

ESTIGMA I HEGEMONIA

Consideracions sobre la interacció social d'un
grup de practicants de Reiki de Barcelona

“Treball final del grau en Antropologia social i cultural”

Carlota Solà Marsiñach

Correu electrònic: esm92@hotmail.com

Curs 2013-2014

Tutor: Carles Siches

Resum: el present article parteix de l'acceptació diferencial de les diverses formes d'atenció als patiments presents en la nostra societat per part de la cultura hegemònica. La seva finalitat és la de posar de manifest l'estigma sobre una forma d'atenció concreta, la pertanyent al reiki, principalment des de la pròpia perspectiva dels practicants, veient com influeix en la interacció d'aquests amb els no practicants. Més concretament, observarem com i per què s'elaboren els discursos de comprensió i justificació de l'estigma, així com les diverses estratègies utilitzades per tal d'eliminar-lo o suavitzar-lo dins de l'àmbit hospitalari a rel del voluntariat de reiki que s'hi ofereix. Finalment, intentarem comprendre des d'un tipus de discurs biomèdic com i per què s'accepta una forma d'atenció al patiment estigmatitzada i, com a conseqüència, sobre quines premisses es pot produir la complementarietat entre ambdues segons aquest discurs estigmatitzador.

Paraules clau: estigma, reiki, violència simbòlica, forma d'atenció, hegemonia, dolor.

Índex

Introducció	pàg. 2
Marc conceptual	pàg. 2
Qüestions metodològiques	pàg. 4
Els atributs de l'estigma	pàg. 5
Comprensió i justificació de l'estigma	pàg. 9
Estratègies de desmarcació i invisibilització: el cas del voluntariat	pàg. 12
Processos de violència simbòlica	pàg. 16
Un discurs mèdic: la paradoxa del dolor	pàg. 18
Conclusions	pàg. 22
Bibliografia	pàg. 22

Introducció

Actualment, en les societats occidentals i a bona part del planeta la biomedicina s'erigeix com a forma dominant d'atenció als patiments, deslegitimant i estigmatitzant-ne la resta (Menéndez, 1994). Partint d'aquesta base, el present article pretén centrar-se en l'anàlisi de l'estigma d'una forma d'atenció concreta –la pertanyent al reiki– des de la perspectiva dels propis practicants i observar per quins mecanismes l'estigma influeix en els seus discursos i les seves pràctiques, tot utilitzant les aportacions teòriques d'autors com E. Goffman (1989) i P. Bourdieu (2000).

A diferència de l'enfocament de l'Escola d'Antropologia Mèdica Crítica Mexicana, tant l'etnografia realitzada com diversos estudis previs sobre l'estigma ens porten a considerar-lo no només en relació al model mèdic hegemònic sinó com a fruit de la cultura hegemònica occidental en la seva totalitat, dins la qual el primer es situa (Becker i Arnold, 1986: 44). Aquest és un fet important ja que ens permetrà analitzar l'estigma entorn el reiki no només en termes de complementarietat mèdica sinó dins d'un context social més ampli, en el qual sovint els vincles afectius amb la família i amics tenen un pes més important que les relacions amb els metges.

Per altra banda, la segona meitat de l'article està molt més centrada en la interacció dins de l'àmbit hospitalari, el qual ens aporta un context molt particular per tal de poder analitzar les diferents estratègies que els practicants utilitzen per intentar evitar o mitigar l'estigma, així com la paradoxa que suposa l'acceptació i alhora deslegitimació del voluntariat de reiki per part d'un tipus de discurs mèdic. Aquest, al seu torn, ens permetrà entreveure sota quins pressupòsits es produeix, en aquest cas, la complementarietat.

Marc conceptual

L'anomenat per E. Menéndez procés de salut/malaltia/atenció és estructural en tota societat i fa referència a la resposta social davant de la malaltia, els danys i

els patiments (1994: 71). Conseqüentment, cada societat desenvolupa una o diverses *formes d'atenció als patiments*, enteses com el conjunt de representacions entorn de la malaltia, el dolor, el cos i la salut, així com les estratègies utilitzades amb la finalitat de prevenir, tractar, controlar, alleujar o curar un patiment determinat (Menéndez, 2005: 34). Les aportacions d'antropòlegs com el mateix Menéndez o D. Le Breton ens són útils per recordar que per patiment no entenem exclusivament els diferents símptomes orgànics desagradables, sinó també “el dolor de l'ànima” (Menéndez, 2005: 59-60), també anomenat *suffering* (Le Breton, 1999: 12). Les diferents formes d'atenció, per tant, són construccions socioculturals (Haro, 2000: 138) les quals sovint parteixen de diferents concepcions del cos, de la persona, del dolor i de la malaltia (Le Breton, 1999: 65-67).

En qualsevol cas, tota forma d'atenció és resultat d'un procés històric al llarg del qual es relaciona amb altres formes d'atenció presents en la mateixa societat, donant com a resultat un context de pluralisme mèdic (Menéndez, 1994: 72). Mentre que a nivell dels individus que pateixen les diferents formes d'atenció són combinades en funció de les pròpies necessitats en el que ha estat anomenat *procés de cerca de salut*¹ (Kleinman, 1980, citat per Haro, 2000: 138), és important assenyalar que aquestes no gaudeixen de la mateixa acceptació dins de la societat en la qual es situen. En la nostra, el model mèdic hegemònic està constituït per la forma d'atenció pròpia de la biomedicina, la qual conviu amb altres de tant diverses com la característica de l'homeopatia, la de la medicina xinesa o la del propi reiki, entre moltes d'altres. No obstant això, és important assenyalar que les diferents formes d'atenció no romanen estanques sinó que s'influencien entre elles tant a nivell de pràctiques com de representacions (Menéndez, 1994: 73-74) com a conseqüència de la complexitat dels processos de socialització, tal i com podrem observar clarament gràcies a l'etnografia presentada posteriorment.

