1944). *China, Lao Tse, Confucio, Buda*. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina.
- Martí Gelabertó Vilagran. (1996). Religión, enfermedades y medicina popular en la Cataluña del siglo XVIII. *Historia Social*, 26, 3–18.
- Martí i Pérez, J. (1992). *La medicina popular en Cataluña* (Labor). Barcelona.
- Martí i Pérez, J. (2015). Saberes populares sobre la salud y la enfermedad: la aportación del folklorista Joan Amades. En *Medicina y etnografía en Cataluña* (pp. 57–79). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- Martin, E. (2001). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martínez-Hernández, Á. (2009). Cuerpos fantasmales en la urbe global. *Revista de Psicología*, 21(2), 223–236.
- Martínez-Hernández, Á. (2011). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

- Martínez-Hernández, Á. (2016). “O segredo está no interior”. A neuropolítica e a emergência das neuronarrativas no consumo de antidepressivos. En *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância* (pp. 61–72). São Paulo: LiberArs.
- Martínez-Hernández, Á., Perdiguero-Gil, E., & Comelles, J. M. (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. *Revista de Dialectología Y Tradiciones Populares*, 70(1), 205–233.
- Mauss, M. (2016). *Saggio sul dono* (1925th ed.). Torino: Einaudi.
- McGuire, M. B. (1998). *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press.
- McLane, M. F. (1980). Curanderos en Andalucía oriental. En J. M. De Miguel & M. Kenny (Eds.), *La antropología médica en España* (pp. 167–182). Barcelona: Anagrama.
- McVaugh, M. R. (1993). *Medicine before the Plague. Practitioners and their patients in the Crown of Aragón, 1285–1345*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mechanic, D., & Volkart, E. (1961). Stress, illness behavior and the sick role. *American Sociological Review*, 26(52).
- Mena, A. J. A. (2009). La limpia en la etnomedicina mesoamericanas. *Gazeta de Antropología*, 25(1).
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Tlalpan, México : Casa Chata.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de La Salud*.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4, (7), 71–83.
- Métraux, A. (2001). La commedia rituale nella possessione. En *Antropologia. La possessione* (ed. or. 1955, pp. 119–138).
- Minois, G. (2005). *Storia del mal di vivere. Dalla malinconia alla depressione*. Bari: Edizioni Dedalo.
- Miró i Borràs, O. (1900). *Aforística médica popular catalana confrontada ab la de altres llengües*. Manresa: Imprenta de Anton Esparbé.
- Monroe, J. W. (2007). *Laboratories of Faith: Mesmerism, Spiritism, and Occultism in Modern France*. New York: Cornell University Press.
- Montiel, L., & González de Pablo, Á. (2006). *En ningún lugar, en parte alguna. Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo*. Madrid: Frenia.

Moreno, J. M. M. (2000). *Medicinas Alternativas: descripción general. Informe técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud*. (J. M. M. Moreno, Ed.). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Morgan, L. M. (1987). Dependency Theory in the Political Economy of Health: A Critical Note on Medical Anthropology of the Middle East. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(2), 131–154.

Morris, B. (2006a). Neopaganism and the New Age Movement. En *Religion and Anthropology, A critical introduction* (pp. 271– 309). New York: Cambridge University Press.

Morris, B. (2006b). Shamanism. En *Religion and Anthropology, A critical introduction* (pp. 14–43). New York: Cambridge University Press.

Moss, L., & Cappannari, S. (1976). Mal'occhio, Ayin ha ra, Oculus Fascinus, Judenblick: The Evil Eye Hovers Above. En *The Evil Eye*. New York: Columbia University Press.

MSPSI. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). Análisis de situación de las terapias naturales. Madrid.

Mugnaini, F. (2001). Introduzione. Le tradizioni di domani. En P. Clemente & F. Mugnaini (Eds.), *Oltre il folklore* (pp. 11–72). Roma: Carocci.

