

El desafío de la sanación indígena para la Salud Mental Global¹

Thomas J. Csordas²

Recibido: 21 de enero de 2023/ Aceptado: 20 de febrero de 2023

Resumen. La psiquiatría y la antropología tienen una larga relación, de tal suerte que merece la pena examinar aspectos de cómo esa relación se traslada al campo en desarrollo de la Salud Mental Global (SMG). Un espacio en el que las dos disciplinas se solapan significativamente es en el tratamiento de los fenómenos religiosos y los rituales en relación a la salud mental, y uno de los mayores desafíos de la SMG es cómo tomar en consideración, de manera productiva, las formas de sanación indígena basadas en la religión y el ritual. En este artículo comparo textos recientes sobre SMG escritos desde el punto de vista de la psiquiatría y la antropología, observando que los textos psiquiátricos hacen hincapié en la determinación basada en la evidencia de la eficacia de los tratamientos, mientras que los textos antropológicos enfatizan una comprensión etnográfica de la experiencia del tratamiento. Conciliar estos dos énfasis constituye un desafío para el campo, atendiendo a las variaciones contextuales en los eventos de tratamiento, episodios de enfermedad, factores fenomenológicos tanto endógenos como intersubjetivos y factores sociopolíticos tanto interpersonales como estructurales. Al abordar este desafío, propongo una aproximación al proceso terapéutico que, a nivel empírico, pueda facilitar la comparación entre la diversidad de formas de curación y que, a nivel conceptual, pueda constituir un puente entre la eficacia y la experiencia. Esta aproximación se fundamenta en un modelo retórico del proceso terapéutico que incluye componentes de disposición, la experiencia de lo sagrado, la elaboración de alternativas y la materialización del cambio, que destacan la especificidad experiencial y el cambio gradual. Desplegar este modelo puede ayudar a afrontar el desafío de comprender la eficacia y la experiencia en la sanación indígena, y preparar el terreno para el reto posterior de cómo los profesionales de la SMG se relacionan e interactúan con tales formas de curación.

Palabras clave: antropología y psiquiatría; Salud Mental Global; sanación indígena; proceso terapéutico.

[en] The Challenge of Indigenous Healing for Global Mental Health

Abstract. Psychiatry and anthropology have a long relationship, and it is worth examining aspects of how that relation is carried over into the developing field of Global Mental Health (GMH). One place at which the two disciplines overlap significantly is in addressing religious phenomena and ritual performance in relation to mental health, and one of the greatest challenges for GMH is how productively to take into account forms of indigenous healing based on religion and ritual. In this paper I compare recent texts in GMH written from the standpoint of psychiatry and anthropology, observing that the psychiatric texts emphasize evidence-based determination of treatment efficacy, while the anthropological texts emphasize ethnographic understanding of treatment experience. Reconciling these two emphases constitutes a challenge to the field, attending to contextual variations in treatment events, illness episodes, phenomenological factors both endogenous and intersubjective, and sociopolitical factors both interpersonal and structural. In addressing this challenge, I propose an approach to therapeutic process that on the empirical level can facilitate comparison across the diversity of healing forms, and on the conceptual level can constitute a bridge between efficacy and experience. This approach is predicated on a rhetorical model of therapeutic process including components of disposition, experience of the sacred, elaboration of alternatives, and actualization of change that highlights experiential specificity and incremental change. Deploying this model can help meet the challenge of understanding efficacy and experience in indigenous healing, and prepare the ground for the further challenge of how practitioners of GMH relate to and interact with such forms of healing.

Keywords: anthropology and psychiatry; Global Mental Health; indigenous healing; therapeutic process.

Sumario. 1. Eficacia y experiencia. 2. Frustraciones y recompensas de la etnografía. 3. El modelo retórico de los procesos terapéuticos. 4. Defender la experiencia. 5. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Csordas, T. J. (2023). El desafío de la sanación indígena para la Salud Mental Global en *Revista de Antropología Social* 32 (2), 103-116.

¹ Artículo traducido con el permiso de SAGE Publications, de *Transcultural Psychiatry*, 2021, nov. 3. Thomas J. Csordas "The Challenge of Indigenous Healing for Global Mental Health".

El estudio de caso tratado en este artículo se basa en datos del proyecto "Etnografía del proceso terapéutico en la curación Navajo financiado por la subvención MH50394-05 del Instituto Nacional de Salud Mental. Presenté una versión anterior de la sección Eficacia y experiencia en el Simposio de Georgetown "Salud Mental Global: Perspectivas transdisciplinarias" en 2016 en la Universidad de Georgetown, bajo el título 'Efficacy and Experience: La curación ritual en la Salud Mental Global'. Una descripción más detallada del caso aparece en Csordas (2002: 177-183). Para el presente artículo, damos las gracias a Hannah Read por su ayuda en la preparación del resumen de monografías etnográficas sobre la curación indígena y ritual. Gracias también a Janis H. Jenkins por el diálogo continuo sobre la relación entre antropología y psiquiatría.

² Departamento de Antropología, University of California San Diego, La Jolla, CA, USA. <https://orcid.org/0000-0001-8775-6377>

La psiquiatría y la antropología tienen una larga relación, así que vale la pena examinar aspectos de la forma en que esa relación se traslada al campo en desarrollo de la Salud Mental Global (SMG). ¿Sirve este campo de puente efectivo entre las preocupaciones clínicas de la psiquiatría y las preocupaciones interpretativas de la antropología, de un modo que haga avanzar ambas áreas de investigación y amplíe el discurso acerca de las condiciones culturales de la experiencia de la enfermedad y el proceso terapéutico? Estas preguntas son relevantes tanto si entendemos a la SMG como un movimiento que intenta proporcionar un acceso equitativo a la salud mental en lugares que carecen del mismo, como si se le comprende como parte del campo académico interdisciplinario de la Salud Global (Jain y Orr, 2016; Jenkins, 2018; Lovell, Read y Lang, 2019; Myers, Lester y Hopper, 2016). Un foco de tensión es el debate entre Derek Summerfield y Arthur Kleinman sobre el rol de la sanación indígena en la SMG. Summerfield (2008, 2012, 2014) sostiene que la SMG es una forma de imperialismo médico caracterizado por el “despliegue global del estrecho modelo biomédico sobre los trastornos mentales” (2014: 406). En su opinión, la SMG carece de sensibilidad hacia el conocimiento médico indígena, de modo que

la afirmación que a veces se hace de que las categorías indígenas en las sociedades no occidentales pueden ser consideradas “equivalentes diagnósticos psiquiátricos”, exime a la psiquiatría occidental de toda obligación de examinar los límites de su conocimiento y de sus tradiciones epistemológicas. Los métodos de investigación cuantitativos basados en paradigmas occidentales se llevan a otras partes del mundo, generando “hallazgos” que se insertan en esos mismos paradigmas (2012: 523-524).

Kleinman (2009, 2012) sostuvo que la Salud Global ofrece un correctivo al predominio académico de la psiquiatría biológica al apelar a “aquellos profesionales de la salud y estudiantes para quienes la justicia social y la preocupación por el sufrimiento de los pobres son centrales y tienen fuerza moral” (2012: 421). Kleinman reivindica una verdad moral al reconocer que los “individuos con enfermedades mentales existen en la peor de las condiciones morales”, y plantea la necesidad de “priorizar la transformación moral como la base para la reforma de la salud mental global” (Kleinman, 2009: 603).

Debemos tener cuidado de no llegar a la conclusión de que el argumento epistemológico de Summerfield o el argumento moral de Kleinman estén hablando el uno del otro o acerca de cosas sin relación entre sí. Por cierto, una posición epistemológica tiene consecuencias morales con respecto a la elección de a qué conocimiento se le presta atención, y una posición moral presupone una forma particular de saber qué está bien y qué está mal. Sin embargo, con reminiscencias del antiguo movimiento antipsiquiátrico, así como cierta romantización del conocimiento indígena sobre la salud y la sanación, Summerfield sostiene que Kleinman se ha dejado engañar por la pretensión de la SMG de representar “una práctica humanista y sensible al contexto” (Summer-

field, 2014: 406). Por otro lado, con un profundo conocimiento de la literatura antropológica acerca de la sanación indígena (1980, 1988, 1997) y desde una posición informada en el interior del movimiento, Kleinman hace un llamamiento a una mayor sensibilidad moral en la SMG. La crítica de Summerfield es que la SMG promueve “una comprensión estandarizada de la aflicción y el trastorno y de cómo deben tratarse ¡en todo el planeta!”, mientras que los etnopsiquiatras indígenas están adaptados de manera única a una población local específica (2012: 527). Kleinman, conocido por sostener que los curanderos indígenas no pueden sanar, dada la forma en que sus sistemas culturales definen la aflicción y su resolución (Kleinman y Sung, 1979; Kleinman, 1980), lamenta que para muchas personas que se enfrentan a graves enfermedades mentales, “los curanderos a los que pueden acudir tienen poco que ofrecer que pueda ser de ayuda” (Kleinman, 2009: 603).

Toda vez que una posición denuncia el universalismo psiquiátrico en favor del conocimiento local, y que la otra clama en nombre de las personas que necesitan desesperadamente más ayuda que aquella que pueden proveer los curanderos locales, las dos definen los extremos opuestos de un continuo permanente en el debate acerca de la relación entre el tratamiento psiquiátrico y aquellas modalidades terapéuticas denominadas como sanación indígena, tradicional, popular, religiosa o ritual. Además, aunque desde la OMS se ha llamado explícitamente a prestar atención a la medicina tradicional, en el interior de la SMG no solo hay voces que abogan por el examen y la comprensión de la sanación indígena, sino también otras que la desestiman o que se oponen a ella (Orr y Bindí, 2017: 311-313). Sin duda, los colaboradores de esta revista³ han observado que uno de los efectos negativos de desconsiderar el contexto cultural y social, a nivel individual y familiar, es socavar “los modos locales de comprender, explicar y lidiar efectivamente con la aflicción”, y a nivel de las instituciones y comunidades, socavar “los sistemas indígenas de promoción de la salud mental y de sanación que son parte del tejido social y la resiliencia de las comunidades locales” (Kirmayer y Pedersen, 2014: 764-765).