Retornant al tema de la legitimitat o acceptació diferencial de les diverses formes d'atenció, és àmpliament admès el fet que la biomedicina no només es

¹ El concepte de procés de cerca de salut, utilitzat per primera vegada per Arthur Kleinman (1980), també ha estat anomenat com a carrera del malalt o itinerari terapèutic i fa referència a la manera en què les diferents formes d'atenció es complementen i solapen en episodis concrets de la malaltia (citad per Haro, 2000: 138-139).

troba en una posició d'hegemonia respecte les altres, sinó que en general les deslegitima i estigmatitza principalment per no basar-se en criteris com la científicitat i el biologicisme (Menéndez, 1994). Tal i com afirma M. B. Duarte, els sistemes de salut pública acostumen a ser excloents i l'exercici d'aquestes formes estigmatitzades d'atenció és tolerat com a conseqüència de l'evidència de la seva demanda, tot i que gairebé sempre de manera privada (2003: 641), com en el cas d'Espanya.

Per explicar l'estigmatització per part de la biomedicina enfront la resta de formes d'atenció, com per exemple la que constitueix el reiki, s'han utilitzat diversos arguments. En primer lloc, la cultura hegemònica occidental ha estat creada de la mà del positivisme, del qual és gairebé indisociable. Les formes d'atenció a la salut que no es basen en el paral·lel del positivisme a nivell mèdic, és a dir, el biologicisme i la científicitat, no són considerades pròpies d'una cultura "avançada" com la nostra i, com a conseqüència, es categoritzen d'inferiors (Menéndez, 2004: 47-48). En canvi, autors com Foucault (1974) consideren que l'hegemonia de la biomedicina "expressaria profunds canvis socials tendents al control de la dissidència i a la creació de tècniques disciplinàries i de vigilància sobre el cos i la ment, dins d'un ampli procés de racionalització i exercici del poder [...] que impregnaria tot l'entramat social" (citada per Haro, 2000: 128-129). L'estigmatització, en aquest sentit, es presentaria com a una eina que ajudaria a delimitar el poder (Ainsley et al., 1986: 7).

La forma d'atenció de la biomedicina, doncs, estigmatitza a la resta pels motius i amb les finalitats esmentades. Malgrat tot, prové l'estigma exclusivament de l'àmbit biomèdic? Al llarg de l'article veurem que no.

Qüestions metodològiques

Durant els set mesos dels quals he disposat per realitzar el treball de camp que ha possibilitat la confecció d'aquest article –d'octubre de 2013 a abril de 2014–, he pogut assistir setmanalment als tallers de suport al reiki que ofereix cada

divendres l'Associació de Terapeutes Reiki a Catalunya, participant en meditacions guiades, intercanvis de reiki i reiju i, en algunes ocasions, en celebracions especials com per exemple la del solstici d'hivern. A més a més, he pogut acompanyar els voluntaris de la mateixa Associació en les sessions gratuïtes de reiki que realitzen també setmanalment a diverses institucions com el geriàtric Parc Güell i el centre de fibromiàlgia Afibrocacat.

Per altra banda, la informació etnogràfica en la qual em baso és també fruit de la realització d'entrevistes a vuit practicants de reiki, així com a tres estudiants de medicina. És important fer notar, en aquest sentit, que l'aproximació al tema de l'estigma es presentà, en el propi terreny, com a necessàriament diferent en funció de si estava abordant el grup estigmatitzat o l'estigmatitzador. En el primer dels casos, fou fonamental la confiança i la familiaritat amb els interlocutors, la qual va ser possible gràcies a la realització d'un treball de camp constant i relativament llarg –dins de les possibilitats–, així com un posicionament clar en contra de l'estigma.

Per altra banda, apuntar que en aparèixer el tema del dolor, el qual és tractat cap al final de l'article, l'horitzontalitat que alguns autors reivindiquen com a característica necessària de l'entrevista, transformant els informants en interlocutors (Bartolomé, 2003:10), és fonamental. Fruit de la pròpia experiència a rel del treball de camp, m'agradaria fer notar que per conèixer la magnitud del dolor de l'experiència de l'altre, has de mostrar-li primer la teva. Evidentment, aquesta no és una tasca fàcil. En primer lloc, requereix que hakis experimentat una experiència fortament dolorosa. En segon lloc, que estiguis disposat a compartir-la de manera profunda. D'aquesta manera, l'entrevista es converteix en una experiència caracteritzada per una reciprocitat informativa, compartint el dolor, el plor i el consol.

Els atributs de l'estigma

Tal i com ja hem esmentat, el reiki és una forma d'atenció al patiment molt present en la nostra societat, si bé estigmatitzada. Està constituïda per un conjunt

de creences, representacions i pràctiques, algunes d'elles genuïnament pròpies i d'altres compartides amb diferents formes d'atenció als patiments, com la medecina xinesa o la biomedicina. Molt sucintament, el reiki bàsicament assenyala l'existència d'una energia universal compartida per tots els éssers vius i inerts. Mitjançant la seva canalització, a través de la imposició de mans o a distància, l'energia universal és capaç d'equilibrar l'energia pròpia de la persona, alleugerint-ne el seu dolor i en alguns casos arribant a sanar-la. Estar sa significa estar equilibrat energèticament, no només a nivell físic sinó també a nivell mental, emocional i espiritual, fet que s'intenta aconseguir mitjançant tant la teràpia pròpiament dita com un constant treball interior de control de les emocions desagradables i de creixement personal².

Basant-nos en les aportacions d'E. Goffman (1989), entenem per estigma el descrèdit al qual un individu o un grup és sotmès per la possessió d'un o més atributs que el diferencien de manera negativa i estereotipada de la resta de persones. Aquest estigma pot ser percebut més o menys immediatament –com per exemple una discapacitat física– o no. En el primer dels casos parlem de *desacreditats*, mentre que en el segon de *desacreditables* (Goffman, 1989: 14). Els practicants de reiki es situarien en aquesta última categoria ja que si no ho volen no es distingeixen de la resta. El seu estigma només es posaria de manifest en cas de ser vistos realitzant la teràpia de reiki o en cas d'explicar tot l'univers de creences i pràctiques que l'envolten. És important comprendre que partim d'aquesta última noció d'estigma, la dels *desacreditables*, per poder comprendre els discursos i les estratègies que els propis practicants desenvolupen.

A continuació observarem, a partir de la selecció de certs fragments molt reveladors de l'etnografia, els atributs de l'estigma amb els quals els propis practicants de reiki creuen que són associats en determinades situacions i per certs col·lectius. Així doncs, davant d'una tassa de te de xocolata en un petit bar de Barcelona, la Irene em comentava en relació al voluntariat de reiki que es realitza al Clínic i que ella mateixa coordina:

² Per a més informació, consultar STEIN, D. (1995) *Reiki esencial*. Barcelona: Ediciones Robinbook.