Mülberger, A. (2016). *Los límites de la ciencia. Espiritismo, hipnotismo y el estudio de los fenómenos paranormales (1850-1930)*. Madrid: CSIC.

Müller, K. (2001). *Sciamanismo. Guaritori, spiriti, rituali*. Torino: Bollati Boringhieri.

Munthe, A. (1940). *La historia de San Michele* (ed. or. 1929). Madrid - Barcelona - Buenos Aires: Juventud.

Muramoto, N. (2007). *Il medico di se stesso. Manuale pratico di medicina orientale*. Milano: Universale Economica Feltrinelli.

Nichter, M. (1996). Popular perceptions of medicine: a south indian case study. En *Anthropology and International Health* (pp. 203–237). Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.

Nietzsche, F. (1984). *La Gaia ciència* (ed. or. 1882). Barcelona: Laia.

Noguera de Echeverri, P. A. (2004). *El reencantamiento del mundo*. México D.F.: PNUMA.

Ohnuki-Tierney, E. (1984). *Illness and Culture in Contemporary Japan: An Anthropological View*. Cambridge: Cambridge University Press.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Ediciones de la OMS.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Ediciones de la OMS.

- Orwell, G. (1949). 1984. London: Secker & Warburg.
- Otto, R. (1996). *Lo Santo: lo racional y lo irracional en la idea de Dios* (ed. or. 1923). Madrid: Alianza.
- Pagès, R. S. i. (1928). Domini del Folklore. *Arxiu de Tradicions Populars (Barcelona)*, 1, 8–10.
- Papa, C. (1989). I guaritori. En T. Seppilli (Ed.), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie* (pp. 77–84). Milano: Electa.
- Párido Jávega, E. (1996). *Medicinas alternativas en Catalunya: Desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos*. Universitat Rovira i Virgili.
- Parenti, F., & Pagani, P. (1968). *I guaritori*. Milano: Casa Editrice Ceschina.
- Pazzini, A. (1948). *La medicina popolare in Italia*. Trieste: Zigiotti.
- Pedersen, M. (2011). *Not Quite Shamans: Spirit Worlds and Political Lives in Northern Mongolia*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Pedrosa, J. M. (1993). El conjuro de la rosa y la curación de la erisipela: poesía, magia y medicina popular en España y América. *Asc Lepio*, XLV(2).
- Perdiguero-Gil, E. (1986). El mal de ojo: de la literatura antisupersticiosa a la antropología médica. *Asclepio*, XXXVIII, 47–67.
- Perdiguero-Gil, E. (1996). El curanderismo en la comarca de l'Alcantí. En J. A. González Alcantud & S. Rodríguez Becerra (Eds.), *Creer y curar: la medicina popular* (pp. 63–93). Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Perdiguero-Gil, E., Comelles, J. M., & Erkoreka, A. (2000). Cuarenta años de antropología médica en España (1960-2000). En *Medicina y cultura* (pp. 353–446).
- Perdiguero-Gil, E. (2004a). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 140–145.
- Perdiguero-Gil, E. (2004b). El pluralisme mèdic: una clau interpretativa per a una història integral de la medicina. *Gimbernat*, 42(January), 55–61.
- Perdiguero-Gil, E. (2005). Aproximación al pluralismo médico en la España de finales de siglo XIX y principios del siglo XX: el uso de elementos mágicos. *Medicina & Historia (Barcelona)*, IV, 1–15.
- Perdiguero-Gil, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Perdiguero-Gil, E., & Tosal, B. (2007). Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto. *Feminismo/s*, 49(2000).

Perdiguero-Gil, E., & Comelles, J. M. (2014). Folklore médico y educación sanitaria en las dos primeras décadas del Franquismo. En R. Campos Martín, A. González de Pablo, I. Porras Gallo, & L. Montiel (Eds.), *Medicina y Poder Político. XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina* (pp. 289–293). Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.

Perdiguero-Gil, E., & Comelles, J. M. (2015). *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC.

