Antropología Experimental
nº 17, 2017. Texto 9: 137-151.
Universidad de Jaén (España)

ISSN: 1578-4282
Deposito legal: J-154-2003
http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae

NARRATIVA ETIOLÓGICA Y SIMBOLISMO TERAPÉUTICO. El 'Corpo aberto' en Galicia

Enrique COUCEIRO DOMÍNGUEZ
Universidade da Coruña
enrique.couceiro.dominguez@udc.es

ETIOLOGICAL NARRATIVE AND THERAPEUTIC SYMBOLISM. The 'corpo aberto' in Galicia

Resumen: La acción simbólica incide críticamente en la producción, control y resolución cultural de los procesos de la enfermedad y la salud. En este sentido, la curación requiere, como condición necesaria para la implicación de quienes en ella intervengan, de la coparticipación en un mundo compartido de representaciones y narrativas sobre los factores y las relaciones etiológicas que producen la enfermedad, y sobre los procederes que inducen el restablecimiento de la salud. Asumiendo el modelo de Dow, acerca de que todo método de curación involucra un desplazamiento –mental y práctico- del paciente dentro de un mundo mítico particularizado, de modo que la sanación puede ser viable cuando tal cosmos narrado existe tanto para aquél como para el terapeuta, y cuando el primero acepta la competencia del segundo para definir las relaciones de su caso con dicho imaginario, describo el caso de la *corpo aberto* gallega como especialista tradicional en sanación. La habilidad de esta figura estriba en el desarrollo de un esquema simbólico-narrativo de la enfermedad como efecto de una posesión espiritual derivada de desarreglos vinculativos parentales; esquema narrativo cuyos sus "símbolos transaccionales" particulariza e inculca en las pacientes, en el curso de sesiones caracterizadas por una distintiva dramatización taumatúrgica.

Abstract: Symbolic action appears as a critical dimension in the production, control, and cultural resolution of disease and health processes. In this sense, healing requires, as a necessary condition for the involvement of participants, collaborating in a shared world of representations and narratives about the factors and etiological relationships that produce the disease, and on the procedures that induce the restoration of health. Assuming, with Dow, that any healing method involves a mental and practical displacement of the sick person within a particularized mythical world, so that healing becomes viable when such narrated cosmos exists for both the patient and the therapist, and when the former accepts the competence of the latter to define the relations of his case to that imaginary, I describe the case of the Galician *corpo aberto* as a traditional specialist in healing. The skill of this figure lies in the development of a symbolic-narrative scheme of the disease as an effect of a spiritual possession derived from disorders in parental relations; narrative scheme whose "transactional symbols" particularizes and instills in patients, in the course of sessions characterized by a distinctive thaumaturgical dramatization.

Palabras clave: Curación Simbólica, Símbolos Transaccionales, Espiritismo, Chamán, Galicia.
Symbolic Healing, Transactional Symbols, Spiritism, Shaman, Galicia.

El presente ensayo aborda reflexiones en torno a la acción simbólica y al modo en que ésta interviene en la producción, control y resolución cultural de los procesos de enfermedad y curación. Concibo la acción simbólica no como un fenómeno de mera expresión descriptiva de la realidad y sus pormenores, sino como uno consistente en la (re-) integración ideal y práctica de la persona en un universo vital intersubjetivamente cultivado, mantenido y trabado por redes de conexiones semánticas; un fenómeno que opera primordialmente como proceso "fundente" de inscripción de la experiencia personal o colectiva en una totalidad existencial dotada de cauces de sentido compartidos (Couceiro, 2014). La acción simbólica permite alojar creativamente cada personal experiencia humana en un orden existencial total, demostrando qué y cuánto de verdad, efectividad y habitabilidad atesora este último, y tendiendo, con ello, a descargar a dicha experiencia del sinsentido de lo incomprensible, absurdo y angustiosamente anómalo que pueda presentar. En la práctica, esta acción simbólica existe siempre desde la condición inherente a todo simbolismo: su especificidad y valor culturalmente relativos; su referencia a un particular imaginario colectivo de la realidad y sus procesos; a un concreto modo de vida y ethos; a una contextualidad social, histórica y situacional que resulta ser la influencia fundamental en la producción de su valor semántico, de su sentido de oportunidad y eficacia percibida.

La acción sanadora como acción simbólica

Pues bien, la acción sanadora reúne ejemplarmente las características y modos de efectividad de la acción simbólica, o como afirma Stein (1983), "Toda curación y padecimiento tienen un irreductible núcleo simbólico". Y esta afirmación se revela en todo proceso terapéutico gobernado desde cualquier tradición, incluida nuestra biomedicina, que pivota alrededor de la cirugía y el suministro de fármacos bioquímicamente activos. A este respecto, dado que la práctica de la medicina siempre tiene lugar en un contexto, nunca se puede evaluar por sí solo el éxito del medicamento o de la operación quirúrgica, como si se pudiese excusar de la ecuación terapéutica este contexto asistencial real. El fármaco en sí mismo no es en absoluto irrelevante, pero no puede por sí solo provocar un cambio consumado. Es más, la acción del medicamento o de la cirugía no consiste exclusivamente en la restringida combinación de las propiedades que desplieguen, más el sistema controlado para su aplicación, sino también en los factores del contexto que *no* pueden ser completamente previstos de antemano. De este modo, el éxito terapéutico puede depender tanto de la "técnica" empleada como de las expectativas del enfermo sobre terapia y terapeuta: de sus ideas y sensaciones acerca de qué efectos producirá su modo de hacer experto. La comunicación en la relación clínica, con los imaginarios, sentimientos y actitudes involucrados, es decir, la dimensión simbólica del proceso curativo, es radicalmente influyente. Hay que ponderar la axial importancia terapéutica del "efecto simbólico" –expresión que creo más amplia, honesta y justificada que la tan manida de "efecto placebo"-.

Precisamente, el quehacer antropológico se consagra a la interpretación de los órdenes de representaciones y prácticas simbólicas que concurren en los procesos curativos adheridos a un específico imaginario cultural. Como señalan Moerman, Benoist, Brody y otros (1979) en convergencia con la tesis de James Dow a la que me refiero más adelante, el tratamiento médico *general* involucra a un paciente que percibe un campo de símbolos tradicional, invocado sea por un chamán, un herborista, un psiquiatra, o sea por cualquier otro terapeuta. Esta terapia "total" también puede integrar elementos más específicos, como la acupuntura, la cirugía cardíaca, los antibióticos, o el consumo de ayahuasca, etc., que constituirían elementos del tratamiento médico *específico*. El cómo y el porqué de la capacidad curativa de tales *agentes específicos* es la materia de la investigación médica. Pero el modo y la causa de que los *agentes generales* curen son preocupación antropológica: nos ocupamos

del problema de las interacciones que puedan existir entre mente y cuerpo, y entre símbolo y sustancia, hasta preguntarnos por el tipo de efecto que pueden ejercer relaciones sociales, pensamientos y figuras del imaginario incorporadas sobre los propios procesos fisiológicos.