Va passar alguna cosa d'una mare que va portar a alguna persona... com d'aquestes que fan "te bajo al Dios divino que te cura a tu hijo" o jo què sé, una cosa d'aquestes, saps? I va fer algun paripè dins de l'habitació i clar. – Però això què té a veure amb el reiki? Vaig preguntar-li jo–. Res. Però som uns bitxos rars. I ara ja no tant, però fins ara s'imaginaven que érem bitxos rars i ho van lligar amb nosaltres i ens van treure d'oncologia [...] Fins ara jo no en podia parlar, jo fa molts anys que estic en aquest món i jo a la feina no he parlat mai del que faig. Perquè... "tenemos poderes en las manos y somos brujos" [ho diu imitant la veu d'una altra persona, afegint-li una nota de misteri]³.

Per altra banda la Marta, també practicant, m'explicava:

Clar, aquestes són coses que no les expliques a tothom perquè no tothom ho accepta, no? I a lo millor et tatxa de bruixa, de locata [...] Bueno, li dius al meu marit i... ja està amb el metxero! [Rialles, ho diu mig en broma] Per cremar-te, no?

Un altre dia, durant les sessions del voluntariat de reiki de l'Associació al geriàtric Parc Güell el Jorge defensava, amb l'assentiment de la resta de companys:

En principio la imposición de manos no tendría que tocar el cuerpo. Aun así, a veces tocamos ciertas partes porque es muy agradable. Además, sino a veces sale el paciente y se cree "Ala, este me ha cobrado y no me ha hecho nada".

Gràcies a aquest tipus de comentaris, els quals cal afegir que són bastant recurrents, podem observar quins són els atributs de l'estigma amb els quals els practicants consideren que són associats. Aquests estan fonamentalment relacionats amb tres aspectes: la *bruixeria*, la *bogeria* i l'*estafa*. És important destacar, abans de comentar-los amb més profunditat, que aquests tres atributs no tenen perquè anar de la mà, sinó més aviat al contrari. Partint d'una concepció dinàmica de l'estigma, cal assenyalar que aquest és producte dels processos de definició que sorgeixen de la interacció social (Ainlay et al., 1986: 11). Més

³ Totes les transcripcions intenten reproduir amb la màxima fidelitat l'oralitat dels parlants, incorrent en molts casos en incorreccions en termes d'escriptura.

concretament, és la diferència entre la *identitat social virtual* –el que l’observador espera de l’observat– i la *identitat social real* –el que l’observador veu en l’observat– (Goffman, 1989: 12-13). Per això, en funció de qui observi o qui escolti l’estigma es manifestarà en un atribut o un altre, o simplement no es manifestarà. A continuació ho veurem clarament.

En el cas de l’atribut de la bruixeria, per exemple, els “normals” –tal i com Goffman anomena a les persones no estigmatitzades (1989: 5)– han de ser creients en algun tipus d’ésser o éssers sobrenaturals i en la capacitat humana per comunicar-s’hi i influir sobre l’esdevenir. Partint d’aquesta base, aquest tipus d’espectador pot relacionar la teràpia, especialment com a conseqüència de l’ús dels símbols que es tracen a l’aire, amb un acte religiós⁴. Malgrat tot, s’entén com a acte religiós aliè a la pròpia creença, l’estranyesa del qual fa sospitar a l’observador, el qual el relaciona amb la capacitat de fer el mal. Per descriure aquest atribut he utilitzat el terme de bruixeria perquè és el que els practicants més utilitzen, però també inclouria, per exemple, la màgia negra o l’esoterisme.

Per altra banda, les dues restants característiques parteixen d’una premissa molt diferent: tot allò que diuen els practicants en relació al reiki és fals. Com a conseqüència, els actes que realitzen no tenen l’eficàcia que els practicants els hi atribueixen. Entre les dues característiques existeix però una diferència notable. Quan parlem de bogeria, dels “*bitxos raras*” o dels “*locats*”, tal i com ho expressen la Irene i la Marta, es fa referència fonamentalment a gent que creu sincerament en una falsedat, en una “*tonteria*”, com assenyalen alguns familiars dels practicants. Els raonaments sobre per què creuen en això poden ser més o menys benevolents i varien des de la comprensió, simpatia i indulgència per algú que ho ha cercat voluntàriament com a recurs perquè li resulta un consol a l’hora de fer front a la mort d’un ésser estimat, fins a la condemna pel fet que la persona hagi patit un

⁴ Faig referència a una de les definicions clàssiques de religió, la qual l’entén com a un conjunt de creences en l’existència d’un món o d’éssers sobrenaturals, així com les pràctiques associades (Salazar, 2009: 14).

rentat de cervell per part d'una secta⁵. En canvi, l'estafa implica el fet que els practicants siguin plenament conscients de la falsedat que expliquen, la qual utilitzen per guanyar diners aprofitant-se de la ignorància o la confiança que els pacients hi dipositen.

Comprensió i justificació de l'estigma

En definitiva, els explicats anteriorment són els tres atributs que estructuren l'estigma entorn dels practicants de reiki segons ells mateixos. Ara bé, arribats a aquest punt cal destacar un fet important: el reconeixement per part dels practicants de la legitimitat/normalitat d'aquest estigma, considerant-lo comprensible i en segons quins casos justificat. A continuació presentarem els *discursos de comprensió* i *de justificació*, les seves característiques i les seves diferències bàsiques. Començarem pels *discursos de comprensió*.

Per què la gran majoria dels practicants de reiki consideren comprensible l'estigma que plana sobre seu? En primer lloc, perquè molts d'ells també van compartir la perspectiva de l'estigmatitzador. És important assenyalar que la quasi totalitat dels practicants entre els quals he realitzat el treball de camp van ser socialitzats dins de la cultura hegemònica, en termes de salut compartint els esquemes de pensar i actuar de la biomedicina i no familiaritzats amb els del reiki fins a l'edat adulta. Estimulats per trobar una resposta al dolor experimentat, el seu *procés de cerca de salut*⁶ els va apropar en un determinat moment a practicants de reiki, coneixent-ne les seves idees i pràctiques de cop i de manera sovint impactant. És el cas, per exemple, de la Beatriz:

Yo quería ponerme primero antes que el bebé [la seva filla] y cuando me acosté en la camilla me dijo [la mestra de reiki] que qué me

⁵ Joan Prat ha desenvolupat amb profunditat el tema de l'estigma sobre les sectes, el qual inclou l'atribut del rentat de cervell, a *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas religiosas* (1997).