Pérez Espuñes, B. (2012). *Dones que curen*. Universitat de Barcelona.

Pérez-Agote Poveda, A. (2007). El proceso de secularización en la sociedad española. *Revista CIDOB D 'Afers Internacionals*, 77, 65–82.

Peter, J.-P. (1967). Une enquête de la Société royale de médecine: malades et maladies à la fin du XVIIIe siècle. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 22(4), 711–751.

Philpin, S. (2010). Folk Healing in Rural Wales: the Use of Wool Measuring. En R. Moore & S. McClean (Eds.), *Folk healing and health care practices in Britain and Ireland* (pp. 80–103). New York - Oxford: Berghahn Books.

Piette, A. (2003). *Le fait religieux. Une théorie de la religion ordinaire*. Paris: Economica.

Pigorini-Beri, C. (1889). *Costumi e Superstizioni dell'Appennino marchigiano*. Città di Castello: S. Lapi Tipografo Editore.

Pitrè, G. (1978). *Medicina popolare Siciliana* (ed. or. 1896th ed.). Palermo: Il Vespro.
Pizza, G. (1996). Sulla possessione Europea. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*.

Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. En *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.

Pizza, G. (2009). *Antropologia medica*. Roma: Carocci.

Pizza, G. (2012). Medicina popolare: una riflessione. En D. Cozzi (Ed.), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario* (pp. 181–204). Perugia: Morlacchi Editore.

Pizza, G. (2013). Gramsci e De Martino. Appunti per una riflessione. *Quaderni Di Teoria Sociale*, 13.

Pizza, G. (2014). *La vergine e il ragno. Etnografia della possessione europea*. Lanciano: Rivista Abruzzese.

Polestra, G. M. (1962). Teosofia. En *Grande Dizionario Enciclopedico. Volume XII*. (pp. 439–440). UTET.

Pomata, G. (1981). Barbieri e comari. En *Cultura popolare nell'Emilia Romagna. Medicine, erbe e magia*. Milano: Silvana Editoriale.

Pomata, G. (1998). *Contracting a Cure: Patients, Healers, and the Law in Early Modern Bologna*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Possamai, A. (2001). A Revisionist Perspective on Secularisation: Alternative Spiritualities Globalised Consumer Culture, and Public Spheres. *The End of Religions? Religion in an Age of Globalization*.
- Praet, I. (2014). *Animism and the Question of Life*. London: Routledge.
- Prat, J. (1997). *El estigma del extraño*. Barcelona: Ariel.
- Prat, J. (2012). *Els nous imaginaris culturals*. Tarragona: Publicaciones URV.
- Prat, J., Pujadas, J. J., & Comelles, J. M. (1980). Sobre el contexto social del enfermar. En J. M. De Miguel & M. Kenny (Eds.), *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.
- Prats, L. (1989). Aportaciones de las topografías medicas al conocimiento etnográfico de los Países Catalanes. *Boletín de Historia de La Antropología*, 3–6.
- Prats, L. (1996). *La Catalunya rànica*. Barcelona: Alta Fulla.
- Press, I. (1971). The Urban Curandero. *American Anthropologist*, 73(3), 741–756.
- Press, I. (1980). Medicina popular versus medicina científica en Sevilla. En J. M. De Miguel & M. Kenny (Eds.), *La antropología médica en España* (pp. 149–166). Barcelona: Anagrama.
- Pujadas, J. J., Comelles, J. M., & Prat, J. (1980). Una bibliografía comentada sobre antropología médica. En J. M. De Miguel & M. Kenny (Eds.), *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.
- Quaranta, I. (2006a). Introducción. En *Antropología medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, I. (2006b). *Sofferenza sociale*. Roma: Meltemi.
- Ramacharaka, Y. (1946). *L'arte di guarire con mezzi psichici*. Torino: Fratelli Bocca.
- Ramón y Fernández Oxea, J. (1952). Amuletos lunares en Cáceres. *Revista de Dialectología Y Tradiciones Populares*, 8, 407–424.
- Ramos, A. R. (2012). The politics of perspectivism. *Annu. Rev. Anthropol.*, 41, 481–494.
- Redfield, J. (1994). *The Celestine Prophecy*. London: Bantam.
- Reich, W. (1948). *La biopatía del cáncer*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Reviriego Almohalla, M. (1995). *Medicina popular y espiritismo*. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil-Albert.
- Rhodes, L. A. (1980). Movement among healers in Sri Lanka: a case study of a Sinhalese patient. *Culture Medicine and Psychiatry*, 4(1), 71–92.
- Riccò, I. (2013). Guaritori tradizionali nel territorio parmense: un'indagine etnografica. *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 35-36, 395–430.