Corresponde a los investigadores y profesionales de la salud mental global “proteger y promover métodos indígenas y locales de ayuda, curación y recuperación, que pueden tener múltiples funciones personales y sociales sumado a su eficacia terapéutica, sirviendo para fortalecer y mantener la identidad y la comunidad” (Kirmayer y Pedersen, 2014: 771). Pese a tales afirmaciones, la mayor parte del discurso actual continúa principalmente dedicado a criticar las categorías diagnósticas psiquiátricas en relación con las concepciones culturales de los problemas y las aflicciones (Kleinman, 1988; Jenkins, 2015). Esta circunstancia proporciona una ocasión renovada para una elaboración de la base de conocimiento etnográfico empírico sobre lo que realmente ocurre en la sanación indígena, y exige el reconocimiento de que la presencia permanente y la viabilidad de la sanación

³ El autor se refiere a la *Transcultural Psychiatry* en la que fue publicado originalmente el artículo (nota de la redacción).

indígena en muchas comunidades representa un desafío para la SMG.

1. Eficacia y experiencia

Si la antropología abandona su preocupación por la sanación indígena y los fenómenos religiosos con el fin de contribuir a facilitar la prestación global de servicios psiquiátricos, y si la psiquiatría ignora su responsabilidad de comprender e interpretar la salud mental debido a la urgencia de su tarea clínica global, entonces las dos disciplinas se arriesgan a desperdiciar los frutos de su relación. Podemos considerar el tratamiento de estos temas en la literatura de la SMG como un indicador de cómo el campo aborda el asunto más amplio del significado, y esto a su vez como indicador de la sensibilidad de la salud mental global a los problemas de la experiencia y la subjetividad. Con esto en mente, consideremos cuatro libros publicados en la última década que resumen el estado de la cuestión desde varios puntos de vista. El primero es *21st Century Global Mental Health* (2013), definido por su editor, Eliot Sorel, como un libro de texto de posgrado para estudiantes de salud pública, profesores, profesionales y médicos de atención primaria. El segundo es *Global Mental Health: Principles and Practice* (2014), editado por Vikram Patel, Harry Minas, Alex Cohen y Martin Prince. También definido como un libro de texto, su propósito no es tanto ser un recurso de autoridad como ser un texto exploratorio, que trata al campo como una disciplina emergente en sus primeras etapas de vida. El tercero es *Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health* (2017), editado por Ross White, Sumeet Jain, David Orr y Ursula Read. El volumen hace hincapié en las perspectivas transdisciplinarias de colaboradores académicos y prácticos que recurren a la etnografía, a ensayos controlados aleatorios, intervenciones comunitarias y al metaanálisis. El cuarto es *Global Mental Health: Anthropological Perspectives* (2015) editado por Brandon Kohrt y Emily Mendenhall, que se centra tanto en los desafíos como en las innovaciones del tratamiento, con un fuerte énfasis en las instancias etnográficas. Una cuestión decisiva para el campo en general consiste en preguntarse si y cómo aparecen la religión y la sanación tradicional en este amplio abanico de aproximaciones a la salud mental global.

En el libro de Sorel, en el capítulo sobre salud mental y VIH en África, se hace mención una sola vez a los curanderos tradicionales y religiosos. Los autores citan un estudio sobre la mayor prevalencia de trastornos mentales entre quienes frecuentaban un centro tradicional respecto a aquellos que asistían a una clínica de salud cerca de Tanzania; y otro que muestra que el 20 % de los individuos con una prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida obtuvieron tratamiento de curanderos tradicionales o religiosos, en referencia a la escasez de datos acerca de la efectividad de la curación (Oladeji y Hereje, 2013: 240-241). Estas citas se limitan a afirmar que los curanderos indígenas se ocupan de trastornos mentales y que, por lo tanto, pueden ser considerados como formas de etnopsiquiatría.

En el libro de texto editado por Patel y sus colegas, la introducción menciona la curación tradicional principalmente en un contexto histórico, sugiriendo que la “efectividad de las prácticas tradicionales sigue siendo un tema importante para futuras investigaciones” (Cohen, Patel y Minas, 2014: 6), sin referirse a la literatura existente sobre el tema. Uno de los capítulos que destaca la importancia de la cultura aborda la religión y la sanación ritual con respecto no sólo a la efectividad, la eficacia y el efecto placebo, sino también a las relaciones comunitarias, los sentidos existenciales, la diversidad y el pluralismo de los sistemas de curación y el coste financiero de algunas formas de curación, a la vez que alerta frente a la romantización y el respaldo acrítico de dichas modalidades (Kirmayer y Swartz, 2014: 48-49). Un capítulo sobre las intervenciones empieza reconociendo que muchas personas con aflicciones recurren al autocuidado y al sector informal de cuidados, incluyendo instituciones religiosas, curanderos tradicionales y alternativos, amigos y familia (Hanlon, Fekadu y Patel, 2014: 252). En el apartado sobre la aceptabilidad cultural, los autores citan una serie de presuntas causas sobrenaturales de la enfermedad mental que llevan a las personas a consultar a curanderos religiosos y a su “persistente popularidad”, al mismo tiempo que identifican la posibilidad de abuso y sugieren que las intervenciones convencionales serían más populares si estuviesen más disponibles y se dieran de maneras “contextualmente apropiadas” (Hanlon, 2014: 257-258). Hanlon y sus colegas citan la ausencia de pruebas provenientes de “estudios metodológicamente sólidos” sobre la efectividad, como factor que inhibe la recomendación de estas modalidades o la colaboración entre modalidades de curación, remitiéndose a comparaciones sistemáticas cuando no a ensayos clínicos, y excluyendo implícitamente el trabajo etnográfico (2014: 268-269). Finalmente, un capítulo sobre estigma, discriminación y derechos humanos sitúa el debate sobre las “causas sobrenaturales” justamente en el contexto de los patrones de estigmatización asociados con las enfermedades mentales (Mehta y Thornicroft, 2014: 406-408).

En el manual de White y sus colegas, 20 de los 32 capítulos sustantivos hacen referencia a la religión o la curación tradicional, aunque a menudo de pasada. Cuando se menciona la religión casi siempre se hace en los términos de las clásicas “religiones mundiales” (cristianismo, budismo, hinduismo, islam), y en la mayoría de los casos en referencia a las creencias religiosas y los valores o efectos positivos y negativos de la religiosidad y la espiritualidad sobre la salud, más que en referencia específica a la curación. La excepción es la referencia a las psicoterapias de tinte religioso y a las influencias indígenas en la psiquiatría local, así como la discusión acerca de si el budismo debería considerarse religión, filosofía, psicología o psicoterapia (Harding, 2017). Varios capítulos reconocen la religión como uno de los factores relevantes para la recuperación, que define la comunidad para la salud mental comunitaria, o que produce variaciones en la forma de expresar, explicar y tratar la salud mental. Otros autores ven el respeto por las diferencias religiosas como uno más en la lista de los derechos humanos, o señalan que las diferencias re-

ligiosas pueden ser una fuente de conflicto comunitario, división o violencia.

En lo que atañe específicamente a los curanderos y las curas tradicionales, los autores comentan con frecuencia su importancia para la comprensión y contextualización de la enfermedad por parte de los pacientes, y su importancia como uno de los distintos tipos de recursos comunitarios. Así, los curanderos aparecen como un grupo con el cual comprometerse para construir las capacidades de atención en salud mental, pues constituyen una categoría de “médicos locales no registrados”, con quienes los profesionales de la SMG pueden colaborar o sensibilizar sobre asuntos de salud mental para que comiencen a derivar pacientes. Los capítulos dedicados a Nigeria y Sudáfrica reconocen el compromiso con ancestros, deidades y la espiritualidad, así como prácticas específicas como la profecía, el trance, los sueños y la adivinación en lo que atañe al combate contra la estigmatización, al mismo tiempo que reconocen la existencia de prácticas negativas como los golpes, las restricciones, las sustancias tóxicas, y los obstáculos que representan tanto los sistemas de conocimiento en conflicto como los desequilibrios de poder entre esos sistemas (Aldersey, Adeponle y Whitley, 2017; Burgess y Mathias, 2017). Un capítulo sobre el pluralismo médico señala las configuraciones particulares, específicas de cada contexto, del lugar de la curación tradicional con respecto a su legitimidad, su autenticidad y sus efectos sobre el estigma; los autores destacan las cuestiones de eficacia curativa, la manera en la cual esta está sujeta al poder y la política, y sus consecuencias para la epistemología, la explicación y la experiencia de la enfermedad, aunque no llegan a formular la experiencia de los curanderos ni de los pacientes. El único tratamiento explícito de la experiencia de los pacientes es la discusión de un caso de brujería maorí tratado por un psicoterapeuta que trabaja teniendo en cuenta el conocimiento tradicional y la práctica de sanación.

Al presentar los enfoques de tratamiento, Kohrt y Mendenhall reconocen y resumen brevemente las teorías de la curación simbólica desarrolladas en antropología (Kohrt y Mendenhall, 2015: 151-152). El libro incluye un capítulo que examina el ritual hindú *dhuleti*, caracterizado por la licencia y el abandono, y el festival Holi de nueve días del que forma parte, como ejemplo de “cómo prácticas no biomédicas influyen en la salud mental” (Snodgrass, 2015: 175). Se trata de un argumento a favor de la liberación del estrés y la promoción de emociones positivas alcanzadas en los rituales como un profiláctico para la salud mental, empleando métodos mixtos con objeto de mostrar cómo su desarrollo genera un grado de conflicto, agravio, estrés y violencia al mismo tiempo que ofrece un contexto ritual seguro y temporal que promueve la relajación y el bienestar mental.