⁶ Per recordar el significat del concepte de *procés de cerca de salut* veure la primera nota al peu, a la pàgina tres.

había pasado entre los siete y los ocho años. Y yo empecé a llorar. Entonces yo le decía a ella “¿Ay usted qué me ha hecho? ¿Usted qué me ha tocado? ¿Usted es bruja?” [Rialles]. “¡Usted es bruja! ¿Usted quién es?! ¿Usted qué es lo que hace?!” Y me asusté. Porque no paraba de llorar.

O també el de l’Anna, la qual a l’enterrament del seu cunyat una de les senyores presents li va dir:

“Bueno, es que tenía un ser enganchado y sabíamos que no había nada que hacer” [...] I jo vaig pensar [l’Àngela], “ai aquesta gent quin llenguatge” [Fa cara d’estranyesa i d’incredulitat]. Però hi ha aquella cosa que dius o “estan bojos” o “ah, no sé, no ho he pensat mai”.

Aquestes curtes narracions, extensibles a diversos casos, ens permeten veure com els mateixos informants van compartir en l’etapa del primer contacte certs dels atributs de l’estigma –la bruixeria en el de la Beatriz i la bogeria en el de l’Anna– que hem descrit anteriorment, com a conseqüència de la seva socialització prèvia.

Per altra banda, en la segona etapa del contacte, és a dir, quan la persona ja ha estat iniciada i es converteix en practicant, és sovint la pròpia família la que reacciona d’acord amb alguns dels atributs de l’estigma. I és la família perquè, en molts casos, són els únics que ho saben. A part dels comentaris de la Marta i la Irene, exposats al primer apartat, vegem per exemple una situació en la que es va trobar la Beatriz:

Y a mi sobrino mayor, en el tren, le cogió un cólico abdominal [...] Y fue la primera vez que yo se lo hacía a una persona que no fueran mi marido y mis hijos. Y a mí misma. Entonces se lo hice a él, y el niño... mi sobrino me decía “no me quites las manos, que cuando me pones las manos, se me calma el dolor”. “¿Qué tienen tus manos?”. Me preguntaba “tía, ¿qué tienen tus manos?” Y entonces yo me puse a hacerle todo lo del reiki y entonces mi hermano me miraba todo raro. Todo raro y me decía “qué cosa más rara le estás haciendo a mi hijo”. Y entonces le expliqué que se llamaba reiki y le expliqué por qué lo había conocido. Él desconfiaba pero me dijo “bueno igual vea, hacedle lo que sea a Juan Diego”.

De manera semblant, un dia al taller la Isabel comentava, enmig d'una conversa animada amb la resta de practicants:

[...] y en casa también, porque claro, cuando cambias tu estilo de vida, porque eso pasa, y empiezas a encender velas, a poner incienso por la casa, a meditar... ¡pues claro! Tu familia ya te mira raro [riuen tots]. Y cuando intentas practicar con tus amigos o familiares y les pones las manos pues empiezan a mirarte así como raro, desconfiados “que haces mama, no me toques, quita, quita [ho diu amb accent carinyós], a mí no me vengas con esas tonterías”.

En definitiva, aquests són només exemples de discursos recurrents. En alguns casos, com l'exposat per la Marta en l'apartat anterior o el de la Beatriz, la família de la qual és catòlica practicant, es veuria de manera més clara l'atribut de l'estigma relacionat amb la bruixeria o l'esoterisme, mentre que en el de la Isabel observem el de la bogeria, de manera molt suavitzada, expressada amb la fórmula “tonteries”. En qualsevol cas, cal tenir en compte el vincle afectiu establert entre l'estigmatitzada i els “normals” ja que juga un paper important a l'hora d'elaborar els *discursos de comprensió*. En aquest sentit, en general els comentaris no s'expressen en forma d'atac directe sinó més o menys afectuosament, complementant-se amb mirades de sospita, celles arquejades, bromes o mitges rialles. Tal i com assenyala Bourdieu en relació a la violència simbòlica, el coneixement de les estructures mentals dels familiars –compartides anteriorment pels propis practicants– juntament amb el reconeixement de la seva vàlua com a persones, l'amor i el respecte que els hi professen (2000: 55-56), fa impossible que la resposta a aquest estigma sigui: “no, jo no sóc “rara” i això no és una tonteria, el boig ets tu per no adonar-te'n, que no ho veus?”. D'aquesta manera els *discursos de comprensió*, fonamentats en la pròpia experiència i els vincles afectius, seguirien més la línia de: “clar, és que tot això sembla molt estrany per algú que no ho coneixi, és normal”.

Per altra banda, els *discursos de comprensió* de l'estigma també van acompanyats sovint per *discursos de justificació*, fent referència a tots aquells comentaris que assenyalen més o menys indirectament que a vegades l'estigma és

apropiat per segons quins casos, tot i que no ha de ser extrapolat a la totalitat de practicants. D'aquesta manera, a vegades els propis practicants comenten que n'hi ha d'altres “*que són uns il·luminats*”, “*que se'ls en va una mica la pinça*” o “*que no toquen de peus a terra*”, fent referència eufemísticament a l'atribut de la bogeria. Un altre tipus d'afirmacions són les de l'Anna: “*ui! S'utilitza molt malversat el reiki també, eh?*” O els de la Isabel:

El reiki es mou en un món que va entre lo que és el treball seriós i bueno... lo més vinculat a... no és que sigui dolent o no, però potser la mala premsa o la mala gestió o el mal ús que s'ha fet doncs de la part més esotèrica ha fet que si tu lligues el reiki a l'esoterisme... la mala premsa ha fet mal.

Tal i com m'explicaven les practicants, el fet que el reiki estigui molt poc institucionalitzat fa impossible el control de l'adequació de les seves pràctiques i possibilita que a vegades es produeixi aquesta “*mala gestió*” o “*malversació*”. En definitiva, la diferència fonamental entre els *discursos de comprensió* i els *discursos de justificació* és la següent. En els *discursos de comprensió*, els practicants entenen per què es produeix l'estigma, el qual té generalment l'origen en el desconeixement del que és el reiki, tot i que no hi estan d'acord. En els *discursos de justificació*, els practicants entenen per què es produeix l'estigma, relacionat amb el coneixement de casos empírics en els quals s'ha vist acomplert i a partir dels quals s'extrapola, reconeixent-ne per tant una base de legitimitat.

Estratègies de desmarcació i d'invisibilització: el cas del voluntariat

Arribats a aquest punt hem explicat els atributs que estructuren l'estigma al voltant dels practicants de reiki tal i com ells el perceben, així com els *discursos de comprensió* i *de justificació* d'aquest estigma. A continuació observarem dos fenòmens molt vinculats amb aquests discursos, als quals he anomenat *estratègies de desmarcació* i *estratègies d'invisibilització*, analitzant-les molt especialment en referència al voluntariat que l'Associació de Terapeutes Reiki a Catalunya realitza des de l'any 2008. Aquest voluntariat està constituït per un considerable nombre de

practicants els quals ofereixen gratuïtament i sistemàticament teràpies de reiki a institucions com ara l'Hospital Clínic, la Vall d'Hebron, diversos geriàtrics, un centre de bipolars i un de fibromiàlgia. Com a conseqüència de les limitacions d'aquest article, ens cenyirem al cas dels hospitals. D'aquesta manera, intentarem resoldre una qüestió ja plantejada per Goffman (1989: 19) i explorada en nombrosos estudis sobre la importància de l'estigma en la interacció social (Ainlay et al., 1986: 10): de quina manera els practicants intenten evitar l'estigma dins de l'àmbit hospitalari i per què?

Abans de començar, és important justificar per què he escollit justament el cas dels hospitals. Les *estratègies de desmarcació* i *d'invisibilització*, les quals explicaré seguidament, no són exclusives d'aquest espai sinó que es donen sempre que es produeix el que Goffman anomena contactes mixtes, és a dir, els moments en què estigmatitzats i "normals" es troben en una mateixa situació social (1989: 23). Malgrat tot, en l'àmbit del voluntariat en general i en el cas dels hospitals en particular, la relació entre estigmatitzats i "normals" és encara més asimètrica com a conseqüència de l'autoritat legal que els metges posseeixen dins de l'hospital i davant la qual els practicants han de sotmetre's sota el risc de ser expulsats. Per aquest motiu, i també per entendre posteriorment les característiques de l'articulació d'aquesta forma d'atenció amb la de la biomedicina, he escollit el cas dels hospitals.

Retornant al concepte d'*estratègies de desmarcació*, cal dir que faig referència a tots aquells discursos i actes que intenten allunyar els practicants de l'estigma que ells mateixos consideren que té una base empírica. S'estructuren entorn d'una frase bàsica: "*sí, és cert que això a vegades succeeix, però no és el nostre cas: mira*". D'aquesta manera, les afirmacions dels propis practicants referents als il·luminats, a la gent que se li'n va la pinça o que no toca de peus a terra, a la poca seriositat o als malversadors, van acompanyades implícitament de la frase "*a diferència de nosaltres*".

En l'àmbit hospitalari, els destinataris d'aquesta *estratègia de desmarcació* són el personal –metges i infermeres, els primers dels quals són els que en última

instància donen el vist-i-plau al voluntariat en si i permeten que es realitzi—, així com els propis pacients i les respectives famílies —els quals el sol·liciten o el rebutgen—. Com es produeixen, doncs, les *estratègies de desmarcació* de l'estigma? En primer lloc, mitjançant la pròpia existència i organització de l'Associació. Tal i com m'explicava una de les seves cofundadores, davant d'un àmbit tan poc institucionalitzat com és el de les teràpies alternatives el fet d'estar constituïts com a associació i tenir un codi ètic i deontològic accessible a tothom, així com per exemple el suport d'una subvenció de La Caixa per a l'any 2010, contribueix a donar una imatge de professionalitat. Gràcies a l'Associació i la seva estructura econòmica és possible oferir el servei del voluntariat, el qual sempre es presenta revestit de formalitat, seriositat i compromís. De fet, l'Associació escull les persones que formaran part del voluntariat. Tal i com em deia la Isabel:

Nosaltres hem de seguir una línia, no podem agafar una persona que no coneixem de res i donar-li la responsabilitat que sigui la cara de l'Associació! Com a mínim hem de portar un control perquè clar és que sinó imagina't! Se'n pot fer un mal ús, a vegades es poden apropar pel nom...

La intenció, per tant, consisteix en contrarestar el tipus d'atributs negatius que ja hem comentat, els quals conceptualitzen els practicants com a persones il·luminades, que no toquen de peus a terra, malversadores i estafadores, etc. En la mateixa línia, tot queda enregistrat. Cada dia es fan llistats on s'anota a qui s'ha fet el servei i a qui no, per quin motiu, com ha anat, etc. I després es sistematitza tot a l'ordinador i s'envien els corresponents informes a final de mes tant al Clínic com a la Vall d'Hebron, juntament amb una memòria a final d'any. En aquest sentit la Irene destacava: *“és que clar, hi ha un tema administratiu també! Que no és arribar allà i “¡voy a poner las manitas!” Que és molt bonic, però també hi ha d'haver una evolució al darrere [...] Hi ha un treball administratiu, saben [els de l'hospital] que estem funcionant.”*

Per altra banda, les *estratègies d'invisibilització* són una variant particular de les *estratègies de desmarcació* ja que la seva finalitat principal continua sent la d'evitar l'estigma. Malgrat tot, la forma d'intentar-ho canvia, fet pel qual he

considerat oportú distingir-les. D'aquesta manera, les *estratègies d'invisibilització* consisteixen en ocultar certa informació que pugui ser relacionada amb l'estigma. Així, en ser interrogats sobre el que estan fent a vegades poden contestar dient que es tracta simplement d'una teràpia de relaxació. A més a més, tal i com la pròpia Associació explica als futurs voluntaris en una formació prèvia, el contingut de la qual respon a una iniciativa pròpia, en l'àmbit hospitalari no està permès comentar les possibles sensacions o visualitzacions que s'hagin experimentat durant la teràpia i que puguin proporcionar informació sobre el pacient en qüestió, ni tampoc està permès realitzar alguns dels actes que hi van associats.

Observar doncs una teràpia als tallers de l'Associació entre practicants⁷ o una teràpia del voluntariat a persones no practicants és considerablement diferent; no es tracen els símbols a l'aire, no es tanquen els ulls, no s'aixequen les mans per connectar amb l'energia, no es passen les mans per sobre del cos etèric per netejar-lo de cap a peus, no es crema encens, etc. Per què? Continua tenint el mateix efecte? Tot aquest conjunt d'accions, així com la connexió amb l'energia i la seva canalització, parteixen de la premissa de l'efectivitat de la intencionalitat dels practicants. Els actes que conformen la teràpia són, en aquest sentit, la forma en la qual es conté la intenció –d'equilibrar, de protegir, de potenciar, de netejar– i alhora són la manifestació d'aquesta intenció. I per aquest motiu els actes poden ser substituïts per d'altres de similars i no tant visibles, tot i que imbuits amb la mateixa intenció. D'aquesta manera, per exemple, un símbol pot traçar-se no amb les mans tal i com es fa habitualment sinó amb la ment, invisibilitzant-lo. El reiki a distància, aplicat als neonats o als pacients de la UCI, també s'entén en base a aquest raonament.

Així, la invisibilització no només no suposa una disminució de l'efectivitat sinó que permet evitar els actes més fàcilment associables amb l'estigma de la bruixeria i la bogeria. La finalitat dels voluntaris és arribar al màxim nombre de pacients possibles per tal de poder ajudar-los, i com que l'estigma es pot presentar

⁷ Per a més informació sobre les característiques de la teràpia consultar STEIN, D. (2008) *La práctica del reiki esencial*. Barcelona: Ediciones Robinbook.

com a trava tant de cara al personal sanitari com de cara els pacients, la solució rau en intentar eliminar-lo en la mesura del possible.

Processos de violència simbòlica

En l'apartat anterior hem observat les diferents estratègies que utilitzen els voluntaris de reiki per tal d'evitar o suavitzar l'estigma dins de l'hospital amb la finalitat de ser acceptats tant pel personal sanitari com pels pacients. Tal i com ja ha estat esmentat, el poder legal dels metges subordina els practicants ja que els primers tenen la capacitat d'expulsar-los de l'hospital o restringir-los-en l'accés, fet que ha succeït en diverses ocasions. Però l'assimetria en l'articulació de la forma d'atenció constituïda pel reiki i la constituïda per la biomedicina no pot comprendre's només fixant-nos en l'autoritat legal i en l'estigma. A més a més, hem de prestar atenció als processos de violència simbòlica que pateixen els practicants.

En parlar dels *discursos de comprensió* i de *justificació* hem apuntat algunes de les característiques de la noció de violència simbòlica aplicables al cas estudiat. A continuació reprendrem el concepte tot matitzant-lo per tal de comprendre més profundament la situació que ocupen els practicants dins de l'hospital. En primer lloc, la diferència fonamental d'aquest cas amb el de la dominació masculina a la Cabília argelina (Bourdieu, 2000) rau en el fet que els practicants de reiki tenen una existència no-relacional. Tal i com ja hem comentat, en la nostra societat predomina una concepció hegemònica entorn del que és el cos –en referència a la seva estructura interna i externa i al seu funcionament– basada en el coneixement anatòmico-fisiològic desenvolupat per la biomedicina (Le Breton, 1990: 83) i associada a una determinada *forma d'atenció a la salut*. Malgrat tot, no és l'única i qualsevol persona amb un mínim interès pot acostar-se fàcilment a tot el conjunt d'alternatives que es plantegen. És en aquest sentit que assenyallem l'existència no relacional dels practicants de reiki. A diferència de les dones de la Cabília, aquests no necessiten l'hegemonia per definir-se i per autoaprehendre's. Segons Becker i Arnold, aquest fet és possible gràcies a l'heterogeneïtat de la nostra societat (1986: 44). Com que l'estigma no deixa de ser una construcció sociocultural, en societats

amb molta diversitat aquest no té perquè ser compartit per tothom, fet que pot portar a la creació d'espais comuns de pensament i acció separats de l'hegemonia (Becker i Arnold, 1986:45).

No obstant això, en el cas estudiat la separació mai és total. Les estructures mentals dels practicants, tot i que modificades a partir de la seva adhesió a altres *formes d'atenció*, no reneguen de bona part de la seva socialització anterior, en aquest cas en referència al saber biomèdic. Per contra, a nivell dels practicants el que es produeix és una articulació dels diferents sabers, utilitzant les conseqüents *formes d'atenció* sovint combinades. A nivell de la conceptualització del cos, per exemple, els practicants el divideixen en cinc. El primer és el cos físic, el qual es correspondria amb tot el coneixement biomèdic après. La resta són els cossos subtils –etèric, emocional, mental i espiritual–. Aquests cossos estan compostos per energia i cada un d'ells té una vibració, que és el que conforma l'aura de la persona. L'energia és, segons els practicants de reiki, invisible i intangible. No la pots veure ni tocar, no és sòlida ni líquida. Però la pots sentir, es pot percebre, de manera similar al fet que no podem tocar un gas però sí que el podem notar en forma de calor. L'energia es mou i si saps com fer-ho pots percebre-la en forma de vibració⁸.

El reconeixement de la validesa de l'explicació biomèdica entorn el cos físic és un element fonamental per entendre els processos de violència simbòlica i la conseqüent posició subordinada que els practicants ocupen en relació al tractament de la malaltia i el dolor. En aquest sentit, els practicants reconeixen la causalitat natural, és a dir, l'empírica. Aquesta explicaria dolències tan diverses com una cremada originada pel contacte amb el foc o l'aparició d'un càncer com a conseqüència del mal funcionament de la divisió cel·lular.

No obstant això, existeix una altra causalitat que es suma a la natural: el bloqueig energètic. Reprenent la concepció del cos explicada anteriorment, segons els practicants l'equilibri energètic és fonamental per aconseguir un estat de salut, fet que significa que tots els cossos han d'estar en equilibri en si mateixos i entre ells. Malgrat tot, els desequilibris o bloquejos són constants i generalment

⁸ Per a més informació, consultar STEIN, D. (1995) *Reiki esencial*. Barcelona: Ediciones Robinbook.

ocasionats per experiències més o menys desagradables que poden tenir orígens tan diversos com *“una trepitjada a l'autobús o una baralla amb la teva parella”*. Mitjançant la teràpia, els practicants el que intenten és desfer els bloquejos i equilibrar l'energia, assumint que un cos equilibrat és un cos sa. Molt sovint, però, és difícil evitar que les experiències desagradables es manifestin en el cos físic. I en aquest punt és en el qual tenen sentit frases com la que em deia la Irene: *“nosaltres no som metges, nosaltres som terapeutes i ajudem a la persona. Però els metges són els que saben de la malaltia i jo no em ficaré mai amb això”*.

Observem, per tant, com dins del context hospitalari, en el qual el patiment ja ha pres en part forma orgànica, els practicants assumeixen l'autoritat del metge i la seva posició subordinada. En aquest sentit, en la mateixa formació que s'imparteix als voluntaris abans de començar a fer el voluntariat se'ls adverteix que *“dins de l'hospital els metges són els que manen, no és nostre l'hospital. Nosaltres hi som com a una visita. Si entren ells sortiu de l'habitació, encara que la teràpia estigui a mig fer. Quan acabin ells tornem a entrar nosaltres i no passa res”* (Irene). De manera similar, la Isabel s'autodescrivia amb la resta dels voluntaris i amb un toc d'humor com a *“garrapatas o moscas cojoneras”*.

Així doncs, la posició subordinada que ocupen els voluntaris de reiki dins de l'hospital no es deu només al fet que la societat reconegui legalment l'autoritat dels metges i metgesses sinó al fet que els propis practicants reconeguin el coneixement superior dels metges en relació al cos físic i als seus processos, actuant en conseqüència. A partir d'aquí, l'objectiu dels practicants és ajudar a la persona intentant equilibrar-la tant a nivell físic com mental, emocional i espiritual.

Un discurs mèdic: la paradoxa del dolor

En l'apartat anterior hem observat certes característiques que contribueixen a fer possibles els processos de violència simbòlica i l'acceptació de l'autoritat mèdica per part dels voluntaris. Per altra banda, què en pensen els metges? A continuació exposaré un tipus de discurs elaborat a partir de la informació

proporcionada per entrevistes realitzades a diversos estudiants de medicina. Evidentment, no pretenc fer extensiu aquest discurs a la totalitat de la comunitat mèdica, però sí assenyalar que existeix i que té una considerable representativitat. Per començar, el primer aspecte pel que cal interrogar-se és: aconseguen els voluntaris, mitjançant els diversos *processos de desmarcació i d'invisibilització*, evitar l'estigma? Segons els arguments del discurs que observarem a continuació, la resposta és alhora afirmativa i negativa.

En preguntar-los per les idees i pràctiques referents al reiki, els tres estudiants de medicina entrevistats deixaren molt clar que ells no hi *creien* perquè “no havia estat demostrat amb el mètode científic”, tal i com assenyalen diversos articles del National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)⁹. Tal i com els propis estudiants assenyalaven, “la medicina és veritat perquè ha estat demostrada, pot ser objectivada”. Per contra, “el reiki no”. I com que no ha estat demostrat, fins el dia en què ho estigui no serà més que una creença. I la biomedicina, en teoria, no pot basar-se en creences sinó en la científicitat, la qual s'utilitza, tal i com ja hem comentat, per situar-la en una posició superior a la resta de *formes d'atenció*, sovint estigmatitzant-les.

Per altra banda, una creença¹⁰ no tindria per què ser tractada com a falsetat, ja que de fet el que implica el concepte de creença és que no ha estat demostrat, ni per bo ni per mal. Malgrat tot, en el discurs analitzat els tres estudiants assimilaven efectivament les premisses i les pràctiques del reiki amb la falsetat, relacionant-les com a conseqüència amb els atributs de la bogeria i l'estafa. Per què aleshores, si ells mateixos l'estigmatitzen, són partidaris de la realització del voluntariat de reiki als hospitals en qüestió? La resposta es troba íntimament lligada amb la següent cita de David Le Breton: “no hay dolor sin sufrimiento, es decir, sin significado afectivo que traduzca el desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del individuo” (1999: 12). La Rosa, l'Albert i la Sílvia –els tres estudiants de medicina– definien el dolor com a fenomen fisiològic i el distingien

⁹ Veure, per exemple, “Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial” d'Assefi, Bogart i Goldberg (2008).

¹⁰ Per ampliar la informació sobre les consideracions de les creences veure Salazar, (2009: 13- 16).

dels conceptes de “pena” i “tristesa”. *“És que a nosaltres ens han ensenyat a separar”,* em deien. D’aquesta manera, *“la pena pot causar depressió, la qual pot anar acompanyada de dolor físic”*. En conseqüència, la biomedicina, segons ells, tracta les malalties i els dolors aguts i crònics a partir del tractament del cos físic.

Malgrat tot, són perfectament conscients que el dolor és molt subjectiu i que pot percebre’s més o menys intensament en funció de les coordenades personals de la persona que pateix. *“Clar, imagina’t una persona que té càncer i no es pot moure en tot el dia del llit i està tot el dia pensant en el seu dolor. Per força ho ha de passar pitjor”,* comentava la Sílvia. Alhora, són testimonis directes de casos en els quals el dolor ha desaparegut d’un dia per l’altre com a resultat de l’aplicació d’un placebo. Per altra banda, també són observadors de casos en els quals el dolor no desapareix i no saben com tractar-lo, com en el de la fibromiàlgia. I d’altres en els quals el dolor és inevitable i la mort imminent. I, finalment, els tres coincidien en que *“el més important és que el pacient estigui bé, que estigui content”*.

Observem doncs com, tot i la separació entre dolor i pena, existeix un reconeixement de la seva articulació i la potencialitat de la segona per augmentar el primer. En aquest sentit la Rosa deia: *“no ens ho expliquen gaire perquè no hi ha una evidència científica, però tu te n’adones. I si el pacient està més content fent reiki, doncs que faci reiki tu! Que faci el que vulgui, allò important és que estigui bé”*. Seguint aquesta mateixa línia, el reiki és conceptualitzat per aquest discurs bàsicament com a efecte placebo. L’argumentació es basa en que, tot i que no es pugui demostrar científicament el per què, el fet de pensar que estàs fent alguna cosa per curar-te et pot aportar tranquil·litat, disminuint el teu dolor o fins i tot curant-te. Des d’una perspectiva antropològica diríem que l’atorgament de sentit al dolor el torna més comprensible i com a conseqüència més acceptable i més fàcil de manejar (Le Breton, 1999: 80-81).

La biomedicina no pot actuar sobre aquesta dimensió del dolor si fa cas de les seves bases científiques, fet pel qual el deriva als practicants de reiki. Malgrat tot, tal i com ja hem assenyalat, el discurs biomèdic presentat conceptualitza el reiki com a efecte placebo i en conseqüència no es considera que la teràpia tingui valor

en si mateixa, sinó que una altra podria acomplir la mateixa funció. *“Nosaltres creiem que el reiki és mentida, que només actua com a placebo. Però clar tampoc es pot anar dient perquè llavors et carregues el placebo”*.

L'atribut de la bogeria perviu, tot i que el de la bruixeria i l'estafa són mitigats com a conseqüència dels processos de desmarcació i d'invisibilització explicats anteriorment. *“Clar, que sigui gratis facilita molt les coses. Jo no entendria que es gastessin recursos de l'hospital en algu que no se sap si és científic”*. A més a més, l'Albert assenyalava que com a conseqüència de la seva estranyesa:

“és millor que no sigui completament visible. Sinó perdríem credibilitat, què pensaran els altres pacients? Clar, jo entenc que a un tio que s'està morint o que pateixi molt li pugui anar molt bé, però si jo entrés a un hospital a curar-me una cremada i veiés tot de persones fent el paripé... doncs davant meu l'hospital perdria credibilitat. No me'l prenia en serio, vaja”.

Per tant, veiem com tot i que l'estigma pervisqui, el voluntariat de reiki es veu com a necessari per un cert tipus de discurs mèdic segons el qual existiria una divisió entre cos/ànima, científicitat/no científicitat i tractament biomèdic/tractament de reiki. Tal i com assenyala Le Breton, la dimensió subjectiva i simbòlica del dolor pot causar símptomes sense trastorns corporals i pot alimentar o disminuir el dolor tant de l'ànima com del cos. De la mateixa manera, un dolor de l'ànima pot originar un trastorn fisiològic (1999: 51-52). El dolor afecta la persona en la seva totalitat i no només orgànicament; no és un fet exclusivament fisiològic sinó existencial (Le Breton, 1999: 77). Tal i com hem observat, els tres estudiants de medicina ho intuïen perfectament, fet pel qual defensaven l'ús de teràpies que intentessin tractar el dolor en la seva totalitat, entre elles la realitzada pels practicants de reiki.

Conclusions

Gràcies a la informació presentada en l'apartat anterior, hem observat com el fet d'articular les diferents formes d'atenció esdevé important per al benestar dels que pateixen, ja que aquestes no s'interessen pel mateix cos ni pel mateix dolor (Le Breton, 1999: 66-67). Malgrat tot, també hem pogut observar que ens trobem lluny de tenir un sistema mèdic integrat, el qual s'entén com a l'articulació en igualtat de condicions entre dues o més formes d'atenció (Duarte, 2003: 638).

L'estigmatització del reiki per part de la cultura hegemònica troba el seu paral·lel dins del model mèdic hegemònic i els processos de violència simbòlica porten els practicants a acceptar la seva posició subordinada dins la societat i específicament en relació a la biomedicina, elaborant tot un conjunt de discursos per justificar-ho i alhora estratègies més o menys complexes per intentar eliminar o suavitzar l'estigma. Malgrat tot, la concepció de la forma d'atenció del reiki com a placebo per part de la biomedicina, basada en la falta d'evidències científiques que en demostrin la seva existència i eficàcia, fa impossible la desaparició de l'estigma dins de l'àmbit hospitalari. Tal i com ja hem dit, la forma d'atenció del reiki es considera eficaç, útil i necessària. No obstant això, en categoritzar-la de placebo perd la seva originalitat. És útil com a placebo, per tant pot ser substituïda per qualsevol altre placebo. Sota aquest supòsit, per tant, és pràcticament impossible eliminar l'estigma i poder aconseguir una articulació en igualtat de condicions dins del marc de la cultura hegemònica.

Bibliografia

- AINLAY, S. C.; BECKER, G.; COLEMAN, L. M. (1986) "Stigma reconsidered", a AINLAY, S. C.; BECKER, G.; COLEMAN, L. M. (Ed.) (1986) *The Dilemma of Difference. A Multidisciplinary View of Stigma*. New York: Plenum Press.
- ASSEFI, N.; BOGART, A.; GOLDBERG, J. (et al.) (2008) "Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial". *Journal of Alternative and*

Complementary Medicine. 2008;14(9):1115-1122. URL permanent:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116531/>

BARTOLOMÉ, M. A. (2003) "En defensa de la etnografía. El papel contemporáneo de la investigación intercultural", *Revista de Antropología Social*, 12: 199:222.

BECKER, G.; ARNOLD, R. (1986) "Stigma as a Social and Cultural Construct", a
AINLAY, S. C.; BECKER, G.; COLEMAN, L. M. (Ed.) (1986) *The Dilemma of
Difference. A Multidisciplinary View of Stigma*. New York: Plenum Press.

BOURDIEU, P. (2000) "La violencia simbólica" a *La dominación masculina*.
Barcelona: Anagrama.

DUARTE, M. B. (2003) "Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible la
complementariedad? Reflexiones conceptuales", *Cadernos de Saúde Pública*,
19(2): 635-643.

GOFFMAN, E. (1989 [1963]) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires:
Ammorortu Editores.

HARO, J.A. (2000) "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la
salud", a Perdiguer, E.; Comelles, J.M. (eds.) (2000) *Medicina y cultura.
Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ed. Bellaterra, pp.
101-161.

LE BRETON, D. (1999) *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.

LE BRETON, D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva
Visión.

MENÉNDEZ, E. (1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?",
Alteridades, 4 (7): 71-83.

MENÉNDEZ, E. L. (2005) "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de
los saberes médicos". *Revista de Antropología Social*. México: CIESAS. SPAM.

PRAT, J. (1997) *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas
religiosas*. Barcelona: Ariel, Antropología.

SALAZAR, C. (2009) *Antropologia de les creences. Religió, simbolisme, irracionalitat.*

Barcelona: Fragmenta Editorial.

STEIN, D. (1995) *Reiki esencial.* Barcelona: Ediciones Robinbook.

STEIN, D. (2008) *La práctica del reiki esencial.* Barcelona: Ediciones Robinbook.