Riccò, I. (2015). La folk medicina en la Cataluña actual: una comparación entre viejas y nuevas prácticas de curandería. En J. M. Comelles & E. Perdiguero (Eds.), *Medicina y etnografía en Cataluña* (pp. 81–100). Madrid: CSIC.

Riccò, I. (2016). “Soy como un aspirador”. Medicina popular, espiritualidad y *New Age* en las terapias de un curandero catalán. *Periferia*, 21(1), 34–55.

Ritenbaugh, C. (1982). Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 347–364.

Roberti, P., Morandi, A., Alivia, M., Tognetti, M., & Guadagni, P. (2012). Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una scelta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona. *Terapie D'avanguardia*, 1, 3–29.

Roca i Girona, J. (2010). Las entrevistas. En J. J. Pujades, D. Comas-d'Argemir, & J. Roca i Girona (Eds.), *Etnografía* (pp. 89–109). Barcelona: EDIUOC.

Rodrigo, M. A., & Hernández Martí, G. M. (2014). Los movimientos psico-espirituales en la modernidad globalizada. Una mirada desde la ciudad de Valencia. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 9, 279–301.

Rodríguez López, J. (1896). *Las preocupaciones en Medicina. Conocimientos útiles a la familia*. Lugo: Imprenta el Regional.

Rodríguez Molina, J. M., & Frenzi Rabito Alcón, M. (2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Health and Addictions / Salud Y Drogas*, 11(1), 95–114.

Rodríguez-Díaz Susana. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 71–85.

Romani, O., & Comelles, J. M. (1991). Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendance. *Psychotropes (Montreal)*, 6, 35–59.

Romano, F. (2004). Corpo in disordine. Possessioni e identità femminili. *La Ricerca Folklorica. Antropologia Della Salute: Temi, Problemi*, 50, 75–83.

Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI editores.

Rosny, É. De. (1996). *La nuit, les yeux ouverts*. Paris: Éditions du Seuil.

Ross, A. (2010). Hypothesis: The Electrophysiological Basis of Evil Eye Belief. *Anthropology of Consciousness*, 21.

Ross, A. I. (2012). *The anthropology of alternative medicine*. London - New York: Berg.

Rosselló, J. M. G. (2011). *Historia de las medicinas alternativas y complementarias en les Terres de l'Ebre durante la edad contemporánea*. Universitat Rovira i Virgili.

Roure i Giol, A. (2001). Topografia médica de Tremp. En R. B. i Fort (Ed.), *El doctor Roure i el seu món. 1850-1896 Vivències d'un metge trempolí* (ed. or. 1889, pp. 1–35). Tremp: Garsineu Edicions.

Roussou, E. (2011). When Soma Encounters the Spiritual Bodily Praxes of Performed Religiosity in Contemporary Greece. En A. Fedele & R. L. Blanes (Eds.), *Encounters of Body and Soul in Contemporary Religious Practices: Anthropological Reflections* (pp. 133–150). Oxford and New York: Berghahn Books.

Rubel, A. (1964). The Epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America. *Ethnology*, 3(3), 268–283.

Sahlins, M. (1981). *Historical Metaphors and Mythical Realities: Structure in the Early History of the Sandwich Islands Kingdom*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Said, E. (1978). *Orientalism*. New York: Pantheon Books.