En el caso de un pastor [espiritual] cristiano liberiano, cuya vida y relaciones se vieron estabilizadas al aceptar un diagnóstico de trastorno bipolar y un esquema de medicación psicofarmacológica, se cuestiona la crítica de la psiquiatría como algo menos adecuado que las sensibilidades culturales locales toda vez que: (1) los términos locales que describían su condición eran por lo

general despectivos y estigmatizaban a la persona más que identificar la enfermedad; y (2) la consulta con un curandero indígena exigía el asesinato espiritual, mediante brujería, de un familiar identificado como causante de la aflicción, una condición que el hombre consideraba menos aceptable que seguir medicándose indefinidamente (Kohrt y Jallah, 2015: 266-267). La complejidad hecha de estratos entre las modalidades de tratamiento y las motivaciones es evidente en un ejemplo de Mozambique en el que una voluntaria, en un programa de tratamiento de VIH, proporcionó atención en salud mental a pacientes, comprendiendo su trabajo como un llamado espiritual basado en la experiencia previa de ayudar a su padre, que era un *curandeiro*, así como en su propia experiencia en una iglesia pentecostal, a la que se unió después de que curaran la bronquitis de su hija allí (Kalafonos, 2015: 311-312). Por último, un debate sobre los proveedores de atención inter pares en Estados Unidos invoca el ejemplo común y aparentemente exitoso de la salud mental ofrecida por curanderos en Tanzania al objeto de proponer la integración de sus servicios en un modelo similar mediante, por ejemplo, “identificando a alguien con una enfermedad mental y emparejando a esa persona con un ‘compañero’” (Myers, 2015: 335).

Estos cuatro volúmenes representan perspectivas complementarias en el interior de la SMG, con dos que se inclinan hacia la psiquiátrica/clínica y dos hacia la antropológica/etnográfica,⁴ y esto nos permite hacer una

⁴ Más allá de estas colecciones programáticas editadas, también reconocemos el reciente volumen centrado en los enfoques basados en la evidencia para la SMG entre las poblaciones latinoamericanas e hispanohablantes (Escobar, 2020) y el volumen sobre la identidad racial y cultural y el racismo en los entornos globales de salud mental (Bhui, 2002). La monografía *Decolonizing Global Mental Health: The Psychiatrization of the Majority World* (2014) de China Mills requiere mención como una obra nacida de la ansiedad por la psiquiatrización y lanzada como una crítica de la SMG como una forma de discurso colonial. Mills afirma que su libro no es “una romantización o glorificación de sistemas de curación alternativos o ‘tradicionales’”, sino que pretende ser una “provocación” al campo de la salud mental global (2014: 12). En referencia a la amplia disponibilidad de lugares de curación religiosos y tradicionales en la India, señala los intentos del gobierno de trasladar a los pacientes de esos lugares a hospitales psiquiátricos, y cita a destacadas figuras mundiales de la salud mental que sugieren que el gasto en atención inadecuada o ineficaz a menudo crea una consecuencia económica adversa de la enfermedad mental (2014: 34). Las críticas a los programas de educación pública no sólo apuntan a un sesgo contra la curación tradicional, sino que insinúan que consultar a un curandero puede ser en sí mismo un síntoma de enfermedad mental (2014: 65). El tristemente célebre incidente de 2001 en el que unos internos encadenados murieron en un santuario curativo o *dargah* en Erwadi ha dado lugar a un conflicto legal y a una competencia constantes entre los curanderos de estas instituciones y los profesionales de la salud mental de los hospitales psiquiátricos, ya que los primeros afirman que el *dargah* está fuera del ámbito legal en la medida en que no es un hospital psiquiátrico y quienes buscan ayuda allí no pueden definirse como pacientes (2014: 77-79). Le da la vuelta a la sabiduría común al sugerir que las explicaciones bioquímicas del sufrimiento psíquico pueden exacerbar el estigma en lugar de mitigarlo, mientras que las interpretaciones indígenas como la posesión de espíritus pueden ser, de hecho, menos vergonzosas o estigmatizantes (2014: 100-101). Al mismo tiempo, la violencia en forma de encadenamiento o TEC se utiliza tanto en la curación en los templos como en la atención psiquiátrica con la justificación de que es una respuesta necesaria a las acciones violentas de los propios afligidos (2014: 102-103). Nuestra postura es que tales posiciones polarizadas pueden ser mejor mediadas por el tipo de aproximación al proceso terapéutico que proponemos en este artículo.

clara observación, relevante para el diálogo entre ambos campos. El panorama que hemos ofrecido se limita a la forma en que abordan la cuestión de la curación indígena/tradicional/ritual en el contexto de un campo que es explícitamente interdisciplinario. Para ser breves, los textos en los que predomina una perspectiva psiquiátrica exhiben un relativo énfasis en la determinación con base en la evidencia de la eficacia de los tratamientos, mientras que aquellos que enfatizan la perspectiva antropológica hacen hincapié en la comprensión etnográfica de la experiencia de tratamiento. Esta observación se ve reforzada por una revisión reciente en la cual el énfasis psiquiátrico en la eficacia es muy evidente (Nortje, Oladeji, Gureje, *et. al.*, 2016). Los autores examinan estudios que abordan enfermedades mentales graves, trastornos mentales comunes, síndromes ligados a la cultura y diagnósticos mixtos. Explican la eficacia en términos que incluyen la expectativa y la creencia, limitándose a reconocer que el rol del ritual, la metáfora y la creencia se describen en otros lugares, y haciendo referencia a los relatos etnográficos sólo de pasada. Por añadidura, no citan ninguna monografía etnográfica completa acerca de la curación ritual, un género que probablemente incluya ricos relatos de experiencias.

2. Frustraciones y recompensas de la etnografía

La polaridad entre eficacia y experiencia es algo más que un útil recurso de encuadre, puesto que sin un esfuerzo por mediar esta polaridad es prácticamente imposible abordar el desafío que la curación indígena le plantea a la SMG. Un primer paso en esta dirección es desarrollar una apreciación acerca de qué es lo que realmente ocurre en la curación en sus diversas formas. Las recompensas de este esfuerzo dependen de un enfoque comparativo e inductivo, con paciencia para sumergirse en las culturas y las formas de curación que generan, así como tolerancia para las frustraciones inherentes a los casos individuales que pueden ser diagnósticamente ambiguos y terapéuticamente indeterminados. Para reafirmar este punto, presentaremos brevemente cuatro etnografías de curación indígena que han aparecido durante los últimos veinte años, y que destacan las experiencias de participantes a lo largo de una diversidad de contextos culturales.⁵

⁵ A lo largo de los años, esta revista (*Transcultural Psychiatry*) ha sido un lugar para la crítica sintética de la literatura sobre la curación indígena. Bourguignon (1976) demostró que la eficacia de los movimientos religiosos de curación tenía que ver con la transformación del significado de una aflicción. Csordas y Lewton (1998) revisaron las formas de curación indígena a nivel mundial por regiones geográficas y en relación con la práctica, el rendimiento y la eficacia. Aunque reconocemos el valor de este tipo de revisiones sintéticas, debido a las limitaciones de espacio añadiremos a nuestro breve resumen de cinco monografías etnográficas sobre curación una mención aún más breve de trabajos adicionales que han aparecido en las dos décadas transcurridas desde la última revisión importante: Seligman (2014) examina cómo la mediación brasileña del *candomblé* permite la autocuración a través de transformaciones biológicas y psicológicas del yo; Bacigalupo (2007) explora la experiencia de los chamanes mapuches en el sur de Chile cuando se mueven entre identidades de género masculinas y femeninas determinadas por los espíritus, lo que les permite encarnar la totalidad de la experiencia humana y crear

Kristensen (2019) examina las prácticas curativas de chamanes mapuche (*machi*) en el sur de Chile y la intersección entre eficacia y experiencia entre pacientes mapuche y mestizos, que combinan tratamientos biomédicos con medicina tradicional. Explora “por qué los actores perciben que cierta medicina es efectiva”, y qué dice esto acerca de su identidad y experiencia corporal (2019: 1), planteando que los diálogos y diagnósticos médicos están influidos por factores más allá de la salud, incluyendo el poder, la individualidad y los procesos sociales y políticos. Las “enfermedades mapuche” son enfermedades espirituales que no tienen una patología orgánica aparente y que se suelen manifestar en síntomas psicológicos y físicamente difusos, pese a que no siempre son el resultado de un malestar psicológico o social. Una joven llamada Wanglen se desmaya repentinamente y entra en coma. Tras su hospitalización en una unidad de cuidados intensivos, sus padres consultan tanto a una yerbera como a un chamán. Los doctores diagnostican el síndrome de Guillain-Barré, mientras que la yerbera y el chamán coinciden en que ella sufre de *susto* desde que su alma fue capturada por espíritus. Los padres de Wanglen están agradecidos con el hospital por mantenerla con vida con tecnología biomédica, pero creen que la medicina mapuche es la responsable de su milagrosa recuperación. Para Kristensen, el caso de Wanglen pone de manifiesto realidades culturales, socioeconómicas y políticas en la medida en que “los pacientes se posicionan en el interior de redes de significado a la vez que estructuras de poder” (2019: 14).