No resulta secundario este interés específico por desentrañar el modo de influencia de los procesos curativos *generales*, dado que la concurrencia de acontecimientos mentales y físicos puede derivar tanto en efectos patológicos como curativos, y que la interacción psicosocial puede afectar un amplísimo rango de funciones y procesos biológicos, combinada con otros principios desencadenantes. Los efectos socioculturales no sustituyen, sino que complementan e impulsan los modos biológicos de causalidad en enfermedad y curación (Hahn, 1995). Sólo por poner un ejemplo, la investigación de los procesos inmunológicos a lo largo de las últimas décadas ha evidenciado que la enfermedad resulta ser función de la reactividad del portador, además de efecto de la infección vírica. La resistencia inmunológica se ve influida por una amplia gama de factores psicológicos y sociales, siendo que, si bien la actividad del hipotálamo puede ser el probable vínculo fisiológico implicado en la mediación entre los procesos conscientes y los inmunológicos, los inductores son los elementos semánticos neurológicamente incorporados de algún modo. Y los símbolos, por el contrario, también pueden sanar. Esta constatación ha supuesto un desafío para el canon biomédico, que venía enrocando su discurso explicativo de la etiología de la enfermedad y su método curativo en el medicamento bioquímicamente activo y la intervención quirúrgica racional, como únicos factores eficientes y dignos de consideración. Tal desafío ha movido a dedicar una singular atención investigadora a los efectos "placebo" y "nocebo", a la llamada "curación por la fe" y, por supuesto, a la "curación simbólica" –expresión que, a mi juicio, engloba todas las restantes, incluida una dimensión activa fundamental de la propia terapéutica biomédica-. Los efectos positivos del llamado fenómeno placebo no son ilusorios, sino que trabajan aliviando gran variedad de condiciones patológicas de índole tanto física como psíquica. Proclaman que la *forma* de tratar puede ser un efectivo factor del propio tratamiento médico. Una explicación obvia para la efectividad de los procedimientos 'placebo' hay que buscarla en sus "efectos generales"; en el carácter decisivo de sus efectos simbólico-metafóricos. En cualquier caso, según Moerman (1979):

Mente y cuerpo, hombre y animal, cultura y naturaleza son diferentes únicamente en razón de convenciones profundamente arraigadas. Esas convenciones inhiben nuestra comprensión de la curación chamánica o médica, y deberían cambiarse.

El mismo autor concibe en última instancia la curación como un aspecto de significado social, de modo que diferentes tradiciones culturales obrarán diferentes impactos fisiológicos.

La estrategia de la curación simbólica: la particularización etiológico-diagnóstica de modelos míticos generales

De lo dicho, se desprende que la curación requiere, como condición necesaria para la implicación de quienes en ella intervengan, de la coparticipación en un mundo compartido de representaciones y narrativas sobre, al menos, los factores y las relaciones etiológicas que producen la enfermedad; y sobre los procederes que inducen, en sentido contrario, el restablecimiento de la salud. Y esa concordancia en la representación simbólica y la colaboración debe ser inculcada o estimulada en el enfermo necesitado de explicaciones y de referentes.

Así, las acciones simbólicas, desde su condición culturalmente específica, se conforman siempre a pautas convencionales y vernáculas, cuya comparación intercultural puede, no obstante, revelar constantes estructurales de carácter general o universal. Estas pautas tienen que ver, en el terreno de la enfermedad y la salud, con que el especialista en sanación, a su modo, ayude o inste al doliente a que éste llegue a particularizar en su propia experiencia

vital de la enfermedad ese convencional mundo de representaciones simbólico-narrativas, incluidos mitos culturales, acerca de lo que sean enfermedad (y ese tipo concreto de enfermedad), salud, sus causas y curso. Es decir: le persuada de que asimile, incorpore e incluso se "convierta" (en las terapias de tipo religioso) a lo dispuesto por un determinado predicado etiológico-diagnóstico, y a someterse a un procedimiento curativo formulado desde su autoridad como especialista… o, en otros casos, desde la autoridad que atribuye a instancias espirituales. Esta posibilidad de otorgar sentido asumible a la experiencia individualmente sufrida, a base de amoldarla a generales modelos explicativos de carácter narrativo y práctico, es fruto de las cualidades del simbolismo. Lo es de la cualidad de los esquemas culturales narrativos que confieren comprensibilidad y coherencia expositiva al personal relato experiencial; y también lo es del específico simbolismo de la enfermedad. Así, Dow (1986), aun admitiendo que no siempre los principales factores de la sanación y de la dolencia son simbólicos (pues operan con medular importancia los procesos bioquímicos, biofísicos, etc.) destaca que tales aspectos simbólicos siempre están presentes, y propone la existencia de un modelo común de proceder, que puede describir y explicar la organización de *toda* forma de sanación simbólica:

> Las experiencias de sanadores y dolientes resultan generalizadas mediante símbolos culturales específicos asociados a mitos establecidos y conocidos;
> Una persona doliente acude a un sanador que la persuade de que el problema puede definirse en términos de un mito cultural;
> El sanador conecta las emociones del paciente a "símbolos transaccionales" adaptados ad hoc desde el mito general. Esos símbolos transaccionales se definirían como símbolos particularizados desde medios simbólicos generales, para su uso en la diagnosis y la curación (como en la tradición gallega, la *paletilla caída*, o el *aire* pernicioso; en la galénica el desequilibrio de los humores; en la tradición china el yin y el yang; o en la ayurvédica los *doshas*; como la dualidad frío/caliente en Asia Menor, el Mediterráneo e Iberoamérica; como la alusión al *tunchi* o hechizo chamánico entre los achuar (Descola, 2005); o como la eficacia de los antiretrovirales, o la alusión a la infección por microorganismos en la cosmovisión biomédica);
> Una vez conectado o persuadido el paciente, el sanador maneja los símbolos transaccionales con vistas a ayudarle a enfrentar sus propias emociones, lo que implica que el paciente interprete su experiencia de la dolencia a la luz de la narrativa simbólica general: es decir, que particularice en su caso esta narrativa.

Los sistemas de curación simbólica diferirán respecto a la esfera en que sitúan el mundo al que refieren mítico-narrativamente la etiología de la experiencia particular de enfermedad del paciente: unos, como el biomédico, lo formulan como parte de una realidad estrictamente biofísica, poblada de seres, relaciones y acontecimientos naturales, y regida por lo constatado mediante el conocimiento científico; otros, como el ayurveda o la tradición frío-calor remiten a temas sobre equilibrios y descompensaciones entre principios o humores que gobiernan la salud, también en un plano natural; y otros, como las medicinas chamánicas o las espiritualistas, lo verbalizan como sucesos provocados desde un dominio numinoso o espiritual.

Los símbolos que componen el mundo mítico y su estructura también varían conforme a la tradición cultural en la que radiquen; tradición cuyo imaginario permite concebir la existencia de dominios puramente naturales en unos casos, espirituales en otros, o bien –frecuentemente- concertados. Pero en cualquier caso, el mundo mítico contiene los símbolos que acoplan el sistema social al sistema personal del paciente. Este acoplamiento depende

de la habilidad del sanador, sea éste médico, psiquiatra, *compostor*, chaman o *corpo aberto*. La diversidad cultural también caracteriza a los procedimientos mediante los que el sanador puede consolidar ejecutivamente esa relación terapéutica. Los procedimientos pueden consistir en el sometimiento a pruebas analíticas y a TACs o endoscopias –vinculados al mundo tecno-mítico de la biomedicina-; pueden tratarse del vuelo mágico del chamán, de la observación del paciente y la toma del pulso de su arteria radial en el caso del terapeuta tradicional chino, o del trance del médium, del pronunciamiento del oráculo, etc. Procedimientos diagnósticos que apelan a la aceptación por el enfermo de la particularización en sí mismo –en su propio caso- de ese orden simbólico de representaciones.

Pues bien, el revulsivo para la aceptación es el sometimiento del paciente a una experiencia dramática, y a veces traumática, que le enfrenta con lo prodigioso, lo misterioso. El terapeuta realiza algo inusitado en el plano de la experiencia cotidiana y del sentido común, o en el del conocimiento ordinario: hace que la analítica de la sangre o el sofisticado aparato de resonancia magnética, a través de la exploración del cuerpo, conviertan para el doliente su mal individual en enfermedad diagnosticada; o bien consigue que los espíritus revelen al chaman, en el curso de su mediación taumatúrgica, la instancia causante del padecimiento. Dow estima que esta diestra y crítica acción simbólica manipulativa ejecutada de una u otra guisa, resulta inherentemente paradójica, puesto que muestra que el terapeuta 'puede hacer lo imposible', 'probar lo improbable' u 'observar lo recóndito', y con tal órdago enfrenta al doliente a una situación de elección entre todo o nada: en ese momento crítico, o se retira, o acepta el envite y el poder del sanador para definir su relación como paciente con un mundo mítico particularizado. Si accede, se producirá un cambio en el modo en que el doliente evalúa sus experiencias personales, a veces a contrapelo de la opinión de un observador externo, que encuentre absurda la manipulación simbólica consistente en la pretensión de hablar con los espíritus; de extraer del cuerpo una piedra considerada causante de la enfermedad; o, cambiando de morador y de morada cultural, de pretender remediar con simples pastillas lo que "a todas luces" resulta un mal causado por la brujería o por el secuestro del espíritu. En cualquier caso, un efecto primario de los procedimientos de sanación consiste en alterar en el sufriente el *significado* de su padecimiento, o como define Frank (1973), la curación consiste en una forma de persuasión que altera el "mundo supuesto" de la persona.

A la supuesta universalidad de ese modelo analítico-explicativo de la curación simbólica propuesto por Dow cabe presentarle distintas objeciones parciales. Así, se dan diferentes grados de aceptación por parte del paciente, y de negociación del sentido sin que la conformidad se resuelva en un "todo o nada". Por lo demás, existen sistemas tradicionales de curación, o campos curativos dentro de los sistemas, en los que el acervo de conocimientos diagnósticos o terapéuticos no tiene por qué estar asociado a una figura de mediador especializado que acapare la autoridad, y sí tratarse de una competencia abierta por ejemplo a legos, o a los actuales "grupos de autoayuda". Desde otro ángulo, a mi entender, el modelo de Dow descuida considerar que la comunicación terapéutica no se suele plantear como una relación diádica, sino poliádica, puesto que, además del doliente y el sanador, envuelve a otros actores que intervienen activamente - y a menudo controvertidamente-, en el curso del itinerario terapéutico y en el debate sobre el sentido de la experiencia. Estos otros actores comprenderían desde los parientes o amistades del primero, que le aconsejan y que suelen llegar a condicionar sobremanera su disposición a aceptar o rechazar esa particularización del simbolismo discursivo del especialista –la "comunidad terapéutica", en términos de Janzen (1978)-, hasta sanadores con diversos sistemas simbólico-terapéuticos que eventualmente pueden concurrir compitiendo unos con otros en persuadir a potenciales pacientes-clientes sobre la realidad de sus mundos simbólicos y la efectividad de sus prácticas e instituciones.

Esa relación terapéutica "polifónica" y a diversas bandas, también permite constatar que a menudo en un mismo proceso no se halla implicado un solo sanador, sino que operan, e

incluso cooperan, varios de ellos –médicos de cabecera con especialistas clínicos; epidemiólogos con médicos asistenciales; incluso éstos últimos con *compostores*-, promoviendo narrativas expertas que no tienen por qué coincidir plenamente, y pudiendo así inducir incertidumbre y ansiedad en el enfermo, por las dudas en determinar qué símbolos transaccionales tendrán sentido para particularizar su experiencia (Stein, 1983). Por otra parte, un paciente que tiene acceso a diversas tradiciones terapéuticas, en principio está en posición de desarrollar actitud crítica frente a una aceptación *absoluta* de la autoridad de un sanador dado cuando éste defina unilateralmente su relación con el simbolismo general que pretende particularizar en su caso personal, porque tal definición es esperable que se vea interferida con pronunciamientos e imaginarios alternativos, conocidos e incorporados al propio criterio por el paciente o sus allegados. La cronicidad de un padecimiento tiende a convertir a las personas en escépticos transeúntes entre paisajes simbólico-terapéuticos, reacios, al cabo, a confiarse plenamente a los planteamientos diagnósticos de unos u otros. Así, según Micozzi (2002):

My experiences as a physician and an anthropologist have taught me that, in a world marked by complexity and diversity, no one system of medicine alone can provide a formula that will offer effective medical care for the entire human family. In an eclectic health model, people choose among the most effective approaches from a variety of traditions.

Por lo demás, tampoco es infrecuente que los enfermos terminen por sanar debido más a una recuperación ligada a los cambios espontáneos en los factores causales y contextos precipitantes de la enfermedad, que en virtud de su asimilación de los "símbolos transaccionales", y del desvelo asistencial proporcionados por el especialista. O que en otros casos, el tratamiento asumido, con toda su dimensión simbólica, no conduzca a la superación de la dolencia y sí a cultivar la coexistencia con la misma, convertida en condición crónica de la propia biografía del paciente.

Sin embargo, a pesar de estas matizaciones, la afirmación fundamental de la tesis de Dow resulta certera, y de ella depende simplemente la misma eficacia simbólica de la acción curativa: que todo método de curación involucra un desplazamiento –mental y práctico- del paciente dentro de un mundo mítico particularizado, de modo que la sanación puede ser viable cuando tal cosmos narrado existe tanto para el terapeuta como para el paciente, y cuando el segundo acepta el poder –o la ayuda- del primero para definir las relaciones de su caso con dicho imaginario. Es entonces cuando el terapeuta puede conectar las emociones del paciente a los símbolos particularizados y manejar esos símbolos. Entiendo que de esta forma de construir simbólicamente, en cada caso concreto, la enfermedad, el enfermo y el tratamiento a seguir, depende centralmente el estímulo de una confianza positiva del paciente en el proceso curativo, y por tanto el mismo grado y sentido de colaboración que despliegue como auto-curación. Lo que sí cabría matizar es que esa "particularización" del mundo simbólico que contempla Dow no suele producirse como una *súbita* conversión del paciente, desde el principio, al predicado sobre la realidad de ese mundo mítico –vale decir, no consiste en una 'metanoia' en el sentido estricto de experimentar una conversión radical respecto a las causas y proceso de la propia condición de enfermedad-, sino que si puede darse es porque la perspectiva del paciente, tanto como la del sanador, ya se encuentran *predispuestas*, o previamente informadas por ese simbolismo *general* y ese discurso etiológico, al menos en sus ejes fundamentales. Es decir, si mediante su performance diagnóstico-terapéutica el especialista consigue persuadir al sufriente de modo que este altere el significado de su padecimiento, sólo puede lograrlo apelando a imaginarios y procedimientos que ya previamente éste reconozca a grandes trazos como posibles, coherentes y convenidos, en los que ya haya sido enculturado con anterioridad; con lo que el cambio en su "mundo supuesto" sólo ha de resultar parcial, y relativo a cierto círculo de presunciones del sentido común que rige la vida ordinaria. De otro modo, sería imposible cualquier transferencia de sentido simbólico.

El debate sobre la eficacia de los sistemas curativos

En este punto es pertinente realizar una digresión reflexiva sobre el problema de la eficacia de los sistemas curativos. El modelo terapéutico biomédico gravita marcadamente sobre el objetivo de la *curación* del paciente, entendida como un proceso biológico primario que insiste en la eliminación de la enfermedad, o en la reparación de disfunciones físicas. Por su misma naturaleza, esta vocación clínica y anatomofisiológica ha tendido a identificar –y con ello a solapar- tal 'curación' con 'sanación o restablecimiento de la salud'. Por sanación me refiero, en un sentido integral, a un proceso psicosocial más amplio de restauración de una dinámica vital que implica las dimensiones afectivas, sociales y espirituales del doliente. Es cierto, como sugiere Waldram (2000), que estar restablecido no equivale necesariamente a estar curado, sino que es común que uno haya recibido un tratamiento y aún presente síntomas o secuelas del padecimiento. También es común que una persona puede haber sido curada sin que por ello se haya restablecido plenamente en unas condiciones de normalidad vital. Tampoco es necesario recibir un tratamiento biomédicamente reconocido para recobrar la salud; ni la eliminación de la enfermedad tiene por qué representar siempre la meta última de la medicina tradicional -como no siempre lo es de la práctica biomédica-: el ignorar este hecho lleva a menudo a los críticos de la medicina tradicional a acusaciones hipócritas de charlatanismo. Como se deriva de la tesis de Dow, un aspecto decisivo del proceso de restauración del orden vital consiste en situar a paciente y sanador en el contexto comunicativo y socioculturalmente apropiado, pues la idea de *sanación* involucra el contexto social, económico, histórico, moral y simbólico-expresivo de la enfermedad más de lo que lo hace la estricta *curación*. Las concepciones de la eficacia en la sanación, para sanadores y pacientes, están integradas dentro de esos parámetros más amplios, y se extienden más allá de la enfermedad como categoría nosológica; es decir, se dilatan hasta tender a comprender la integral circunstancia vital del paciente. Pues bien: esto puede explicar por qué, entre otros variados fenómenos, en los universos de representaciones y etiologías chamánicas o espiritualistas, unos de los protagonistas a los que hay que considerar centralmente para obtener una sanación eficaz, sean actantes "terceros" o "culturalmente vinculados", tales como los espíritus, los santos o la divinidad.

Citando a Etkin, Waldram (2000: 601) señala que uno de los más serios obstáculos para comprender plenamente la eficacia y otras características de los sistemas médicos indígenas se encuentra en el fracaso a la hora de entender la sanación como un proceso marcado por signos o síntomas "próximos", empíricamente perceptibles, que advierten de que tal proceso de curación/sanación se encuentra en camino, y por efectos "definitivos" cual pueda ser la plena restauración de la salud o la completa remisión de la enfermedad. En este sentido, la eficacia sanadora, también en el caso de las medicinas tradicionales, debería evaluarse en cada etapa, por más que existen procesos de sanación que se extienden a toda una vida. Pero de cara a la evaluación de la eficacia de los métodos sanadores, desde otras perspectivas culturales no se cuenta con una concepción limitada del tiempo de curación similar a aquella que se suele dar en biomedicina –las cronologías de la eficacia curativa resultan siempre convencionales-.

Al margen de criterios que presupongan entender la eficacia sanadora como un fenómeno simplemente objetivo, existen otros enfoques que la valoran en función de las interpretaciones de los propios enfermos receptores de atenciones terapéuticas. Hahn (1995) propuso definir las enfermedades, no en tanto que categorías nosológicas que actúen como referencias del diagnóstico pronunciado por el especialista de cualquier tradición, sino desde un punto de vista de la experiencia individual, como "condiciones indeseadas del yo, o amenazas sustanciales de condiciones indeseadas del yo". Por su parte, McGuire (1991) considera que los intervinientes en el proceso curativo perciben que éste es eficaz cuando encuentran que el curso de la enfermedad es consistente con sus expectativas, en la medida

en que estas proceden de hacer corresponder sus experiencias con los predicados y previsiones del sistema curativo.

Por su parte, Csordas (1983) se pronuncia acerca de la eficacia de los sistemas curativos tradicionales, de tipo religioso o simbólico, de forma análoga a Dow, al sugerir que a la hora de considerar su eficacia, hay que tener en cuenta que esos sistemas no tienen por qué incluir necesariamente la eliminación de los síntomas de la enfermedad, sino que quizá haya que centrar la atención en si efectivamente inducen un cambio en el *significado* que el paciente atribuye a su padecimiento experimentado, o una alteración en el modo de vida de dicho paciente. En su aproximación culturalista y procesual, Csordas (1988) indica que

Es por ahora un lugar común observar que la eficacia es contingente a la naturaleza de los problemas abordados por diferentes formas de curación, cómo se definen los problemas en la práctica cultural y lo que cuenta en términos culturales como su resolución exitosa.

En definitiva, resulta esencial que pensemos la eficacia terapéutica no como una cualidad unívoca en su manifestación, alusiva a un fenómeno objetivo y universal cuya medida se ajuste a unos parámetros presuntamente "naturales", únicos y establecidos, asociados a una exclusiva perspectiva de la salud, la enfermedad y su temporalidad, sino más bien como algo cambiante, politético incluso; pendiente del contexto sociocultural y temporal en que se considere; algo asimismo condicionado por el contexto de situación, y por ello sujeto al diálogo: al convenio acerca del sentido entre los agentes que intervienen en el proceso curativo.

El "Corpo aberto" y su nicho simbólico-terapéutico en el campo de los imaginarios y prácticas de la sanación en la aldea gallega

Los moradores de cierta edad de aldeas del sur de Pontevedra, en estas décadas de cambio de siglo, distinguen todavía en ciertas conversaciones, y a menudo con unos criterios ambiguos, dos grandes tipos de enfermedades y de especialistas asociados: "*as enfermedades*" en general, que normalmente se sobreentiende son competencia de los médicos, y "*as enfermedades que non curan os médicos*" o "*enfermedades que non son de médicos*". Vaya por delante, que la asimetría referencial es abrumadoramente marcada en favor de las primeras, en un entorno actual donde el ámbito de referencia básica en el terreno de la salud es inapelablemente la oferta biomédica. Las enfermedades habituales son dolencias agudas o crónicas de reciente padecimiento, derivadas de procesos traumáticos, infecciosos, degenerativos, etc., y para las que aceptan en principio los pronunciamientos y líneas clínico-terapéuticas proporcionados por la asistencia médica, así como sus recursos asistenciales. Pero en casos en que los síntomas padecidos no remitan con la intervención del "*especialista*", y el mal perdure y se cronifique aun cuando se recurra al expediente habitual de "*cambiar de especialista*", puede el doliente hacer oídos a alguien que le anime a mudar de instancia y recurso sanativo. E aquí el testimonio de una joven que acudió a una *corpo aberto* de la comarca:

> *Eu non curaba dos nervios, e pensaba que me volvía tola. Ía de médicos e de psiquiatras… e o psiquiatra veña a receitar pastillas e máis pastillas, que me tiñan drogada. Pero os nervios igual… non tiña os nervios de antes, pero non podía seguir todo o tempo con pastillas… Eu andaba drogada. E enton a miña amiga díxome que eso non era unha cousa dos médicos, que eses nervios que eu tiña non eran cousa que poidan curar os médicos. E que me deixara de médicos e fora xunto dunha muller que… dí que é corpo aberto de alí de V… que conocía ela.*

Las enfermedades que "*non son dos médicos*" aluden a su vez a una gama heterogénea

de dolencias adscritas a muy variadas causas y naturalezas. La expresión resulta vaga, desde su formulación negativa, por dar cabida a tan abierta heterogeneidad, y a la vez por connotar el carácter incierto y oscuro tanto de las etiologías como de las formas de sanación y de la misma identidad, reservado paradero y cautelosa actuación de los sanadores que de ellas se espera que se ocupen. Comprende toda esa serie de prácticas tradicionales no cubiertas por la asistencia médica reglada, y específicamente las que se considera que sólo pueden ser adecuadamente tratadas recurriendo a los expertos en otro discurso diagnóstico, que baraja condiciones expresadas según conceptos-símbolo tales como *"o aire"* y *"a envidia" o "a ollada"*, o *"ter bruxas"*, en una de sus modalidades; como *"ter un espríto dentro" y "ser corpo aberto*", en otra diferente; o, más indeterminadamente, flotando potencialmente entre unas u otras referencias competenciales, *"estar mal dos nervios"*, y *"cismar"* o *"ter un cisma con un"*.

Entre quienes rechazan una etiología brujesca o 'mágica' de la experiencia del mal, destacan en general los sanadores de tipo espiritualista, los llamados *espíritas* o *espiritistas.* También censuran y estigmatizan, además del quehacer y el predicar de las *sabias* y *entendidas,* las prácticas ejercidas por una serie de figuras que aún hoy publicitan sus ofertas, a través de la prensa o de la red, como agentes diagnosticadores del origen de los padecimientos: los *curandeiros, carteiras,* o *videntes*. La sanación espiritista se despliega en forma de grupos de culto con un lenguaje e imaginario religioso que aplican a la sanación. Se trata de una modalidad de "curación por la fe" (Finkler, 1994), ya que consideran su intervención como una tarea de sanación guiada por Dios, y ejercida por sí en tanto que *mediums* poseedores de la capacidad de comunicación con los difuntos que poseen y afligen a los dolientes que a ellos acuden, dolientes a los que identifican como personas que *teñen o corpo aberto.* La circunstancia es que estos *espiritualistas* también previenen frente a los *corpos abertos* tradicionales, a los que suelen tachar de *supuestos médiums,* aun cuando el modo de actuación y el discurso etiológico de éstos –generalmente mujeres, en el sur de Pontevedra- sea muy similar al suyo. Se diferencian, eso sí, en dos aspectos conspicuos: los *corpos abertos* tradicionales, con emplear expresiones y elementos simbólicos religiosos, a menudo no mencionan centralmente la intervención divina como causa última de la curación, aunque también puedan aseverar que *"esto que eu fago, é por un don que Dios me deu"*; y además, las mujeres *corpos abertos* actúan individualmente, sin formar parte de un grupo de culto, y pueden recibir una retribución por la asistencia que prestan.

Corpo aberto es un término ambiguo, polisémico y con contradictorias adherencias connotativas, cuyo sentido adecuado depende estrechamente del contexto discursivo en que se emplee, si bien siempre tiene que ver con el campo semántico propio de una concepción espiritualista y personalista de la etiología de ciertas enfermedades y desgracias.

1. En un sentido, *un corpo aberto,* o *unha muller que é corpo aberto* es la expresión usual empleada en el Baixo Miño y el Condado, para referirse a una persona local que justifica su quehacer sanador alegando poseer el *don* de posibilitar hablar por su boca a los *espíritos* de difuntos con el fin de procurar el restablecimiento de la normalidad vital de los vivos. También son conocidas en Galicia, en una frecuente extensión –para enmarañar más aún las cosas-, con las expresiones de *bruxas* y *curandeiras,* amparándose en la profunda ambigüedad, y dilatada y equívoca extensión, del campo semántico de estas últimas, aunque también en el carácter poliédricamente liminal, equívoco y resbaladizo de su campo de actuación e imaginario evocado. El planteamiento básico de su acción es el siguiente:

La *corpo aberto,* entrando en trance, posibilita que los espíritus de los fallecidos se expresen por su boca a consecuencia –dicen- de que en un momento u otro del pasado ella misma experimentase que uno de ellos se introdujera en su cuerpo: una experiencia traumática y patogénica. La *corpo aberto,* desde el punto de vista tradicional, tiene capacidad para detectar el origen del padecimiento de la atribulada persona que a ella acude, en tanto en cuanto el agente de dicho sufrimiento o síndrome de aflicciones –generalmente una difusa

y plural sintomatología psíquica o psicofísica, particularmente pertinaz- se identifique con el espíritu de un difunto que a su vez se haya introducido en el cuerpo de dicha afligida. El trance (*"quedar morta"*, en expresión habitual) es la parte crítica de una performance que tiene lugar tras un arranque de anómalos gestos hiperbolizados presentados por la *corpo aberto* como *señal* de la inmediación del *espírito* que aflige al visitante que se le ha acercado, y de la posterior migración del mismo desde el cuerpo del doliente al interior de la propia sanadora *(pasarlle o espírito*, o *entrarlle o espírito no corpo*) con el objeto de comunicarse.

2. El otro sentido se conecta al anterior por un vínculo firme y múltiple: a la vez metonímico ('la condición por la persona que la experimenta'), y doblemente metafórico ('como es en el sanador, así es en el sanado', y 'abierto' por 'espiritualmente expuesto' o 'receptivo'). En esta otra acepción, *"ser corpo aberto"* o *"ter o corpo aberto"* –en portugués también se utilizan como expresiones análogas *"estar de morada aberta"* o *"ter o cofre aberto"*-, hace referencia a una idea nuclear dentro del mismo discurso etiológico corpoabertesco: esa excepcional condición de alguna persona, consistente en su propensión a que algún *espírito* la posea, provocándole alteraciones de carácter síquico y físico, sentidas como inquietantes y nocivas. Pero tal condición resulta llamativamente ambigua, ya que si bien, cuando es sufrida por la persona aquejada resulta experimentada como anómala, insoportable, peligrosa y enfermiza –y con ello negativa e indeseable-, suele ser interpretada ambiguamente por la misma sanadora que la identifica y parece pretender revertirla: si es un mal a extirpar, también, en contraste, la puede presentar como prueba fehaciente de que quien adolece de ella posee el antedicho *don*. Esta interpretación es comunicada a la persona que sufre la posesión, y puede llegar a constituir un giro de valor axial en la estrategia de "creación del sentido" de la experiencia de padecimiento vivida: no en balde, si la afligida puede ayudar a otros tras el sufrimiento experimentado, este padecimiento y su causa revelarán una inesperada eficacia y significación social; quedarán instalados como vectores de una fuerza provechosa y positiva en un cosmos y en una comunidad moralmente cabales. Es decir, una parte importante de la sanación simbólica operada por la *corpo* aberto podrá consistir en proporcionar una estimable vía de reconciliación de la sufriente con su propia biografía, frente a los conflictos familiares y existenciales experimentados; y a la vez, en propiciar su reintegración en una vida social, brindándole la posibilidad de desplegar un estimable papel protagonista y positivo como sanadora de terceros. Así, según Bourguignon (2004),

Becoming a medium gives a woman power with respect to her clients, making life decisions for them, including telling rich individuals that they must help some of her poor clients -it is the spirits who require them to give charity. In the process, the medium becomes an independent entrepreneur, wielding supernatural as well as earthly power.

No obstante, ésta última interpretación está condicionada por el carácter moral atribuido al propio *espírito* que poseería a la visitante –espíritu casi invariablemente reconocido como el de un familiar, cónyuge, o raramente el de amigo/a fallecido-. Según una mujer *corpo aberto*:

Para ser corpo aberto non vale calquera, porque o espíritu dentro do corpo ten que ser de unha persona boa que non te quere mal, que non ten intención de facer dano [puesto que]… se o espírito é malo, se che quere facer mal, non te pode guiar ben: ise hai que botalo pa fora sempre… e logo pechar o corpo para que non volva entrar máis.

Es decir, en el discurso habitual de la especialista-*corpo aberto*, si el espíritu es benevolente, en lo sucesivo el don podrá ser aprovechado por su portadora en beneficio a su vez de terceros poseídos, en una suerte de ideal "propagación salutífera". O puede que la portadora –lo más corriente- opte por renunciar a este dudoso *don*, liberándose de la posesión espiritual y de sus connotaciones de abismales riesgos y anomalías.

Por lo demás, La definición equívoca de *corpo aberto*, al aludir tanto a la persona enferma como a la terapeuta, apunta en escorzo otro esquema ideal connotado, recurrente por lo demás en cosmovisiones chamánicas: 'la curación despega de un proceso de identificación;

del compartir experiencias patológico-espirituales límites'. No obstante, el modo de actuación y el discurso de las *corpos abertos* en las sesiones dirigidas a *botar afora os espíritus*, o de *pechalo corpo* de los afligidos, despliega estilos heterogéneos e idiosincrásicos desde un guión común, pero distintivo de esta 'especialidad'. El médium –y su análogo gallego tradicional, el *corpo aberto*-, presenta en general un planteamiento de la relación y de la acción entre la figura del "espíritu" y su propia persona, diferente al del chamán. Si bien unos y otros atribuyen la autoría del dictamen diagnóstico a la clarividencia de los espíritus –pues tal idea apodíctica común es la fuente misma de todo su discurso y autoridad, erigida sobre la función taumatúrgica-mediadora-, sin embargo:

> (1) el chamán trata de invocar, dominar e instrumentalizar *activamente* a su espíritu familiar para obtener las visiones o la información a emplear en cada curación particular, incluso cuando intenta acceder al trance: a un estado alterado de *conciencia*. Es decir, aprovecha el "discurso" espiritual como síntoma.
> (2) El médium adopta una táctica opuesta, pues escenifica su intervención como *pasiva* y sometida, desde el punto de vista de la conciencia y la volición, al espíritu ajeno –se somete a un estado alterado de *inconsciencia*-. Es decir, presenta el "discurso" espiritual como diagnóstico autorizado.

Voy a reproducir aquí un testimonio que refleja los pormenores de una sesión de *corpo aberto*…

> *A min… Tiña uns mareos e nervios, e uns dolores de cabeza conmigo, que estaba a morrer, e mesmo non me deixaba a cabeza dormir ben, pero o médico non acertaba o que eu tiña… Díxome unha vez que todo era por culpa dos nervios, e entón fun a outro especialista pero todo igual. Entón, unha amiga contoume que hai unha muller alí en San Jorge, que é corpo aberto, e por qué non iba xunto dela, porque lle vai moita xente, porque acerta o que lles pasa. ¡Bó!, non é que acerta ela, senon que é outra cousa. É que ela dis que tes un espírito dentro de ti ¿non?... Un espírito que é o que che fai todas esas cousas. E ese espírito fala pola boca de ela, porque entra nela… pasa de ti, do teu corpo, ó seu corpo, (…) Eu non creía en eso que decía dos espíritos, pero cando estábamos alí … estábamos na sua casa, no salón, e sentamonos. E ela preguntabame polo que me pasaba, pola miña familia e cómo me levaba con eles. Preguntaba moitas preguntas… Eu non creía moito neso, pero a miña amiga xa me avisou de que ela [la corpo aberto] se enfadaba se vai xunto dela un que non cree en esas cousas. E para ire alí, para que o espírito fale, un ten que creer en eso… todos os que van; dixo que se non, si hai alguen que non cree, os espíritos non veñen, non falan; e ela, entón,non pode facer nada. Pero logo, cando eu me acercaba xunto dela, da muller, ¡ela empezou a abrir a boca así¡ ¡Abría a boca que daba medo!, porque eso é que cando tes un espírito en ti, metido no corpo, ela ponse mala, porque sente que está cerca… Eu tiña un medo que quería escapare de alí. E díxome que eu tiña un espiríto no corpo, porque tiña o corpo aberto. E que se tes o corpo aberto, entranche os espíritos e logo che fan todas esas cousas malas. E díxome que tiña que preguntarlle ó espírito o que quería, cando falara… E despois, xa ela [le espetó] "¡E ti dí quén eres e qué lle queres a P… [el nombre de la supuesta poseída]!". E púxose morta… púxose así, pálida, que non era ela, e entón de repente falaba cunha voz de home… que non era a sua voz: era o espírito. Eu morría de medo; pero a voz dicía "Eu son M…, son o teu abuelo, e son quen*

> *che da esos mareos, porque non me tes atendido". Chamabase M., como meu abuelo. ¡Bo! ¡Era o espríto do meu abuelo! Eu choraba. E entón, dixenlle eu "¡Qué queres!"… "¡Quero que me teñas vinte misas, luz e auga!". E dixome que tiña que porlle luz, velas, e auga bendita. (…) Logo xa outro día, cando fixen iso, volvin xunto da muller, do corpo aberto, e ela deume uns pases así coas mans, e púxome un colgante cunha chave, no peito. E unha chave para pechar o corpo, para non entraren máis espiritos. E logo xa terminaron os mareos, e as voces. Seica salio o espríto, marchou e xa non hai máis…*

A pesar del derroche mímico-gestual de la *corpo* aberto-especialista que, en la sesión, señala el advenimiento de un trance crítico y radicalmente extraordinario de contacto interactivo entre vivos y espíritus, su anómala compulsividad no expresa dramáticamente el desencadenamiento de una acción propia, intencional y protagonista, orientada a dirigir las posibilidades del contacto espiritual, sino la supuesta invasión activa de su cuerpo por un espíritu transmigrador y advenedizo, que se convierte en protagonista, y cuya irrupción llega a anular la conciencia y capacidad de maniobra de la propia médium. El papel de "mediación" de ésta radica, entonces, en una sorprendente inversión verificada en el curso de un mismo proceso: en pasar de activa protagonista de la sesión a mero actante-plataforma del prodigio advenido; en quedar fuera de juego y rebajarse a la mera condición de 'cuerpo', pues la ilusión consiste en ser ella quien resulte alienada e instrumentalizada por el espíritu para establecer demostrativamente la comunicación diagnóstica. Una comunicación que en los modos de hacer de los *corpos abertos* se emite recurriendo al vehículo efectista y pavoroso de sus visajes aberrantes y de una voz impostada, que si es descrita como '*do outro mundo'* resulta sin embargo susceptible de ser reconocida como íntimamente personal y cercana por la doliente: voz y giros expresivos que –y es parte del esquema cultural inmanente- siempre son identificados con los idiosincrásicos del pariente *finado* cuando estaba aún vivo. Una mujer habla en tono grave, masculino; una joven adopta la voz de un anciano; inicia una canción "*que é a canción que o finado P. cantaba sempre nas festas*", etc.- Tal voz impostada remacha sensorialmente la ilusión de un desdoblamiento: de la presencia de un tercero espiritual que enajena la persona del mediador –enajenación en la que ya insiste expresivamente la propia denominación de *corpo aberto*-. Y por tanto, precisamente, emitir la voz impostada pero recibida como perteneciente a un *finado* próximo y alusiva a pormenores estrictamente idiosincrásicos de la experiencia de éste, constituye una herramienta clave en la tarea de que el paciente acepte la particularización del simbolismo mítico propuesto por el sanador, como modelo válido para explicarse la causa de sus propias experiencias de la enfermedad y afrontar desde ese emplazamiento de conciencia el curso del restablecimiento: "*¿Cómo ía saber ela, a B., esas cousas, se non era o mesmo M… o seu espríto o que falaba por ela?*". Es decir, la voz impostada y su mensaje restringido –como "shibboleths" que sugieren la inequivocidad de la identidad personal de quien se ha manifestado, no pudiendo hacerlo en términos del sentido común- constituyen el resorte maestro de ese revulsivo traumático que enfrenta con lo prodigioso y lo misterioso al doliente, para someterle a aceptar en bloque unos símbolos transaccionales procedentes de un compartido imaginario mítico de base. Un imaginario compuesto por saberes tales como la pervivencia espiritual tras la muerte; la protagonista intervención de los espíritus en la vida de los vivos; la firme trascendencia de los vínculos con parientes directos y amistades, y la misma relevancia de la dimensión parental en la construcción de la identidad personal, etc. Observamos perfectamente, por tanto, cómo con el trance y la voz impostada, el terapeuta realiza algo increíble en el plano de la experiencia cotidiana y del sentido común, proyectándolo a un horizonte restaurador del orden vital.

El remedio terapéutico activamente brindado por la *corpo aberto* resulta más sencillo o menos efectista que su papel "diagnosticador", pues aquél se reduce –en ocasiones- a

exhortar al espíritu para que abandone el cuerpo de la poseída, y en *pechar o corpo* (cerrar el cuerpo: rotular de nuevo unos límites óntico-morales, y a la vez cósmico-existenciales, previamente desdibujados o inexistentes) para evitar ritualmente ulteriores posesiones.

De todos modos, hay un aspecto que expresa como pocos la existencia de un esquema cultural compartido que es el que las *corpos abertos* se encargan de destacar y particularizar en sus pacientes como factor simbólico transaccional. Me refiero al aire de familia de la trama narrativa con que describen e interpretan sus propias experiencias, los sufrimientos y capacidades extraordinarios, inquietantes y dolorosos; trama que se reitera –cuajada de incertidumbre-, bajo las lógicas variaciones personales, y que repetirá una vez más la paciente que quede imbuida de tal modelo explicativo. En opinión de una *corpo aberto*,

> *Poder ver, ou ouvir, ou falar por os espíritos, é unha cousa normal. É un don que podes ter ti ou mesmo calquera (…). É un sexto sentido, podese decir. Ten a cousa de que… como vén, logo vai e perdese. Poden terlo personas de calquera idade. E como aparece, desaparece… Pode que para alguns sexa una cousa boa, pero… O sere corpo aberto pode traer moitas cousas malas: podes ouvir voces, e ter dolores de cabeza que parece que che vén o mundo encima. E non sabes cómo sacarche iso (…) Logo ó mellor xa te acostumbras e xa non o miras como de todo malo. Pero é algo que non se pode provocar adrede a ninguén… iso de ser corpo aberto; non o das conseguido: atópalo… O que si se pode é aproveitar ese don; tes que aprender de outro que sexa corpo aberto.*

Este esquema narrativo-cultural es, como dije, tópico de conocimiento generalizado en la comarca bajomiñota, al margen de que unos acepten sus implicaciones, otros las descarten, y otros le enfrenten una actitud agnóstica. Y es debido a esta generalizada asimilación del esquema tradicional por lo que, a pesar de la angustia e incertidumbre transmitidas por quienes sufren los síntomas, los ejes fundamentales del discurso diagnóstico de la sanadora *corpo aberto* pueden ya, con antelación, ser reconocidos y empleados, en la auto-interpretación de los signos de su trastorno, por quienes eventualmente van a acudir a ella.

Por eso señalo que, junto al de *espírito*, la noción de *corpo aberto* constituye el núcleo simbólico-conceptual de todo un sistema etiológico-narrativo, local y tradicional, establecido en torno a la génesis, interpretación y tratamiento de ciertos padecimientos, para cuya "transmisión" al paciente, en realidad la especialista no precisa -matizando la tesis de Dow- dedicar mucho esfuerzo de persuasión retórica. Es decir, la particularización del simbolismo mítico general del *corpo aberto* no es proceso que tenga lugar exclusivamente – y ni mucho menos se improvise-, en el contexto del encuentro entre especialista y paciente sino que antecede ya a este por la asimilación de los comentarios vecinales de aldea y por la más que probable narración de "casos" de desposesión por personas del círculo de amistades de la afectada. Y si bien la habilidad de la *corpo aberto* consiste principalmente en lograr que su afligida visitante acepte y asimile tal particularización como explicación de sus propias tensiones y experiencias de la enfermedad, la particularización ya ha comenzado a rodar en los diálogos previos de la afligida con su amiga, en combinación con su propia reflexión interna, ante la aparente falta de resultados de la intervención de médicos o psiquiatras a los que previamente se acudió.

El momento crítico en la intervención particularizadora obrada por la *corpo aberto* –consiste en su protagonismo activo en la ejecución de un doble movimiento: uno que se guarda para sí y que supone seleccionar con discernimiento, a través de un sigiloso sondeo dialógico de las relaciones familiares o vecinales de la afligida, qué difunto en particular cabe acreditar a la hora de atribuirle potenciales problemas radicados, bien en las relaciones que pudieron mantener la afligida y él en vida, bien en omisiones rituales que pudieran haberse dado en homenaje a su memoria (misas, *cabos de ano*, etc.), o bien en deudas o

enfrentamientos que el *finado* pudo dejar sin satisfacer a su muerte. El segundo e inmediato movimiento consiste en proponer ante la afligida, con rotundo efectismo performativo (el trance, el *quedar morta*, y la dramática impostación de la voz), la identidad de tal *espirito* de una persona próxima, de modo tal que aquella no reconozca tal performance como 'propuesta interpretativa argumentada', sino como una 'revelación demostrativa'; como una presencia tremenda, objetivada, experimentada en el umbral existencial supremo de la separación entre vivos y muertos. Umbral aquí tornado en ambiguo –y por tanto, excepcionalmente franqueable, aunque peligroso- en virtud de la sesión de la *corpo aberto*. Es decir: el segundo movimiento consiste en presentar una escenificación como un ritual radicalmente grave, aunque sea oficiado en la cocina de su casa.

Pero un examen detallado de la estrategia etiológico-narrativa del *corpo aberto* nos refleja, sobre todo, su profundo y solidísimo entronque y plena correspondencia de sentido con un esquema cultural tradicional mucho más general, que pivota en torno a los dos ejes simbólicos dominantes de la casa y la vecindad de aldea, fundamentos de la sociabilidad y de la cartografía moral de la vida cotidiana. La adscripción doméstico-familiar es eje fundamental de la biografía personal, y la continuidad moral de la casa y la familia, implica la norma del respeto y entrega filial hacia la voluntad de los ascendientes directos; pero también de la obligación para éstos de gestionar justamente las propiedades en relación a los descendientes y a los vecinos. Esta norma es verificada a través de la atención a los padres durante la vida; o mediante la satisfacción de la *cóngrea*. Pero, sobre todo, la norma es confirmada ritualmente tras la muerte de los ascendientes cumpliendo con los homenajes ceremoniales de los *cabodanos* (funerales), las *misas rezadas* u *oídas*, y respetando sus *mandas* testamentarias en cuanto al reparto de quiñones, o a la liquidación de deudas contraídas en vida. El esquema tradicional importa también aspectos estructurales conflictivos, como la competencia entre hermanos alrededor de las posibles *melloras* testamentarias. El otro eje, la vecindad de aldea, comporta la norma de la solidaridad entre vecinos, con el respeto escrupuloso de los *marcos* de las respectivas propiedades, la regla de la reciprocidad como brújula de las relaciones, y antaño la vinculación matrimonial entre descendientes de casas próximas. Pero simultáneamente, la vecindad se acompaña de envidias, marcajes y enemistades extremas y duraderas.

Considero que el quehacer de las llamadas *mulleres que saben de iso*, o *sabias* -y en sentido lato y contradictorio, también llamadas *bruxas* en el Miño pontevedrés-, tendería a orbitar principalmente en torno a la detección de la identidad de *personas vivas* que presuntamente provocarían envidias y malquerencias causantes de desgracias en el plano de las relaciones entre vecinas próximas: es decir, detectar y contrarrestar a *as bruxas*; en Galicia, actores que discursivamente operarían de modo negativo en la esfera de la *propincuidad vecinal*; o dicho de otro modo, las *bruxas* condensarían simbólicamente los males de la propincuidad. Con ello, disiento de Geschiere (2012), cuyo modelo señala la intimidad de las relaciones parentales como fundamento y marco escénico genérico de la brujería, aunque dicho modelo pueda ser válido para las sociedades camerunesas en cuya etnografía está fundamentado.

Pero la habilidad de la *corpo aberto* consiste en saber focalizar su exploración conduciendo el diálogo hacia el otro eje simbólico central del eidos y el ethos aldeano, orbitando su labor indagatoria, en contraste, en torno a la esfera de la *intimidad doméstico-parental;* apuntando a los males endógenos de esta intimidad, cristalizados en el *espírito* invasor. Y ello para, una vez redirigida la atención de la visitante a esta familiar morada cultural, sondear con sagacidad las más que probables fallas y líneas de tensión que cualquiera puede revelar en sus biografías familiares, facilitando que, como implicaciones, se deslicen en la entrevista que abre la visita, o que las deje caer con anterioridad una acompañante de la afectada. Una buena ayuda puede provenir de la propia doliente, en tanto que la *corpo aberto* le sugiera directamente la necesidad de que rastree posibles omisiones o conflictos en su

círculo parental. Y una vez conducido el sondeo, en el contexto de una sesión con efectismo taumatúrgico, la culminación de la destreza mediumnica consistirá –como señalé- en desvelar aparatosamente, con calculado desdoblamiento verbal de la persona, la identidad de quien ha sido el agente personal –presentado siempre como pariente *finado*- del síndrome de desgracias. Con ello, pretende roturar con vigor, impulsando al modo traumático, el camino del restablecimiento, insistiendo sobre todo en el momento diagnóstico del mismo y confirmando el carácter moral del problema que lo impide.

Por lo demás, esta habilidad de la *corpo aberto* en el tejido de una narrativa y escenografía personalizadas de la enfermedad como efecto de desarreglos vinculativos parentales, se ajusta estrechamente a las características de la "mitopráxis" teorizada por Sahlins, aunque no de esa mitopraxis aplicada a la comprensión de los acontecimientos históricos, sino de una orientada a abordar la casuística de la enfermedad, el mal crónico y el desarreglo moral familiar. Se trata de una modalidad, podemos decir, de "mitopráxis socioterapéutica".

En conclusión, y retomando lo que señalé al principio, el ejemplo de la intervención de la *corpo aberto* muestra cómo es condición inherente al planteamiento de la acción simbólica sanadora el operar en la práctica siempre desde su especificidad y valor culturalmente relativos; desde su referencia a un particular imaginario local de la realidad y sus procesos; a un concreto modo de vida y ethos; a esa contextualidad figurativa, social, moral e histórica que resulta ser la influencia cardinal en la generación de su valor semántico, de su sentido de oportunidad y de la probabilidad de que se perciba, valore y estimule su eficacia.

Bibliografía

Bourguignon, Erika. 2004. "Subordination and Power: Women and Possession Trance". *Ethos*, 32

Couceiro, Enrique. 2014. "Símbolos culturales. Condensadores semánticos para la comprensión de la experiencia humana" *Revista de Antropología Experimental*, 14

Csordas, Thomas. 1983. "The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing". *Culture, Medicine, and Psychiatry* 7.

-- 1988. "Elements of Charismatic Persuasion and Healing". *Medical Anthropology Quartertly*, 2.

Descola, Philippe. 2005. *Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros. Alta Amazonía*. Buenos Aires: FCE.

Dow, James. 1986. "Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis". *American Anthropologist,* 88

Finkler, Kaja. 1994. "Sacred Healing and Biomedicine Compared". *Medical Anthropology Quarterly*, 8

Frank, Jerome, Julia Frank. 1973. *Persuasion and healing.* Baltimore: Johns Hopkins University Press

Geschiere, Peter. 2012. *Política de la pertenencia: brujería, autoctonía e intimidad.* México: F.C.E

Hahn, Robert. 1995. *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press.

Janzen, John. 1978. *In Quest of Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: Univ. of California Press.

McGuire, Meredith. 1991. *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Micozzi, Marc . 2002 "Culture, Anthropology, and the Return of "Complementary Medicine"" *Medical Anthropology Quarterly*, 16

Moerman, Daniel E.; Jean Benoist; Eugene B. Brody; et al. 1979. "Anthropology of Symbolic Healing". *Current Anthropology,* 20

Stein, Howard. 1983. "On Placebos. To Cure, to Control, to Please: Medicine after the Demise of 'The Placebo'". *Medical Anthropology Quarterly*, 15.

Waldram, James. 2000. "The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues". *Medical Anthropology Quarterly,* 14.