Saintyves, P. (1920). *Les origines de la médecine: empirisme ou magie?* Paris: Librairie Critique Emile Nourry.

Saks, M. (1992). *Alternative Medicine in Britain*. Oxford: Clarendon Press.

Samhita, S., & Wujastyk, D. (2001). *The Roots of Ayurveda: Selections from Sanskrit medical writings*. Delhi: Penguin.

Sarnelli, T. (1941). Il principio collaborativo in medicina indigena. *Archivio Italiano Di Scienze Mediche Coloniali E Di Parassitologia*, 22(8), 376–379.

Sartre, J.-P. (2007). *L'esistenzialismo è un umanismo* (ed. or. 1946). Milano: Mursia.

Saussure, F. de. (1970). *Cours de linguistique générale* (ed. or. 1916). Paris: Payot.

Savini, M. (1991). La tradizione interrotta. Segni magici e segnoni in Lomellina. *La Ricerca Folklorica*, 23, 109–114.

Scarpa, A. (1959). Aspetti di etnomedicina africana. *Rassegna Medica*, 36(6).

Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6–41.

Schirripa, P., & Vulpiani, P. (2000). Forme e pratiche del confronto tra sistemi medici. En *L'ambulatorio del guaritore* (pp. 7–39). Perugia: Argo.

Scott, M. (2013). The anthropology of ontology (religious science?). *J. R. Anthropol. Inst.*, 19, 859–872.

Sennett, R. (2008). *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

Seppilli, T. (1983). La medicina popolare in Italia. *La Ricerca Folklorica*, 8.

Seppilli, T. (1989a). Introduzione. En T. Seppilli (Ed.), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie* (pp. 7–11). Milano: Electa.

- Seppilli, T. (1989b). *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*. Milano: Electa.
- Severi, C. (2004). *Il percorso e la voce. Un'antropologia della memoria*. Torino: Einaudi.
- Sigerist, H. E. (1943). From Bismarck to Beveridge. Developments and Trends in Social Security Legislation. *Bulletin of History of Medicine*, 13, 365-388.
- Sigerist, H. E. (1960). *On the Sociology of Medicine*. New York: MD Publications.
- Signorini, I. (1989). Eziologia folclorica: la paura, le arie, il malocchio. *Le Tradizioni Popolari in Italia. Medicine E Magie*.
- Simeoni, M. (2009). *Un medico condotto in Italia, il passato presente. Un'analisi qualitativa*. Milano: Franco Angeli.
- Simons, R. C., & Hughes, C. C. (1985). *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht, Holland: D.Reidel Publishing Company.
- Sirois, F., & Gick, M. L. (2002). An investigation of health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social Science and Medicine*, 55, 1025-1037.
- Sivin, N. (1987). *Traditional Medicine in Contemporary China*. Ann Arbor: Michigan UP.
- Solís, J. C. (2001). Las topografías médicas: revisión y cronología. *Asclepio*, LIII(1), 213-244.
- Sontag, S. (1989). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Soresina, G. B. (1857). *Cenni di topografia medico-igienica sulla città di Mantova*. Mantova: Nuovo Stab. Tip. Negretti e G.
- Spineto, N. (2002). *I simboli nella storia dell'uomo*. Milano: Jaca Book.
- Starhawk. (1979). *The Spiral Dance: a Rebirth of the Ancient Religion of the Great Goddess*. New York: Harper & Row.
- Stibal, V. (1995). *Theta Healing: Introducing an Extraordinary Energy Healing Modality*. New York: Hay House.
- Strathern, A., & Stewart, P. (1999). *Curing and Healing: Medical Anthropology in Global Perspective*. Durham, NC: Carolina Academic Press.
- Subirós, R. (2015). La presencia de las categorías folk de enfermedad en la Cataluña de los siglos XX y XXI. En *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC.
- Svevo, I. (1976). *La coscienza di Zeno* (ed. or. 1923). Milano: Dall'Oglio.
- Swedenborg, E. (2002). *Del cielo y el infierno* (ed. or. 1758). Madrid: Siruela.
- Sydenham, T. (1961). *Observaciones médicas acerca de la historia y curación de las enfermedades agudas. Estudio preliminar de Pedro Laín Entralgo y Agustín Albarración Teulon* (ed. or. 1685). Madrid: Artes Gráficas (CSIC, Colección Clásicos de la Ciencia).