Bellamy (2011) estudia los santuarios musulmanes (*dargahs*) en la India central. Ubica la cultura *dargah* en su contexto social y político, evitando las descripciones jerárquicas del poder religioso y las relaciones socia-

salud y bienestar; Joshi (2012) examina cómo un sistema médico plural que combina animismo, curación cristiana y biomedicina en Nagaland —una región montañosa culturalmente diversa del noreste de la India— contribuye al bienestar emocional, concilia facciones en conflicto y aborda la desmoralización resultante del movimiento nacionalista *Naga*; Sax (2009) examina la curación ritual en el culto a Bhairav, una deidad local asociada a los *harijans* o *dalits* del Himalaya central del norte de la India, cuya devoción establece la unidad familiar como principio moral, ritual y terapéutico así como principio del orden social; Calabrese (2013) examina la curación con peyote de la Iglesia Nativa Americana con una interpretación dialéctica que enfatiza los efectos de la conquista euroamericana y la dominación colonial, así como la eficacia terapéutica y la capacidad del peyote para vincular al adorador con el reino de lo Divino; Ozawa-De Silva (2006) ofrece una investigación etnográfica y teórica de la práctica curativa japonesa de Naikan, arraigada en las prácticas de autocultivo del budismo Shin y que cultiva la práctica meditativa del cuerpo junto con la recuperación de la memoria y la reconstrucción de material autobiográfico para lograr la curación y un cambio en la noción del yo; Hermans (2015) examina los rituales chamánicos belianos realizados por los Luangan de Kalimantan, Indonesia, destacando las formas en que la vida cotidiana se configura a través de expresiones rituales como cantos e imaginéras, y demostrando que los rituales belianos crean así como representan relaciones sociales, preocupaciones existenciales y políticas, ontología y cosmología; Dole (2012) ofrece una explicación de la curación religiosa practicada por *cinci hojas* en Turquía, cuyo tratamiento de pacientes afligidos por espíritus (*cins* o *jinn*) es un espacio de devenir social, político y subjetivo en el contexto del secularismo entendido como una fuerza social que organiza relaciones y sensibilidades; y Stépanoff (2019) examina el trabajo imaginativo de los viajes de los chamanes de Asia central a través de reinos invisibles.

les, y desdibujando los límites que separan los espacios sagrados de la vida cotidiana. Echa mano de relatos de peregrinos, historias locales y textos hindúes y urdúes para interpretar los rituales *dargah* y la vida cotidiana de los peregrinos, en un conjunto de santuarios conocidos, como Husain Tekri. Bellamy establece una diferencia entre la narrativa *dargah* “idealizada” –“vine, recé, mejoré” (2011: 29)– y la narrativa más compleja y duradera en la que los peregrinos conciben sus males como una enfermedad crónica, de tal modo que “no puede haber fin a la narrativa que se construye a lo largo de toda una vida de asociación con Husain Tekri” (2011: 29). Aquí, “la integración social parece ser uno de los principales indicadores del nivel de recuperación; o, dicho de manera un poco diferente, la recuperación sólo es real cuando es reconocida y aceptada por otros” (2011: 58). Esto se torna evidente en el caso de Maya, una mujer hindú sindhi que llevaba visitando Husain Tekri durante casi treinta años y había desempeñado en su hogar una práctica de curación basada en la posesión, en la que servía de anfitriona corporal para los santos musulmanes. Maya describía el santo en su hogar como un *gurú*, indicando que su relación privada emanaba del poder curativo de este. Asociaba su recuperación a su matrimonio y al matrimonio de sus hijas. Bellamy señala que la curación “se conceptualiza y experimenta a través de relaciones con los miembros de la familia nuclear y extendida” (2011: 58).

Halliburton (2009) investiga cómo el pluralismo de los sistemas curativos influye en los diagnósticos y tratamientos psiquiátricos en Kerala, India, una meca para la medicina alternativa, en la que personas que buscan atención psiquiátrica eligen entre una diversidad de terapias. Compara la curación ayurvédica, religiosa y biomédica. Presta atención al dolor o el placer que experimentan los pacientes, y sugiere que la cualidad estética de un tratamiento dado afecta al “cómo y cuándo los pacientes buscan tratamientos, toman decisiones sobre los tratamientos y navegan por múltiples sistemas médicos” (2009: 12). Además, “la cualidad estética de la curación y la orientación fenomenológica reflejada en la experiencia de las personas que sufren enfermedades en Kerala son históricamente contingentes” (2009: 15). De hecho, la proliferación del discurso alopatóico en Kerala se corresponde con un aumento en descripciones occidentales de estados psicológicos, tales como la tensión y la depresión. Ajit, un paciente en un hospital ayurvédico, había intentado tratar su malestar mental con fármacos alopatóicos, y había participado en un peregrinaje religioso para conseguir “algo de paz mental” (2009: 11). Ajit comenta acerca de la experiencia visceral de las distintas terapias: “Recibir ‘shocks’, o terapia electroconvulsiva, lo considera doloroso, mientras informa de que su ‘cabeza se enfrió’ con la terapia ayurvédica, sirviéndose de un modismo local para nombrar un efecto estéticamente agradable” (2009: 12). Del mismo modo que Ajit, muchas personas que sufrían aflicciones mentales decidieron detener los tratamientos psiquiátricos alopatóicos porque los vivieron como incómodos o desagradables. Sin embargo, los tratamientos ayurvédicos llevan tiempo, mientras que tomarse una pastilla “para superarlo rápidamente para volver al trabajo o a la escuela” (2009: 15) resultaba atractivo para muchas personas. Finalmente, la variedad de sistemas

terapéuticos de Kerala refleja “la diversidad de acontecimientos vitales y de prácticas sociales involucradas en el mundo de la salud y de la curación del malestar mental” (2009: 87).

Wilkins (2011) analiza la curación religiosa en el Ministerio de Sanación de Fe Mariana (MFHM), una organización de la iglesia católica romana en Dar es Salaam, Tanzania. La autora insiste en el carácter católico del MFHM dentro de un contexto más amplio de pluralismo médico y religioso en el que compiten prácticas de curación tradicionales, biomédicas, islámicas y pentecostales. Wilkins analiza “los elementos y agentes involucrados en el proceso de curación” (2011: 165), incluyendo la integración de la presencia conceptual y ritual de mundos espirituales locales en un marco carismático católico, que estructura las acciones de los miembros del MFHM y contribuye a su comprensión de la curación. “La agencia no humana tanto en la causa de la enfermedad como durante el proceso de sanación es de central importancia para todos los miembros del MFHM” (2011: 173). La virgen María desempeña un papel destacado como “protectora, hacedora de milagros, sanadora y confesora” (2011: 173), y aquellos que buscan la sanación del MFHM informan con frecuencia de haber sido llamados por ella. Roida, por ejemplo, había visitado varios hospitales quejándose de una “enfermedad cardíaca”, pero en ellos no eran capaces de diagnosticarla o tratarla. Esperando encontrar una respuesta, rezó el rosario y fue llamada por María para visitar a Nkwera, el carismático líder del MFHM. Nkwera descubrió que su enfermedad estaba causada por una posesión demoníaca y le practicó un exorcismo. Una vez curada, Roida se unió al MFHM y se comprometió con la ideología del grupo. Para Wilkins, la curación ritual del MFHM “sólo puede entenderse tomándose en serio las opiniones locales sobre santos, espíritus y brujos” (2011: 6).

Estos trabajos y otros similares abordan una diversidad de formas de curación ritual/religiosas de entre un amplio abanico geográfico, y toman en consideración una amplia gama de prácticas curativas. La interacción con las deidades, la divinidad y otras fuentes de “agencia no humana” crea una experiencia de lo sagrado, pese a que la relación entre lo medicinal y lo sagrado, o la salud y lo santo, es unas veces borrosa y otras veces explícita. En un contexto histórico y geopolítico, el pluralismo médico y religioso influye en la práctica curativa, en términos de interacción tanto con la biomedicina como con otras formas de sanación indígena. Entre los temas que aparecen en todas las regiones y tradiciones destaca el hecho de que la curación aborda y se integra en los acontecimientos y prácticas de la vida cotidiana en la misma medida que la enfermedad explícita; que las relaciones familiares o comunitarias, así como las dinámicas sociales más amplias, son cruciales para el proceso curativo; y que el compromiso duradero con una forma de curación a menudo consolida el beneficio terapéutico percibido. Las distinciones entre enfermedad física y mental, o entre enfermedad mental y espiritual, pueden ser discutibles. La autotransformación, el autocultivo y la identidad son temas recurrentes que se sitúan tanto en el sufrimiento psíquico como en la experiencia corporal, y ocasionalmente en la relación entre mente y cuerpo; tan-

to los pacientes como quienes curan puede ser el sujeto de la transformación. Ninguna de estas características y temas es nueva para la literatura sobre sanación indígena, pero tomadas en conjunto esbozan un ámbito con profundas consecuencias para la salud mental alrededor del mundo. Cada forma de curación se enraíza en un medio cultural particular que deberíamos tomar en cuenta al momento de determinar su relación con la SMG en la teoría y la práctica. Mientras que la SMG se beneficiará en general de una sensibilidad etnográfica que aprecie la diversidad entre estas formas de curación, también necesita una aproximación sistemática a los elementos terapéuticos que estas tienen en común. En consecuencia, nuestra siguiente tarea consiste en ofrecer un medio para abordar la doble preocupación por la eficacia y la experiencia, de tal manera que esté en sintonía con la especificidad cultural y propicie los análisis comparativos.

3. El modelo retórico de los procesos terapéuticos

La literatura acerca de la curación ritual incluye tentativas abundantes y reflexivas de entender cómo funciona la sanación indígena (Caletro, 1972; Csordas, 1994, 2002; Desjarlais, 1992; Dow, 1986; Frank y Frank, 1961 [1991]; Hinton & Kirmayer, 2017; Itzhak, 2015; Kirmayer, 1993; Kleinman y Sung, 1979; Kleinman, 1988; Koss-Chioino, 2006; Laderman y Roseman, 1996; Langdon, 2007; Levi-Strauss, 1963a, 1963b; Luhrmann, 2013; Lyon, 1990, 1993; Prince, 1975, 1982; Sax, Quack y Weinhold, 2010; Scheff, 1979; Waldram, 2000, 2013; Crapanzano, 1973). Cada una de estas formulaciones conlleva aportes que van más allá de cualquier tipo particular de curación. De todos modos, nuestra tarea no consiste en extraer de ellos un significado común, sino en describir un enfoque que, en el plano empírico, facilite la comparación entre distintas formas de curación y que, en el plano conceptual, construya un puente entre la preocupación por la eficacia y la experiencia.