Talamonti, A. (1998). La produzione rituale della possessione e del ruolo della posseduta nell'esorcismo cattolico. En *Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo* (pp. 239–268). Napoli: Liguori.

Talamonti, A. (2013). Prefazione. La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano. En C. Gallini (Ed.), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*. Roma: L'asino d'oro.

Taussig, M. T. (2006). Reificazione e coscienza del paziente. En *Antropologia medica. I testi fondamentali* (pp. 75–105). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Taylor, E. B. (1871). *Primitive culture*. London: John Murray-Albemarle Street.

Taylor, K. (2005). *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63*. London: Routledge.

Terzani, T. (2011). *Un indovino mi disse*. Milano: Tea.

Thoreau, H. D. (1854). *Walden; or, Life in the Woods*. Boston: Ticknor and Fields.

Tonda, J. (2001). Le syndrome du prophète. *Cahiers D'études Africaines*, 139–162.

Tonda, J. (2005). *Le Souverain moderne. Le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Paris: Karthala.

Torres González, F. (1998) Medicina popular en la provincia de Ciudad Real. En *La Medicina Popular Española. Trabajos dedicados al Dr. D. Antonio Castillo de Lucas en el centenario de su nacimiento*, Oviedo: Benito Lozano Llamazares.

Turner, B. S. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en la teoría social*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Turner, T. S. (2009). The crisis of late structuralism. Perspectivism and animism: rethinking culture, nature, spirit, and bodiliness. *Tipití*, 7(1).

UNESCO. Convención para la salvaguarda del patrimonio cultural inmaterial (2003).

Urech, E. (1995). *Dizionario dei simboli cristiani*. Roma: Edizioni Arkeios.

Urteaga, L. (1980). *Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Valdés, R. (1976). La medicina popular en la sociedad rural catalana. En L. Tolosana (Ed.), *Expresiones actuales de la cultura del pueblo* (pp. 183–198). Madrid: Centro de estudios socialea del Valle de los Caídos.

Valle, C. Z. (2000). La coesistenza di sistemi medici in Honduras. En P. Schirripa & P. Vulpiani (Eds.), *L'ambulatorio del guaritore* (pp. 287–311). Perugia: Argo.

Van Gennep, A. (1986). *Los Ritos de paso* (ed. or. 1909). Madrid: Taurus.

Van Gennep, A. (1991). Sorcellerie, magie & médecine populaire. En *Le Dauphiné traditionnel* (ed. or. 1936). Domaine de Beauplan: Curandera.

Velázquez, C. G. (2006). La *New Age* propuesta de una espiritualidad global. *Quaderns-E de l'ICA*, 7, 1–19.

Versluis, A. (1993). *American Transcendentalism and Asian Religion*. Oxford: Oxford University Press.

Vidal, J. P. (2007). *Contribución al estudio de la medicina popular canaria* (1945th ed.). Ediciones IDEA.

Vincett, G., & Woodhead, L. (2016). Spirituality. En L. Woodhead, C. Partridge, & H. Kawanami (Eds.), *Religions in the Modern World: Traditions and Transformations*. London - New York: Routledge.

Vinuesa, À. (2004). *Els esperits de llum*. Tarragona: Silva.

Viñes Ibarrola, J. (1944). *Bases fundamentales para la lucha contra la mortalidad infantil en nuestro medio rural: medicina rural*. Madrid: Publicaciones de la Delegación Nacional de Sanidad de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S.

Vital, A. (1930). *La práctica obstétrica y ginecológica en la medicina rural*. Madrid: Morata.

Viveiros de Castro, E. (1996). Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, 2(2), 115–144.

Viveiros de Castro, E. (1998). Cosmological Deixis and Amerindian Perspectivism. *The Journal of the Royal Anthropological Institut*, 469–488.

Voltaggio, F. (1992). *L'arte della guarigione nelle culture umane*. Torino: Bollati Boringhieri.

Voss, E. (2011). The struggle for sovereignty. En A. Fedele & R. L. Blanes (Eds.), *Encounters of body and soul in contemporary religious practices*. Oxford and New York: Berghahn Books.

W.White, R., & Horvitz, E. (2009a). Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search. *ACM Trans. Inf. Syst.*, 27(4)(23:1–23:37).

W.White, R., & Horvitz, E. (2009b). Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 696–700.

Waldenfels, B. (2006). *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Ware, K. (1999). *The Orthodox Way, rev ed. Crestwood*. New York: St Vladimir's Seminary Press.

Weber, M. (1996). Scienza come vocazione. En *Scienza come vocazione e altri testi di etica e scienza sociale* (1919th ed.). Milano: Franco Angeli.

Weber, M. (2004). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (ed. or. 1905). México D.F.: Premia editora.

Weber, M. (2005). *Economia e società*. (ed. or. 1971). Roma: Donzelli Editore.

Willerslev, R. (2007). *Soul Hunters: Hunting, Animism, and Personhood among the Siberian Yukaghirs*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

Williams, T. (1996). *Guía de medicina china. La curación a través del equilibrio corporal*. Barcelona: Tikal.

Woodhead, L. (2007). Why so many women in holistic spirituality? A puzzle revisited. En J. K & P. C. Flanagan (Eds.), *Sociology of Spirituality* (pp. 115–125). Aldershot: Ashgate.

Worsley, P. (1957). *The Trumpet Shall Sound: A Study of "Cargo" Cults in Melanesia*. London: Macgibbon & Kee.

Zanetti, Z. (1892). *La medicina delle nostre donne. Studio folkorico*. Città di Castello: S. Lapi Tipografo Editore.

Zanovello, M. (1992). *Pranoterapia e pranoterapeuti, quadro storico-culturale di una medicina alternativa emergente e saggi di inchiesta fra gli operatori della provincia di Brescia*. Università di Perugia.

Zimmermann, F. O. (1989). *Le discours des remèdes au pays des épices. Enquête sur la médecine hindoue*. Paris: Payot.

Zweig, S. (1935). *La curación por el espíritu* (ed. or. 1931). Barcelona: Apolo.

ANEXO

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

Datos socio-anagràficos relativos a los informantes de *Emilia Romagna**Segnatori* y Terapeutas

	Nombre	Sexo	Edad (última entrevista)	Residencia	Ocupación (actual o previa a jubilación)	Segnatore/ Segnatrice	Terapeuta (incluido pranoterapeutas)	Ambos
1	Giuseppa	M	82	Parma provincia	Campesina	X		
2	Renato	H	56	Parma provincia	Mecánico/Campesino	X		
3	Anna	M	57	Parma provincia	Campesina	X		
4	Maria	M	88	Parma provincia	Dirigió un hotel y una carnicería	X		
5	Filippo	H	25	Parma	Estudiante universitario	X		
6	Cleofe	M	83	Parma provincia	Costurera	X		
7	Domenica	M	79	Parma provincia	Campesina/Obrera	X		
8	Anonima	M	80	Parma	Obrera/Empleada	X		
9	Pia	M	94	Parma provincia	Campesina	X		
10	Giacomo	H	73	Parma provincia	Empleado (y dueño) de una gasoli nera		X	
11	Velia	M	Apx 60	Parma provincia	Trabaja en una torrefación de café		X	
12	Rita	M	Apx 70	Parma provincia	Peluquera	X		
13	Jessica	M	35	Parma provincia	Coordinadora de un múseo		X	
14	Catia	M	43	Parma provincia	Terapeuta			X
15	Vittorio*	H	44	Parma provincia	Instalador mecánico		X	
16	Luce	M	40	Bologna	Terapeuta		X	