En el corazón de este enfoque aparece la insistencia en el proceso terapéutico (Csordas y Kleinman, 1996; Hejtmanek, 2016) como un modo de afrontar el desafío que la curación indígena supone para la SMG. Por una parte, el proceso se distingue del procedimiento (acciones emprendidas) y, por otra, del resultado (frutos obtenidos). El procedimiento terapéutico se refiere a quién hace qué a quién, respecto a los medicamentos administrados, las técnicas u operaciones físicas que se llevaron a cabo, las plegarias recitadas, los símbolos manipulados y los estados alterados de conciencia inducidos. El resultado terapéutico se refiere al estado de los participantes en un punto designado como final del tratamiento, tanto en lo que respecta a la satisfacción que expresaron con el tratamiento como al cambio observable en sus síntomas, patologías o funcionamiento. Entre procedimiento y resultado, el proceso terapéutico es lo que las personas experimentan como resultado de involucrarse en, y someterse a, los procedimientos, y en su camino hacia un resultado que puede ser ambiguo o indeterminado. El proceso es la manera en que tiene lugar el cambio en el curso del tratamiento; es el espacio in-

tersubjetivo de la curación, cuyo examen va más allá de la descripción de acciones, pero se queda corto a la hora de documentar resultados que desafían la medición en un entorno ritual natural. Esta comprensión del proceso como espacio intersubjetivo de la curación le permite servir de puente entre la eficacia y la experiencia. Específicamente, incluye cuatro niveles interrelacionados: (1) el despliegue de un evento específico del tratamiento y el significado que le atribuyen sus participantes; (2) la progresión o el curso de un episodio de enfermedad que esté siendo abordado por la cura; (3) la activación de procesos somáticos o simbólicos endógenos e intersubjetivos; y (4) la articulación de la curación con factores sociopolíticos, tanto en el plano interpersonal inmediato como respecto a en qué la limitación y la resistencia, en la forma de relaciones de poder y conflicto social, son incorporadas en la estructura de la terapia. Reconocer que cada uno de estos niveles está necesariamente interrelacionado y es simultáneamente relevante resulta esencial para una perspectiva plenamente contextualizada de la curación que contenga matices etnográficos, sea sensible a la experiencia y se resista a ser reducida a una matriz de variables cuantificables.

Al objeto de emplear estas perspectivas para comprender cómo la curación indígena se aproxima a la aflicción en las comunidades, proponemos que los profesionales e investigadores en la SMG piensen en términos de un modelo retórico del proceso terapéutico. El énfasis en el elemento retórico del proceso se remonta al proyecto de Jeremy Frank de comprender la persuasión como un denominador común en las prácticas curativas que van desde la diversidad de psicoterapias a la diversidad aún mayor de terapias religiosas (Frank y Frank, 1961 [1991]). Frank observó que no sólo la cura religiosa aborda los asuntos existenciales y la desmoralización de forma análoga a la terapia, sino que la psicoterapia incorpora el mito y el ritual de forma análoga a la cura religiosa. Siguiendo esta analogía sobre la psicoterapia, nuestra investigación antropológica adaptó métodos de investigación del proceso psicoterapéutico (Blagys y Hilsenroth, 2000; Elliot, 1984; Jones, Hall y Parke, 1991; Teyber y Teyber, 2016; The Boston Process Change Study Group, 2010), basándose en su descripción sistemática del cambio para estudiar la curación religiosa entre católicos carismáticos de clase media en Norteamérica, muchos de los cuales estaban familiarizados con la psicoterapia convencional. A continuación, adaptamos los métodos a un entorno culturalmente más divergente en un estudio sobre la curación indígena navajo (Csordas, 1994, 2002).

El modelo retórico que proponemos para ayudar a orientar y robustecer el encuentro de la SMG con la curación indígena es producto de dichos estudios, y tiene cuatro componentes interrelacionados:

1. Disposición de la(s) persona(s) afectada(s) hacia la curación en el sentido psicológico de su estado de ánimo predominante o su tendencia a participar en rituales, en el sentido físico de cómo están dispuestas en el espacio de la vida cotidiana con respecto a las relaciones familiares y sociales inmediatas, y en el sentido feno-

menológico de su inmersión en el mundo vital y los recursos simbólicos del entorno religioso/indígena.

2. Experiencia de lo sagrado como empoderamiento, trascendencia u otredad/alteridad, teniendo en cuenta la formulación religiosa de la condición humana en relación con lo divino, el repertorio de elementos rituales reconocidos como manifestaciones legítimas de poder sagrado, y las variaciones en las capacidades individuales para la experiencia de lo sagrado, santo o trascendente que pueden influir en el curso del proceso terapéutico.
3. Elaboración de alternativas o negociación de posibilidades de comportamiento, emoción, cognición o relación que existen dentro del mundo de presupuestos del afligido, en la medida en que los sistemas curativos pueden definir estas alternativas en términos amplios o restringidos, pueden formular las alternativas en términos de una variedad de metáforas, y pueden utilizar técnicas rituales o pragmáticas que fomenten la actividad o la pasividad, siempre que las posibilidades puedan percibirse como reales y realistas.
4. Realización del cambio, incluido lo que cuenta como cambio, así como el grado en que ese cambio es considerado significativo por los participantes; esta realización puede producirse de forma gradual y abierta sin un resultado definitivo, puede requerir tratamientos repetidos, y puede durar más o menos tiempo.

Cada uno de estos componentes es esencial para el proceso terapéutico, y cada uno de ellos es retórico en el sentido de que corresponde a un aspecto de la persuasión transformadora, tanto si se ejerce en la psicoterapia como si lo hace en la curación tradicional, o si se encuentra en un país de renta baja, media o alta. En cualquier caso, pueden cumplirse todas, algunas o ninguna de las funciones retóricas representadas por los cuatro componentes del modelo.

¿Qué aspecto tiene en la práctica una explicación del proceso terapéutico según el modelo retórico? Consideremos el caso de Marvin, un hombre navajo jubilado de 64 años que lleva un estilo de vida tradicional en una remota zona montañosa de la Nación Navajo, con la que es su esposa desde hace cuarenta años, y dos de sus cinco hijos adultos. Marvin participó en un proceso de curación en la Iglesia Nativa Americana (NAC), que utiliza el peyote, un cactus que contiene mescalina, como principal medicina y fuente de inspiración espiritual. Participó en ceremonias de peyote que incluían oraciones, cantos e ingestión de la medicina para protegerse durante una operación quirúrgica para extirparle un tumor de la garganta y garantizar su éxito, así como para tratar un largo historial de dependencia del alcohol y, posiblemente (según las entrevistas de diagnóstico de la investigación), un cuadro depresivo grave. Tras la segunda ceremonia, Marvin dijo sentirse bien y fuerte, capaz de trabajar en tareas como limpiar el corral de las

ovejas. Estaba “contento por el *nahagha* [ritual]... Me paso todo el día aquí pensando en ello. Estoy seguro de que la medicina sigue en mi cuerpo haciendo su trabajo”. Resumamos los cuatro componentes del proceso terapéutico para Marvin:

- 1) Disposición. Marvin era un antiguo miembro de la NAC y parte de una cercana red de miembros de la NAC; de ahí que estuviera bastante familiarizado con el repertorio de rituales curativos utilizados en las ceremonias de la NAC. Invocando el símbolo navajo más revelador de seguridad e intimidad, dijo: “Llamo a la medicina [peyote] mi madre”. El miedo que acompañaba a su enfermedad física y la idea de que su vida podía acabar por la forma en que la vivía eran parte integrante de su disposición a curarse. La disposición inmediata de Marvin en el momento de la ceremonia probablemente se vio reforzada por haber consumido una gran cantidad de peyote antes y durante el ritual, mientras que su disposición a largo plazo se puso de manifiesto en su comentario de que “no creo que vuelva a dudar nunca del poder y la presencia de esta medicina y de lo que puede hacer por mí”.
- 2) Experiencia de lo Sagrado. Dos momentos de experiencia sagrada para Marvin fueron las palabras del hombre del camino [sacerdote del peyote] animándole a dedicarse más profundamente a la medicina, y las palabras de su hijo rogando a Dios que le diera un padre que no bebiera y del que pudiera sentirse orgulloso. La experiencia de Marvin con lo sagrado tenía que ver con un sentido intensificado o amplificado del significado de su vida. Este punto principal es que, aunque los fenómenos visionarios inducidos por el peyote ocurren y tienen su lugar, el contexto ritual definido por un enfoque en la curación tiende a dar a la experiencia de lo sagrado una forma de inmediatez y profundidad, y un contenido de significado interpersonal y emocional.
- 3) Elaboración de alternativas. En la ceremonia se elaboran varios tipos de alternativas. Entre ellas destaca la posibilidad de que el propio Marvin adopte el papel de hombre del camino, en la medida en que era un anciano tradicional y pionero del NAC en la Nación Navajo que no había podido asumir este papel debido a sus problemas y al estigma del abuso del alcohol. El hombre del camino también presenta una alternativa diagnóstica, sugiriendo que hay “cuatro personalidades que le molestan” y que tenía responsabilidad espiritual por “molestar a los coyotes en el pasado”. Ambas alternativas están menos cargadas de estigma que ser tachado de alcohólico y, como dice el curandero, ofrecen tanto la oportunidad como la responsabilidad de empezar de nuevo. Por último, el hombre del camino sugiere la alternativa ritual adicional de que se celebre una ceremonia tradicional

navajo del Camino del Enemigo, en la medida en que él había estado expuesto a la sangre de extranjeros mucho antes, cuando se sometió a una transfusión en el hospital.

- 4) Realización del cambio. Un año después de la ceremonia, el objetivo provisional de Marvin de someterse con éxito a una operación quirúrgica para extirpar el tumor de su garganta parecía haberse logrado, y estaba recuperándose bien de la operación. En cuanto a su objetivo más esencial de recuperarse del abuso del alcohol, parecía que había logrado mantenerse sobrio durante este período. Decía: “Engañé a la vida hasta que contraí esta enfermedad... Tomaba la medicina y pronto estaba bebiendo vino y whisky de nuevo. Rezaba y luego olvidaba lo que había rezado. Estaba al margen del flujo de la vida que me rodeaba... Ahora que me han hecho el *nahagha*, quiero ser como el hombre del camino. Seguro de mi papel aquí mismo y seguro de mi futuro”. Dentro de la lógica terapéutica de la NAC, la realización definitiva del cambio para Marvin sería si, de buena fe, finalmente “se ocupa de la fogata” a la que su amigo el hombre del camino le ha estado ofreciendo iniciación durante los últimos cuarenta años, y él mismo se convierte en hombre del camino.

Este tipo de aproximación permite apreciar la especificidad experiencial y la eficacia incremental en la curación de un paciente concreto, pero también invita a reconocer puntos más generales. Marvin presentó múltiples problemas (físicos/mentales) para el tratamiento ceremonial de la NAC, lo que no sólo concuerda con la observación de que la curación indígena no distingue necesariamente entre enfermedades del cuerpo y de la mente, sino que también concuerda con el reconocimiento en los círculos biomédicos de que la psicoterapia/curación suele ser útil para abordar aspectos de salud mental de las enfermedades físicas. Además, en el contexto del pluralismo médico, utilizó diferentes sistemas (biomédico/indígena), especialmente evidentes al poner en práctica el poder del ritual para garantizar el éxito de la cirugía. Dentro del sistema ritual, se sometió a un tratamiento complejo (sustancia psicoactiva/ceremonia), en el que el consumo de peyote antes y durante la ceremonia se conjugaba integralmente con lo persuasivo de la oración y el canto dentro de la ceremonia y con una filosofía de la vida y la espiritualidad en un contexto más amplio. Por último, esta aproximación plantea con fuerza que quienes buscan ayuda pueden ser bastante competentes para describir tanto su propia experiencia como el modo en que la retórica de la transformación configuró su propio proceso terapéutico.

Ofrecemos estos cuatro componentes del proceso terapéutico como un modelo o marco general para los estudios empíricos comparativos. El modelo es relevante específicamente para quienes se preocupan por comprender la naturaleza y el significado del cambio en las formas de curación que abordan las circunstancias de las personas que sufren aflicciones o luchan por su bienes-

tar. De hecho, una idea perdurable de los Frank, en su esfuerzo por formular una teoría integral de la psicoterapia que incluyera la curación religiosa, fue concebirla como un ritual persuasivo siempre basado en su propia mitología, que aborda la desmoralización activando una fe expectante a fin de transformar el yo y el mundo de presupuestos de las personas afligidas, dentro de un entorno social (Frank y Frank, 1961 [1991]). Como es evidente en el caso de Marvin, que hemos discutido, en cualquier instancia de curación ritual (dentro de cada componente, a través de los cuatro, y a la luz de los diferentes niveles del proceso) buscamos el movimiento retórico y la fuerza persuasiva. A través de las formas de curación, pueden enfatizarse o ejercerse diferentes componentes del modelo o diferentes instancias de curación dentro de la misma forma. Por ejemplo, en la medida en que la experiencia de lo sagrado depende de la evocación de la alteridad o la otredad (Csordas, 2004), las influencias budistas matizadas en la terapia japonesa *Naikan*, la posesión dramática de la deidad en el candomblé brasileño y el efecto psicoactivo de la medicina peyote de la iglesia nativa americana se desplegarán de formas significativamente diferentes. Esto no quiere decir en ningún caso que el equivalente de un encuentro sagrado no pueda ocurrir incluso en la más secular de las terapias. Además, en consonancia con la concepción amplia de los Frank de lo que se ha de considerar como psicoterapia, un modelo adaptado a partir del estudio de la psicoterapia y ampliado al estudio de la curación indígena/ritual sin duda puede y debe también ser capaz de volver a enfrentarse a sus orígenes y aplicarse a las técnicas terapéuticas de la psiquiatría.

Para la SMG, el concepto de proceso integrado en el modelo retórico tiende un puente entre la inclinación psiquiátrica hacia la eficacia y la inclinación antropológica hacia la experiencia de una forma potencialmente productiva para la investigación y la práctica. Aporta a la preocupación por la eficacia una atención por el cambio gradual e indeterminado, así como por los altibajos de la fuerza retórica. Aporta a la preocupación por la experiencia una atención a la inmediatez y la especificidad, de un modo que permite la comparación al tiempo que evita la generalización excesiva. En la medida en que la eficacia se incrementa con el tiempo, podemos entenderla mejor con referencia a la experiencia; en la medida en que la experiencia es vivida e inmediata, proporciona sustancia a la progresión del cambio. La atención al proceso terapéutico sobre el telón de fondo de la analogía con la psicoterapia y con el modelo retórico como herramienta puede al menos recordar a los profesionales de la SMG el objetivo que comparten con los curanderos indígenas, a pesar de las diferencias culturales y epistemológicas. La aplicación de este modelo retórico a la abrumadora diversidad de prácticas y modalidades curativas a las que se enfrentan los profesionales de la SMG puede ayudar a evaluar de forma pragmática qué características de cada una de ellas son distintas y cuáles tienen en común, y evitar que tanto los clínicos como quienes elaboran las políticas públicas se pierdan en un mar de incertidumbre diagnóstica, diversidad de procedimientos o indeterminación de resultados.

4. Defender la experiencia

En la valoración de la experiencia de las personas que se someten a la sanación indígena está en juego un elemento humano, y esto se pone de manifiesto si consideramos un enfoque en el que esa experiencia es en gran medida discutible. El trabajo de Nathan y Stengers (2018) ofrece una comparación entre doctores biomédicos y curanderos indígenas precisamente en estos términos. Ven una disyunción radical entre el compromiso ontológico de la biomedicina con la uniformidad de “un universo” y la inmersión simultánea de la terapia popular en “múltiples universos”. El primero practica el diagnóstico basado en signos empíricos en el paciente y asume que un síntoma está “soldado a la persona”, mientras que el segundo practica la adivinación accediendo a un universo invisible y asume que un síntoma es fundamentalmente distinto de la persona enferma y no está dentro de ella. La terapia indígena contrarresta la intencionalidad de lo invisible promulgando “requisitos para el pensamiento” específicos, que exhiben una racionalidad compleja no descriptible en términos de “creencia” y manipulando objetos que son cosas en sí mismas no descriptibles como “símbolos”. En la práctica, las terapias y medicinas populares muestran una especie de “lógica de lo concreto” que recuerda a la descrita por Levi-Strauss (1966), que tecnologiza la relación terapéutica independientemente de la experiencia de la persona afectada. Al abordar y manipular la “intencionalidad de lo invisible”, la curación ejerce una “influencia” estructuralmente convincente que efectúa una “curación” –véase también Stépanoff (2019).

En efecto, las categorías dicotómicas introducidas por Nathan y Stengers son buenas para pensar, aunque quizás la exclusión de la experiencia de los afligidos rigidiza su aparente polaridad. La “cuestión de la imaginación” entra en discusión en el contexto de cómo, en la historia de la biomedicina, se atribuyeron los efectos curativos del “fluido magnético” postulado por Anton Mesmer no al magnetismo como fuerza empírica, sino a la imaginación activa pero irracional de los sujetos. A partir de entonces, la imaginación se convirtió en una categoría invocada más para descalificar que para entender cómo funciona la curación. La aproximación de Nathan y Stengers también excluye esto a su manera, ya que al hacer hincapié en la conexión directa entre la influencia tecnologizada (que se corresponde con lo que hemos denominado procedimiento) y la curación que le sigue (correspondiente al resultado), dejan de lado la intervención del término experiencial de proceso que antes hemos resaltado. De esta suerte, “la influencia terapéutica designa las artes prácticas, o técnicas, de los terapeutas para elaborar relaciones que potencien un cambio que denominamos curación” (2018: 124). Distinguen la influencia, que depende del experto y del conocimiento experto que tecnologiza la relación terapéutica, del trío conceptual de la sugestión, la imaginación y el efecto placebo que, aunque no se utilicen peyorativamente como designación de lo irracional, se entienden como mecanismos que son naturales, psicológicos y que se encuentran en todas partes (2018: 122).

Sin embargo, el resultado de esta distinción no es sólo yuxtaponer conocimientos expertos concretos a mecanismos universales no elaborados. También deja a estos supuestos mecanismos como cajas negras experienciales “dentro” del paciente mientras sostiene que la influencia es una caja transparente “fuera” del paciente y desconectada en cualquier sentido relevante de la experiencia del paciente. Aunque es cierto que el aparato terapéutico tradicional “‘afilia’ a la persona enferma a un mundo en el que su vida tiene sentido y en relación al cual puede construirse como integrante de un grupo en el que su vida es significativa” (2018: 123), los autores se quedan cortos a la hora de elaborar esa construcción de sentido y autoconstrucción. Dicho de otra manera, proporciona una perspectiva racionalista sobre la influencia y “rehabilita los requisitos del pensamiento”, pero no ofrece una aproximación fenomenológica a la transformación experiencial. Aquí es donde el modelo retórico del proceso terapéutico entra para rehabilitar la experiencia, reemplazar la sugestión por la persuasión, comprender la imaginación como creatividad y contrarrestar el efecto placebo afirmando que en materia de curación no hay palabra, objeto o sustancia que pueda considerarse “inerte” (Csordas, 2017a).

Por último, existe un elemento pragmático en el examen empírico minucioso del proceso terapéutico que puede contribuir a la continuación de la colaboración productiva entre la psiquiatría y la antropología en el ámbito contemporáneo de la SMG. En concreto, el trabajo que se encuentra comparativamente en sintonía con la especificidad experiencial y la eficacia incremental puede ayudar a preparar el terreno para una determinación sistemática de las condiciones de pluralismo médico, en las que la colaboración entre la psiquiatría y las modalidades curativas indígenas puede ser no sólo posible en principio, sino también exitosa en la práctica. Esto variará en función de las configuraciones culturales de las distintas regiones del mundo, así como de las modalidades de tratamiento psiquiátrico/psicoterapéutico/psicofarmacológico y las prácticas curativas indígenas/rituales/religiosas que entren en diálogo (p.e., Csordas, 2002, 2017b; Gielen, Fish y Dragnus 2004; Gone, 2010; Gureje, Nortje, Makanjuola, *et al.*, 2015; Hell y Collot, 2011; Incayawar, Wintrob, Bouchard, *et al.*, 2009; Naraindas, Quack y Sax, 2014; Sax, 2014). Con independencia del entorno concreto, las formas de curación psiquiátrica e indígena pueden resultar complementarias (y potencialmente colaborativas), contradictorias (y probablemente competitivas) o coordinadas (y meramente coexistentes) dentro del sistema sanitario de una sociedad.

Sin embargo, hay mucho más en juego que las diferencias culturales. Los profesionales de la salud mental pueden abordar estas formas de curación como recursos para el cambio de tareas o como una auténtica colaboración profesional (Gureje, Nortje, Makanjuola, *et al.*, 2015). Los curanderos indígenas pueden ser invitados a trabajar en centros psiquiátricos, como ocurre en la unidad de atención psiquiátrica para adolescentes del Servicio de Salud Indígena de la zona Navajo (Csordas, 2017b), o pueden introducirse psiquiatras en instituciones indígenas como la clínica establecida en el *dargāh* (santuario) de la

santa sufi Mira Datar en la parte norte de Gujarat (Basu, 2014). Las tensiones entre anfitrión e invitado en tales situaciones pueden variar e impactar sustancialmente en la experiencia de quienes buscan ayuda. Incluso cuando la psiquiatría y la curación indígena interactúan fuera de un entorno institucional potencialmente sofocante, es común considerar la colaboración, en un sentido ideal, como un imperativo ético derivado de la dignidad y el respeto culturales, aunque en ocasiones los estudiosos la juzgan como una aspiración imposible derivada de una inconmensurabilidad multifacética, como en la evaluación de Sax (2014) de la situación en la India.

En esta sección final, hemos reflexionado sobre la importancia del proceso terapéutico en la curación indígena a través de la comparación conceptual de la influencia y la persuasión, así como de la cuestión de la

colaboración entre la sanación indígena y la psiquiátrica. Si la capacidad de abordar la desmoralización es el mínimo común denominador entre las formas de psicoterapia, incluida la sanación indígena, entonces la comprensión experiencial del proceso terapéutico tal y como la describen quienes participan en la sanación es el mínimo común denominador para describir cómo funciona la sanación. Estas consideraciones dan lugar a un debate mucho más extenso del que podemos abordar aquí. La interacción potencialmente productiva y posiblemente controvertida de las formas de tratamiento al interior de sistemas pluralistas de atención en salud mental es un aspecto crucial del reto que plantea la sanación indígena a la SMG, pero ese reto está supeditado a una mejor comprensión de la retórica de la transformación en el proceso terapéutico.

5. Referencias bibliográficas

- Aldersey, Heather Michelle; Adeponle, Ademola; Whitley, Robert (2017). "Diverse approaches to recovery from severe mental illness" en White, R. G., Jain, S., Orr, D. M. R. *et al.* (eds.), *The Palgrave handbook of sociocultural perspectives on global mental health*. London: Palgrave Macmillan, 109–128.
- Bacigalupo, Ana Mariella (2007). *Shamans of the foye tree: Gender, power, and healing among Chilean Mapuche*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Basu, H. Dava and Dua: "Negotiating Psychiatry and Ritual Healing of Madness", en Naraindas H., Quack J., y Sax W. (eds.) *Asymmetrical Conversations: Contestations, Circumventions, and the Blurring of Therapeutic Boundaries* (pp. 162-99), Berghahn Books, 2014. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ucsd/detail.action?docID=1375294>.
- Bellamy, C. (2011). *The powerful ephemeral: Everyday healing in an ambiguously Islamic place*. New Delhi: Permanent Black.
- Bhui, Kamaldeep (Ed.). (2002). *Racism and mental health: Prejudice and suffering*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Blagys, Mathew D.; Hilsenroth, Mark J. (2000). "Distinctive features of short term psychodynamic interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature" *Clinical Psychology Science and Practice*, 7(2): 167–188[9]. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.167>
- Bourguignon, Erica (1976). "The effectiveness of religious healing movements: A review of the literature" *Transcultural Psychiatric Research Review*, 13(1): 5–21. <https://doi.org/10.1177/136346157601300101>
- Burgess, Rochelle; Mathias, Kaaren (2017). "Community mental health competencies: A new vision for global mental health" en White, R. G., Jain, S., Orr, D. M. R. *et al.* (eds.), *The Palgrave handbook of sociocultural perspectives on global mental health*. London: Palgrave Macmillan.
- Calabrese, Joseph (2013). *A different medicine: Postcolonial healing in the Native American Church*. Oxford: Oxford University Press.
- Calestro, K. (1972). "Psychotherapy, faith healing and suggestion", *International Journal of Psychiatry*, 10(2): 83–113. PMID: 5082668
- Crapanzano, Vincent (1973). *The Hamadsha: A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Cohen, Alex; Patel, Vikram; Minas, Harry (2014). "A brief history of global mental health", en Patel, V., Minas, H., Cohen, A. *et al.* (eds.), *Global mental health: Principles and practice*. Oxford: Oxford University Press, 3–26.
- Csordas, Thomas J. (1994). *The sacred self: A cultural phenomenology of charismatic healing*. Berkeley, CA: University of California Press.
- (2002). *Body/meaning/healing*. London: Palgrave Macmillan.
- (2004). "Asymptote of the ineffable: Embodiment, alterity, and the theory of religion", *Current Anthropology*, 45(2): 163–185. <https://doi.org/10.1086/381046>
- (2017a). "The impossibility of the inert: Placebo and the essence of healing" *Somatosphere*, 23 June 2017. Retrieved from <http://somatosphere.net/2017/the-impossibility-of-the-inert-placebo-and-the-essence-of-healing.html/>.
- (2017b). "Psychiatry and the sweatlodge", en Basu, H., Littlewood, R. y Steinforth, A. (eds.), *Madness, mental health, modernity: Psychiatry's competition with religion*. New York, NY: Berghahn Books, 127–140.
- Csordas, Thomas J.; Kleinman, Arthur (1996). "The therapeutic process", en Johnson, T. y Sargent, C. (eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method*. Westport, CN: Praeger, 11–25.
- Csordas, Thomas J.; Lewton, Elizabeth (1998). "Practice, performance, and experience in ritual healing", *Transcultural Psychiatry*, 35(4): 435–512. <https://doi.org/10.1177/136346159803500401>
- Desjarlais, Robert (1992). *Body emotion: The aesthetics of illness and healing in the Nepal Himalayas*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Dole, Christopher (2012). *Healing secular life: Loss and devotion in modern Turkey*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Dow, James (1986). "Universal aspects of symbolic healing: A theoretical synthesis", *American Anthropologist*, 88(1): 56–69. <https://doi.org/10.1525/aa.1986.88.1.02a00040>
- Elliot, Robert (1984). "A discovery-oriented approach to significant events: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis", en Rice, L. y Greenberg, L. (eds.), *Patterns of change*. New York, NY: Guilford Press.

- Escobar, Javier I. (ed.). (2020). *Global mental health: Latin America and Spanish-speaking populations*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Frank, Jerome D.; Frank, Julia B. (1961 [1991]). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gielen, Uwe P.; Fish, Jefferson; Draguns, Juris G. (eds.) (2004). *Handbook of culture, therapy, and healing*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Gone, Joseph (2010). "Psychotherapy and traditional healing for American Indians: Exploring the prospects for therapeutic integration", *The Counseling Psychologist*, 38(2): 166–235. <https://doi.org/10.1177/0011000008330831>
- Gureje, Oye; Nortje, Gareth; Makanjuola, Victor; *et al.* (2015). "The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders", *The Lancet Psychiatry*, 2(2): 168–177. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00013-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00013-9)
- Halliburton, Murphy (2009). *Mudpacks and prozac: Experiencing ayurvedic, biomedical, and religious healing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Hanlon, Charlotte; Fekadu, Abebaw; Patel, Vikram (2014). "Interventions for mental disorders", en Patel, V., Minas, H., Cohen, A. *et al.* (eds.), *Global mental health: Principles and practice*. Oxford: Oxford University Press, 252–278.
- Harding, Chris (2017). "Historical reflections on mental health and illness: India, Japan, and the West" en White, R. G., Jain, S., Orr, D. M. R. *et al.* (eds.), *The Palgrave handbook of sociocultural perspectives on global mental health*. London: Palgrave Macmillan, 71–92
- Hejtmanek, Katie Rose (2016). "Care, closeness, and becoming 'better': Transformation and therapeutic process in American adolescent psychiatric custody", *Ethos*, 44(3): 313–332. DOI: <https://10.1111/etho.12135>
- Hell, Bertrand; Collot, Edouard (2011). *Soigner les âmes: L'invisible dans la psychothérapie et la cure chamanique*. Paris: Dunod.
- Hermans, Isabell (2015). *Ritual retellings: Luangan healing performances through practice*. New York, NY: Berghahn Books.
- Hinton, Devon; Kirmayer, Laurence (2017). "The flexibility hypothesis of healing", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 41(1): 3–34. <https://doi.org/10.1007/s11013-016-9493-8>
- Incayawar, Mario; Wintrob, Ronald; Bouchard, Lise; *et al.* (eds.). (2009). *Psychiatrists and traditional healers: Unwitting partners in global mental health*. Noboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Itzhak, Nofit (2015). "Making selves and meeting others in neo-shamanic healing", *Ethos*, 43(3): 286–310. <https://doi.org/10.1111/etho.12086>
- Jain, Sumeet; Orr, David M. R. (2016). "Ethnographic perspectives on global mental health", *Transcultural Psychiatry*, 53(6): 685–695. <https://doi.org/10.1177/1363461516679322>
- Jenkins, Janis H. (2015). *Extraordinary conditions: Culture and experience in mental illness*. Berkeley, CA: University of California Press.
- (2018). "Anthropology and psychiatry: A contemporary convergence for global mental health", en Bhugra, D. y Bhui, K. (eds.), *Textbook of cultural psychiatry*: 18–34. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, Enrico E.; Hall, Sarah A.; Parke, Leslie A. (1991). "The process of change: The Berkeley psychotherapy research group", en Beutler, L. E. y Crago, M. (eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*: 98–106. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10092-011>.
- Joshi, Vibha (2012). *A matter of belief: Christian conversion and healing in North-east India*. New York, NY: Berghahn Books.
- Kalofonos, Ippolytos (2015). "'We can't find this spirit of help': Mental health, social issues, and community home-based care providers in Central Mozambique", en Kohrt, B. y Mendenhall, E. (eds.), *Global mental health: Anthropological perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 309–324.
- Kirmayer, Laurence J. (1993). "Healing and the invention of metaphor: The effectiveness of symbols revisited", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 17(2): 161–195. <https://doi.org/10.1007/BF01379325>
- Kirmayer, Laurence J.; Pedersen, Duncan (2014). "Toward a new architecture for global mental health", *Transcultural Psychiatry*, 51(6): 759–776. <https://doi.org/10.1177/1363461514557202>
- Kirmayer, Laurence J.; Swartz, Leslie (2014). "Culture and global mental health", en Patel, V., Minas, H., Cohen, A. *et al.* (eds.), *Global mental health: Principles and practice*. Oxford: Oxford University Press, 41–62.
- Kleinman, Albert (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- (1988). *Rethinking psychiatry*. New York, NY: Free Press.
- (1997). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, CA: University of California Press.
- (2009). "The art of medicine: Global mental health: A failure of humanity". *The Lancet*, 374(9690): 603–604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61510-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61510-5)
- (2012). "Rebalancing academic psychiatry: Why it needs to happen – and soon", *The British Journal of Psychiatry*, 201(6): 421–422. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118695>
- Kleinman, A.; Sung, L. (1979). "Why do indigenous practitioners successfully heal?" *Social Science and Medicine*, 138(1): 7–26. doi: [https://10.1016/0160-7987\(79\)90014-0](https://10.1016/0160-7987(79)90014-0)
- Kohrt, Brandon A.; Mendenhall, Emily (2015). *Global mental health: Anthropological perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Kohrt, Brandon; Jallah, Reverend Bill (2015). "People, praxis, and power in global mental health: Anthropology and the experience gap", en Kohrt, B. A. y Mendenhall, E. (eds.), *Global mental health: Anthropological perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 259–276.
- Kohrt, Brandon; Mendenhall, Emily; Brown, Peter (2015). "Treatment approaches and access to care in low— and high-resource settings", en Kohrt, B. A. y Mendenhall, E. (eds.), *Global mental health: Anthropological perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 151–154.
- Koss-Chioino, Joan D. (2006). "Spiritual transformation, relation and radical empathy: Core components of the ritual healing process", *Transcultural Psychiatry*, 43(4): 652–670. <https://doi.org/10.1177/1363461506070789>

- Kristensen, Dorthe Brogård (2019). *Patients, doctors and healers: Medical worlds among the Mapuche in Southern Chile*. London: Palgrave Macmillan.
- Laderman, Carol; Roseman, Marina (eds.) (1996). *The performance of healing*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Lambrech, Ingo (2017). "The distress of Makutu: Some cultural/clinical considerations of Māori witchcraft", en White, R. G., Jain, S., Orr, D. M. R. *et al.* (eds.), *The Palgrave handbook of sociocultural perspectives on global mental health*. London: Palgrave Macmillan.
- Langdon, Esther Jean (2007). "The symbolic efficacy of rituals: From ritual to performance", *Antropologia em Primeira Mão*, 95(8): 5–40. ISSN 1677-7174
- Levi-Strauss, Claude (1963a). "The effectiveness of symbols", en *Structural anthropology*. New York, NY: Basic Books: 186-205
- (1963b). "The sorcerer and his magic", en *Structural anthropology*. New York, NY: Basic Books: 167-85
- (1966/1962). *The savage mind*. London: Weidenfeld and Nicholson.
- Lovell, Anne M.; Read, Ursula M.; Lang, Claudia (2019). "Genealogies and anthropologies of Global Mental Health" *Culture, Medicine and Psychiatry*, 43: 519–547. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09660-7>
- Luhrmann, Tanya Marie (2013). "Making God real and making God good: Some mechanisms through which prayer may contribute to healing" *Transcultural Psychiatry*, 50(5): 707–725. <https://doi.org/10.1177/1363461513487670>
- Lyon, Margot (1990). "Order and healing: The concept of order and its importance in the conceptualization of healing. *Medical Anthropology*", 12(3), 249–268. <https://doi.org/10.1080/01459740.1990.9966025>
- (1993). "Psychoneuroimmunology: The problem of the situatedness of illness and the conceptualization of healing", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 17(1): 77–97. <https://doi.org/10.1007/BF01380601>
- Mehta, Nisha; Thornicroft, Graham (2014). "Stigma, discrimination, and promoting human rights", en Patel, V., Minas, H., Cohen, A. *et al.* (eds.), *Global mental health: Principles and practice*: 450–468. Oxford: Oxford University Press.
- Mills, China (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Myers, Neely (2015). "Shared humanity among non-specialist peer care providers for persons living with psychosis: Implications for global mental health" en Kohrt, B. y Mendenhall, E. (eds.), *Global mental health: Anthropological perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 325–340.
- Myers, Neely; Lester, Rebecca; Hopper, Kim (2016). "Reflections on the anthropology of public psychiatry: The potential and limitations of transdisciplinary work", *Transcultural Psychiatry*, 53(4): 419–426. <https://doi.org/10.1177/1363461516663883>
- Naraindas, Harish; Quack, Johannes; Sax, William S. (2014). *Asymmetric conversations: Contestations, circumventions, and the blurring of therapeutic boundaries*. New York, NY: Berghahn Books.
- Nathan, Tobie; Stengers, Isabelle (2018[2012]). *Doctors and healers*. Cambridge: Polity.
- Nortje, Gareth; Oladeji, Bibilola; Gureje, Oye; *et al.* (2016). "Effectiveness of traditional healers in treating mental disorders: A systematic review", *The Lancet Psychiatry*, 3(2): 154–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00515-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00515-5)
- Oladeji, Bibilola; Gureje, Oye (2013). "Mental health and HIV in Africa", en Sorel, E. (ed.), *21st Century global mental health*: 229–251. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Orr, David M. R.; Bindi, Serena (2017). "Medical pluralism and global mental health", en White, R. G., Jain, S., Orr, D.M. R. *et al.* (eds.), *The Palgrave handbook of sociocultural perspectives on global mental health*. London: Palgrave Macmillan, 307–28.
- Patel, Vikram; Minas, Harry; Cohen, Alex; *et al.* (2014). *Global mental health: Principles and practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Prince, R. (1975). "Symbols and psychotherapy: The example of Yoruba sacrificial ritual" *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 3(3), 321–338. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1975.3.3.321>
- Prince, Raymond (1982). "Shamans and endorphins: Hypothesis for a synthesis", *Ethos*, 10(4): 409–423. <https://doi.org/10.1525/eth.1982.10.4.02a00090>
- Sax, William S. (2009). *God of justice: Ritual healing and social justice in the Central Himalayas*. Oxford: Oxford University Press.
- (2014). "Ritual healing and mental health in India", *Transcultural Psychiatry*, 51(6): 829–849. <https://doi.org/10.1177/1363461514524472>
- Sax, William S.; Quack, Johannes; Weinhold, Jan (2010). *The problem of ritual efficacy*. Oxford: Oxford University Press.
- Scheff, Thomas (1979). *Catharsis in healing, ritual, and drama*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Seligman, Rebecca (2014). *Possessing spirits and healing selves: Embodiment and transformation in an Afro-Brazilian religion*. London: Palgrave Macmillan.
- Silva, Chikako Ozawa-de (2006). *Psychotherapy and Religion in Japan: The Japanese introspection practice of naikan*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Snodgrass, Jeffrey G. (2015). "Festive fighting and forgiving: Ritual and resilience among indigenous Indian 'conservation refugees'", en Kohrt, B. A. y Mendenhall, E. (eds.), *Global mental health: Anthropological perspective*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 173–190.
- Sorel, Eliot (2013). *21st Century global mental health*. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Stépanoff, Charles (2019). *Voyager dans l'invisible: Techniques chamaniques de l'imagination*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Summerfield, Derek (2008). "How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?", *British Medical Journal*, 336(7651): 992–994. <https://doi.org/10.1136/bmj.39513.441030.AD>
- (2012). "Afterword: Against 'global mental health'", *Transcultural Psychiatry*, 49(3–4): 519–530[10]. <https://doi.org/10.1177/1363461512454701>
- (2014). "A short conversation with Arthur Kleinman about his support for the global health mental health movement", *Disability and the Global South*, 1(2): 406–411. ISSN 2050-7364
- Teyber, Edward; Teyber, Faith (2016). *Interpersonal process in therapy: An integrative model*. Melbourne: Cengage Learning.

- The Boston Process Change Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. New York, NY: Norton Professional Books.
- Waldram, James B. (2000). "The efficacy of traditional medicine: Current theoretical and methodological issues", *Medical Anthropology Quarterly*, 14(4): 603–625. <https://doi.org/10.1525/maq.2000.14.4.603>
- (2013). "Transformative and restorative processes: Revisiting the question of efficacy of traditional healing", *Medical Anthropology*, 32(3): 191–207. <https://doi.org/10.1080/01459740.2012.714822>
- White, Ross G.; Jain, Sumeet; Orr, David M. R.; Read, Ursula M. (eds.). (2017). *The Palgrave handbook of sociocultural perspectives on global mental health*. London: Palgrave Macmillan.
- Wilkens, Katharina (2011). *Holy water and evil spirits: Religious healing in East Africa*. Münster: LIT Verlag Münster.
- World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy 2014–2023*. Geneva: World Health Organization.

Traductora: Marta Malo de Molina Bodelón