Apx= aproximadamente

* Sea terapeuta que paciente

Pacientes y otros informantes

	Nombre	Sexo	Edad (última entrevista)	Residencia	Ocupación (actual o previa a jubilación)	Paciente	Otro
1	Tina	M	88	Parma	Ama de casa	X	
2	Maria Cristina	M	59	Parma	Contadora	X	
3	Luciano	H	64	Parma	Diseñador industrial	X	
4	Loredana	M	61	Parma	Técnica de laboratorio	X	
5	Carlotta	M	43	Parma	Propietaria de una librería	X	
6	Giovanna	M	73	Parma	Profesora	X	
7	Mirella	M	69	Parma provincia	Técnica de laboratorio	X	
8	Bruna	M	70	Parma provincia	Técnica de laboratorio	X	
9	Rina	M	72	Parma provincia	Empleada	X	
10	Lella	M	65	Parma provincia	Ama de casa	X	
11	Jessica*	M	35	Parma provincia	Coordinadora de un museo	X	
12	Antonio	H	28	Parma	Biólogo	X	
13	Alessandro	H	40	Parma provincia	Jefe de almacén	X	
14	Anna	M	73	Parma provincia	Empleada	X	
15	Alessandra	M	28	Parma	Maestra	X	
16	Bruno	H	Apx. 60	Bologna	Prof. Universidad Bologna (biología)		X

* Sea paciente que *segnatrice*

Datos socio-anagráficos relativos a los informantes de Cataluña

Curanderos y Terapeutas

	Nombre	Sexo	Edad (última entrevista)	Residencia	Ocupación (actual o previa a jubilación)	Curandera/o	Terapeuta	Ambo s
1	Josep	H	62	Tarragona provincia	Proprietario de una verdureria			X
2	Encarna	M	Apx. 55	Girona provincia	Trabajaba en una tienda de alimentación, con la crisis perdió el trabajo	X		
3	Montserrat	M	Apx.45	Tarragona provincia	Trabaja en una tienda y en un bar	X		
4	Mercedes	M	58	Tarragona provincia	Trabaja en una residencia de ancianos			X
5	Rosita *	M	82	Lleida	Ama de casa	X		
6	Luna	M	Apx. 55	Tarragona	¿?			X
7	Neus	M	Apx. 55	Tarragona provincia	Trabaja en un restaurante	X		
8	Joaquín	H	Apx 99	Tarragona provincia	¿?	X		
9	Estrella	M	Apx. 37	Tarragona provincia	Masajista		X	

* Sea curandera que paciente

Pacientes y miembros focus groups

	Nombre	Sexo	Edad (última entrevista)	Residencia	Ocupación (actual o previa a jubilación)	Paciente	Otro
1	Agustí	H	Apx. 60	Tarragona provincia	¿?		X
2	Arnau	H	Apx. 70	Tarragona provincia	¿?		X
3	María	M	Apx. 60	Tarragona provincia	¿?	X	
4	Dolores	M	Apx. 60	Tarragona provincia	¿?	X	
5	Elvira	M	Apx. 60	Tarragona provincia	¿?	X	
6	María Rosa	M	Apx. 60	Tarragona provincia	¿?	X	
7	Eusebio	H	Apx. 55	Tarragona	Empleado	X	
8	Sol	M	43	Tarragona provincia	Fotógrafa <i>freelance</i>	X	
9	Helena	M	Apx. 60	Tarragona provincia	Empleada en una fábrica y campesina	X	

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EN BUSCA DE UN «NUEVO MUNDO MÁGICO». DE LA MEDICINA POPULAR A LAS TERAPIAS NEW AGE EN UN OCCIDENTE DESENCANTADO

Isabella Riccò



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI