

«Demos e bruxas»: el modelo de articulación de Haraway aplicado al entendimiento de la medicina popular gallega

Ana Leirós VilasDepartamento de Sociología 'Teoría y Metodología' de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)  

Enviado: 21/05/2025 • Aceptado: 18/09/2025

<https://dx.doi.org/10.5209/ilur.96126>

Resumen: El estudio se basa en el modelo de articulación de Haraway para examinar la medicina popular en Galicia, que propone una visión situada y rechaza la separación entre lo natural y lo social. Según Haraway, a través de elementos humanos y no humanos se construyen narrativas que otorgan sentido a los eventos en la vida de los individuos dentro de una red de significados. Partiendo de esta perspectiva, la investigación tiene tres objetivos: analizar qué se entiende por enfermedad y sus causas, estudiar la figura del curador/a y la adquisición de su conocimiento, y explorar la experiencia del paciente. Para dar cuenta de la situación, se realizaron un par de entrevistas en profundidad a perfiles concretos, seleccionados por su conocimiento y experiencia en la medicina popular gallega. Aunque el estudio parte de una base teórica conceptual y metodológica, su propósito no se limita a revisar literatura existente, sino que busca generar nuevo conocimiento y plantear un posicionamiento teórico sobre la cuestión. Los hallazgos revelan una reformulación de los roles tradicionales médico-paciente hacia relaciones más democráticas, donde el carácter comunitario y familiar ocupa un papel central. El conocimiento se construye «por la gente y para la gente», validando y legitimando preocupaciones mediante una lógica compartida por todas las partes implicadas, en contraste con las lógicas y tiempos de la medicina convencional. Este enfoque permite comprender cómo se organizan prácticas, saberes y significados en la medicina popular gallega desde una perspectiva situada, encarnada y relacional.

Palabras clave: Conocimientos situados; Rural; Galicia; Profano; Vida cotidiana.

EN «Demons and Witches»: Haraway's Articulation Model Applied to the Understanding of Galician Popular Medicine

Abstract: The study is based on Haraway's articulation model to examine popular medicine in Galicia, which proposes a situated perspective and rejects the separation between the natural and the social. According to Haraway, through both human and non-human elements, narratives are constructed that give meaning to events in the lives of individuals within a network of significances. From this perspective, the research has three objectives: to analyze what is understood as illness and its causes, to study the figure of the healer and the acquisition of their knowledge, and to explore the patient's experience. To address the situation, a couple of in-depth interviews were conducted with selected profiles, chosen for their knowledge and experience in Galician popular medicine. Although the study is grounded in a conceptual and methodological theoretical framework, its purpose is not limited to reviewing existing literature but aims to generate new knowledge and propose a theoretical stance on the subject. The findings reveal a reformulation of traditional doctor-patient roles toward more democratic relationships, where community and family play a central role. Knowledge is constructed «by the people and for the people», validating and legitimizing concerns through a logic shared by all involved, in contrast with conventional medical logics and timelines. This approach allows for understanding how practices, knowledge, and meanings are organized in Galician popular medicine from a situated, embodied, and relational perspective.

Keywords: Situated knowledge; Rural; Galicia; Lay knowledge; Everyday life.

Sumario: 1. Introducción. 2. Anclaje teórico. 2.1. Del positivismo biomédico a la óptica cultural. 2.2. Enfermedad y medicina popular en Galicia. 2.3. Remedios: Dios, brujas y cuerpos abiertos. 3. Metodología. 4. Aterrizaje en el campo: notas para una aproximación para la aplicación del Modelo del articulación de Haraway. 4.1. Síntomas, afecciones y tratamiento. 4.2. Capacidades curativas y cuerpos abiertos. 4.3. Asistentes: motivos

y experiencias. 5. Un cambio de paradigma: de la representación a la articulación. 5.1. Enfermedades como «naturaleza social». 5.2. Curadoras, sanadoras y espiritistas como sujeto de conocimiento. 5.3. Enfermos encarnados y situados. 6. Conclusiones. 7. Bibliografía.

Cómo citar: Leirós Vilas, Ana (2025): “«Demos e bruxas»: el modelo de articulación de Haraway aplicado al entendimiento de la medicina popular gallega”, *Ilu. Revista de Ciencias de las Religiones*, 30, e-96126. <https://dx.doi.org/10.5209/ilur.96126>.

1. Introducción

A meu pai e a miña nai

Debido a las particularidades que conforman el tejido cultural y social gallego, el realismo etnográfico refleja conceptos cognitivos y narrativos relevantes, los cuales presentan la capacidad de vehicular una narración conjunta de saberes y experiencias (Lisón Tolosana, 2014), sustentadas bajo las particularidades relacionales y de interacción cotidiana que los individuos presentan a lo largo de su vida. Bajo una lógica que combina lo pagano y lo cristiano, se articula un conjunto de creencias y supersticiones que rigen la vida cotidiana de los individuos, cuyas consecuencias presentan relevancia performativa real en su día a día.

La práctica de la medicina popular se desarrolla, en general, en espacios rurales, lo que constituye un aspecto central de la cuestión. La vida rural es pública y está atravesada por múltiples interconexiones e interrelaciones con el conjunto vecinal; de ahí surgen hostilidades y tensiones que se materializan en el denominado «mal de ojo». Los celos y las rivalidades configuran un marco fundamental de la interacción, en el que la «envidiao» ocupa un lugar central, regida por reglas específicas y contextuales.

Estas preocupaciones se expresan mediante diversas personificaciones como fuentes de la enfermedad (brujas, *meigas*¹ o muertos), cuyo modo de actuación se manifiesta a través del mal de ojo, los conjuros y los hechizos. De este modo, las supersticiones se constituyen como un elemento rector de la vida cotidiana.

Este conjunto de prácticas y saberes conforma un discurso paralelo al médico, que bajo otros parámetros reconceptualiza qué es la enfermedad, cuáles son sus causas y cómo se definen tanto los pacientes como sus síntomas. En este sentido, resulta pertinente introducir los planteamientos de Haraway para analizar esta casuística, ya que permiten dotar de sentido a los sucesos cotidianos desde un marco de comprensión basado en el conocimiento situado.

Partiendo de esta óptica, los objetivos del trabajo son los siguientes. El primero se centra en comprender qué se entiende por enfermedad dentro de esta cosmovisión particular: cómo se manifiestan los síntomas, cómo se reconoce la enfermedad, cuáles son sus posibles causas y qué fuentes de curación se contemplan.

El segundo objetivo aborda la figura del sanador o sanadora, con el propósito de analizar cómo se construye ese rol, qué conocimientos posee, de dónde provienen, qué tipo de dones se le atribuyen y por qué decidió comenzar a ejercer esta actividad.

Finalmente, el tercer objetivo se enfoca en la figura del paciente, desde una perspectiva situada que busca comprender cómo interviene la enfermedad en su vida cotidiana, qué lo llevó a acudir a estos lugares y qué lo motivó a reconocerlos como espacios de curación tan válidos como los centros de salud convencionales.

2. Anclaje teórico

2.1. Del positivismo biomédico a la óptica cultural

Tradicionalmente, la enfermedad desde el modelo biomédico se define según parámetros que remiten a las diferentes formas en las que las personas responden a los síntomas de su organismo. Los malestares producidos por diversas cuestiones biológicas que modifican el correcto funcionamiento del organismo a nivel interno (Cockerham, 1992). Asociado a esto se construye un conjunto de conocimientos y roles específicos, en los que principalmente destacan tres: el médicos, como sujeto activo; el enfermo como sujeto pasivo y la enfermedad como objeto de estudio. Esta construcción relacional y epistémica responde a una diferencia de poder y de capacidad de agencia entre médico-paciente, donde el médico ostenta los conocimientos y la «capacidad de hablar por» (Haraway, 1995), mientras que el paciente es un sujeto pasivo, cuyo rol es el de acatar los mandatos del médico (Cockerham, 1992). Por último, la enfermedad es reclamada por la práctica médica como única disciplina con capacidad de estudiarla, definirla o curarla (Freidson, 1970), lo que lleva a que se institucionalice dentro de los parámetros de la biomedicina y de su compendio de saberes.

Alejada de los parámetros positivistas, existen otros acercamientos desde posicionamientos más culturales, como pueden ser las visiones antropológicas o sociológicas de la cuestión (Cornejo et al, 2019). Estas visiones no solo buscan entender «qué es la enfermedad», sino qué supone ser el sujeto que la cura, el sujeto que la padece y qué significa la enfermedad dentro de la comunidad en la que se manifiesta. Presentando atención al aporte cultural, una de las principales manifestaciones es la medicina popular, esta entendida como un sistema cultural integral, que combina prácticas terapéuticas empíricas, simbólicas y religiosas, formando parte de la cosmovisión tradicional del mundo (Lisón Tolosana, 2004).

¹ Extremo opuesto a las sabias. Su poder emana mismamente del demonio y su trasmisión es de generación en generación (Lisón Tolosana, 2004).

2.2. Enfermedad y medicina popular en Galicia

El paso de una espiritualidad tradicional, centrada en el valor del sufrimiento, hacia una espiritualidad orientada a prácticas de cuidado y sanación constituye una de las transformaciones más significativas de la cultura religiosa contemporánea (Cornejo-Valle et al, 2019). En este marco de cambio, resulta especialmente relevante analizar la medicina popular gallega, un sistema de saberes y rituales que integra dimensiones empíricas, simbólicas y espirituales en la búsqueda de la salud.

En el marco de la medicina popular gallega, la concepción de la enfermedad presenta una doble clasificación: por un lado, se encuentran las enfermedades o males del cuerpo, y por otro, las enfermedades o males del alma (Lisón Tolosana, 2004). Cada una de ellas posee características concretas y, en consecuencia, encuentra remedio en lugares y actores distintos. En el caso de las enfermedades corporales, estas son atendidas por los médicos, quienes son reconocidos como los responsables de definir y tratar los trastornos de la salud (Cockerham, 1992). Desde la perspectiva biomédica, la enfermedad se concibe como «una desviación de un estándar de normalidad establecido por el sentido común y la experiencia diaria» (Cockerham, 1992:150), es decir, como la presencia de síntomas y la incapacidad de mantener la funcionalidad, producida por una alteración en el organismo. Frente a ello, los males del alma responden a una lógica distinta: constituyen experiencias fundantes, dotadas de un vocabulario local que explica sus causas, manipuladas en su aplicación por múltiples actores, en su mayoría mujeres, que recurren a fórmulas mágicas, retóricas rituales y saberes empíricos, en un proceso que configura toda una poesía cultural (Lisón Tolosana, 2014).

Dentro de esta diferenciación más biomédica, a nivel social y cultural, en el seno de la cosmovisión gallega, la diferencia también se demarca semánticamente. Es decir, mientras que se le denominan enfermedades a los problemas biomédicos, cuando se quiere hacer referencia específica a las enfermedades del alma, se le denominan dolencias (Quintía Pereira, 2023). Las dolencias son entendidas como a la experiencia subjetiva y culturalmente modelada del sufrimiento. Normalmente, la medicina popular suele centrar su atención en las dolencias, pero en algunos casos puede llegar a atender enfermedades (Quintía Pereira, 2023) en especial las relativas a la salud mental. En cada caso las dinámicas de curación son procesos diferenciados, por ello dentro del imaginario gallego existe la divisoria que cree que algunas dolencias son «de médico», y otras, en cambio, corresponden al ámbito de los curanderos (Quintía Pereira, 2023).

La dolencia entra dentro de una categoría cuyo origen es muy concreto, siendo este la acción de un demonio o de la brujería que penetra en el cuerpo y lo impurifica. Dentro del sistema de clasificación, en función del origen del contagio, tienen diversas denominaciones (Mariño Ferro, 1985). De tal forma, si el mal se introduce a través de un alimento, se habla del mal de bocado; si lo hace mediante el contacto físico, del mal de contacto; si penetra a través del aliento, del mal de aire; y si lo hace a través de la mirada, se denomina mal de ojo (Mariño Ferro, 1985). Los síntomas son muy diversos y en su mayoría, estas dolencias tienen un carácter profundamente psicológico, lo que exige de las personificaciones que curan un profundo conocimiento de la psicología de las personas y de la realidad social en la que habitan (Mariño Ferro, 1985).

El universo de sentido que reviste a estas prácticas se nutre la relación entre la magia y la religión. La cosmovisión holística del mundo articula la cosmovisión con un conjunto de rituales destinados a gestionar las amenazas y a establecer canales de comunicación con fuerzas sobrenaturales, ya sean benéficas o malignas. De tal forma, la visión de la percepción del bien y del mal, y por tanto de la salud y la enfermedad, se encuentra condicionada por creencias religiosas (Quintía Pereira, 2023). Las cuales se manifiestan en la fe en los poderes sobrenaturales de santos, vírgenes, Cristo, Dios o las ánimas de los antepasados, así como en la centralidad de los santuarios, los ritos de promesa y exvoto y la eficacia simbólica de la palabra ritualizada (oración, bendición y ensalmo) como medios de protección y sanación (Quintía Pereira, 2023).

La interrelación entre magia y religión se encuentra intensamente unida, a pesar de ellos, se puede tratar de marcar una divisoria a nivel práctico analítico. Mientras que la magia se centra en la manipulación de medios sobrenaturales con fines prácticos y concretos, como la curación de una dolencia, la religión aboga por el sometimiento al poder divino en busca de su favor (Quintía Pereira, 2023). En el caso gallego, la realidad inmediata que se percibe es la de un sistema engarzado, donde la curación y la protección no pueden entenderse sin la conjunción de lo mágico y lo religioso (Quintía Pereira, 2023).

Lis Quiben (1949) reconoce la riqueza interpretativa de las dolencias. Como principales dolencias se encuentran: el mal de ojo y la envidia, a estos se suman los denominados males de aire, atribuidos a la influencia de animales, objetos, lugares o incluso personas, así como los casos de posesión espiritual, donde los agentes pueden ser tanto benéficos como dañinos, y otras intervenciones sobrenaturales vinculadas a la acción de santos, cuerpos abiertos o prácticas espiritistas. Dentro de este marco también se engloban afecciones más reconocibles desde la perspectiva biomédica, como las enfermedades infantiles (lombrices, anemia, orzuelos, paperas, sarampión), los problemas respiratorios, las complicaciones en torno al embarazo y el parto, las infecciones leves, los dolores corporales de distinta naturaleza o las enfermedades cutáneas.

Esta clasificación permite reconocer una de las funciones centrales de la medicina popular: la de conceptualizar la enfermedad (en este caso, la dolencia) como un fenómeno eminentemente social. Se trata de un conjunto de malestares cuyo origen se encuentra en la cultura y en la propia dinámica de las relaciones sociales, de modo que solo pueden comprenderse plenamente en la sociedad en la que surgen, pues responden a sus preocupaciones y a su entramado simbólico y comunitario (Mariño Ferro, 1985). Esta perspectiva las diferencia de las enfermedades físicas, cuyo origen orgánico les otorga un carácter universal, y también de las enfermedades mentales que, aunque más difíciles de diagnosticar y tratar, poseen igualmente un potencial universalizador (Mariño Ferro, 1985). En contraste, las dolencias, al ser fenómenos de carácter social, se producen y reproducen únicamente dentro de un contexto cultural específico, que

les otorga forma y sentido. En un sentido amplio, la medicina popular actúa como un mecanismo de control comunitario y de refuerzo de los lazos sociales, funcionando tanto como vía de expresión de los malestares individuales como de los temores colectivos. Al mismo tiempo, constituye una estrategia para aliviar el sufrimiento en comunidades donde el acceso a la medicina convencional resulta limitado (Mariño Ferro, 1985). Mientras que en los entornos urbanos las personas con problemas psicológicos suelen acudir a especialistas en salud mental, en los espacios rurales o periféricos persiste la tendencia a buscar apoyo en curanderos, santuarios o prácticas espirituales (Mariño Ferro, 1985). Esta vía es especialmente significativa en el caso de las mujeres, cuya relación con el sistema biomédico tradicionalmente ha sido compleja y, en ocasiones, problemática.

2.3. Remedios: Dios, brujas y cuerpos abiertos

El proceso de curación se puede entender desde el momento en el que se decide buscar ayuda, para poner remedio a los malestares que la atormentan, hasta el punto en el que se ejecuta el ritual para administrar el remedio (Mariño Ferro, 1985). Como la enfermedad tiene un origen maligno, la curación se entiende como la expulsión de esa fuerza extraña con la mediación de Dios, la Virgen y los santos (Bienes, 2016). En este sentido, toda curación se configura esencialmente como un exorcismo en el que el curandero despliega ensalmos, conjuros y defensas simbólicas para restablecer el equilibrio roto (Mariño Ferro, 1985). La restauración del equilibrio es una de las mayores preocupaciones dentro de esta comunidad y la medicina popular es el gran remedio a esta preocupación.

Este proceso no se limita a un simple acto de sanación individual, sino que se enmarca en ceremonias cargadas de sentido colectivo, realizadas «en lugares sagrados o cargados de misteriosa potencia» (Lisón Tolosana, 2004:107). Como señala Tolosana «un elemento transformador de la realidad con palabras, gestos, sonidos, acciones y objetos formales relacionados en especulación final audaz, con la pretensión de conseguir algo en modo no discursivo» (Lisón Tolosana, 2014, 209). En ellos se proyectan las preocupaciones de los individuos y de la comunidad, y su eficacia radica en la posibilidad de establecer un puente entre lo humano y lo divino, un espacio intermedio donde lo insoluble encuentra respuesta simbólica. Derivada de esta fundamentación religiosa, la eficacia de estos remedios se encuentra muy arraigada en la fe de los sujetos. La fe se entiende como un poder curativo, mediante el cual se expresa Dios, intercediendo en la dolencia y poniendo remedio. Por tanto, la fe se convierte en un sostén fundamental, un recurso espiritual capaz de movilizar las energías necesarias para superar los conflictos vitales que suelen estar en la base del malestar (Mariño Ferro, 1985).

Por último, mencionar que los rituales de curación se encuentran apoyados en diversos elementos materiales, desde elementos sagrados, antídotos contra el mal o armas hechas por el hombre (Mariño Ferro, 1985). Estos pueden clasificarse en tres grandes grupos: elementos sagrados (agua bendita, crucifijo, escapularios, medallas, rosarios, ara, incienso), elementos profanos (herraduras, navajas, camisas, pantalones, varas, clavos, ganchos, cardo) y elementos de doble adscripción (ajos, cuernos, figas, cuchillo) (Lisón Tolosana, 2004). En cuanto a los rituales terapéuticos, estos adoptan diversas formas, que van desde invocaciones sacramentales a santos y vírgenes, hasta la utilización de espacios sagrados, imágenes o peregrinajes (Lisón Tolosana, 2014).

Como señalan Buxó et al, dentro de estas prácticas es frecuente acudir a los santuarios, concebidos como «lugares santos, en los que el hombre se encuentra con lo luminoso, lo sobrenatural, la divinidad» (1989:269). Dichos espacios se interpretan religiosamente a través de la fe, que se proyecta hacia la vida cotidiana, dotando a los santuarios de características sobrenaturales. La búsqueda de remedios en estos lugares suele combinar dimensiones corporales y espirituales, atribuida a la función protectora de los santos. De este modo, se establecen vínculos profundos entre lo humano y lo sagrado, sustentados en la fe. En esta ritualidad, lo real se entrelaza con lo sobrenatural con el objetivo de restaurar el orden cósmico y alcanzar el equilibrio del universo, configurando una recomposición periódica del mismo frente a los posibles desajustes que puedan surgir (Lisón Tolosana, 2004).

La medicina popular gallega presenta diversas personificaciones que encarnan el rol de especialistas en dolencias, cuyo trabajo es diagnosticar, prevenir y aplicar el remedio para su curación. Entre ellos se encuentran curanderos, *menciñeiros*, *meigas*, *sabias*, *brujas*, *pastequeiros*, *compoñedores*, ensalmadores, sacerdotes y, en algunos casos, incluso entidades divinas como los santos o la Virgen (Quintía Pereira, 2023). Cada una de estas personificaciones se encarga de desempeñar un rol específico, conformando un entramado social y de conocimiento popular dentro de la comunidad. Un saber popular dentro del contexto de la medicina que combina lo médico, religioso y mágico.

Como explica Tolosana (2004), las personas con capacidad de curar son diversas, aunque destacan dos figuras principales: la sabia y la bruja. Ambas se enmarcan en contextos rurales y comparten numerosos elementos comunes. La sabia se define, ante todo, por su amplio repertorio de saberes. Atiende todo tipo de enfermedades, dolores o malestares diagnosticados como «no de médicos» (Lisón Tolosana, 2004), así como aquellos relacionados con prácticas como «quitar la sombra» o «cortar el aire». Sus recursos son variados: desde rituales basados en fuerzas místicas vinculadas a elementos como el agua y el fuego, hasta prácticas sacramentales como oraciones y plegarias. El resultado es una curación sustentada en palabras y gestos rituales.

La bruja, en cambio, aparece como una figura más ambigua y compleja. Al igual que las sabias se le atribuye un poder supraempírico semejante al de sacerdotes, santos o videntes, incluyendo la capacidad de adivinación. Su rol está ligado a la protección de la casa y la economía doméstica, además de la atención a enfermedades y problemas relacionados con la salud (Lisón Tolosana, 2004). Su actividad ritual combina

elementos profanos y religiosos (hierbas, emplastos, plegarias y sacramentos) en un marco donde lo místico es central. Según el autor, «la bruja utiliza tanto la enfermedad como los juicios hostiles de los vecinos para diagnosticar, curar y restaurar la armonía social quebrada» (Lisón Tolosana, 2004:67). Opera principalmente en su hogar, donde ritualiza los parámetros socioculturales compartidos. Su poder curativo se fundamenta en la ritualidad, en el uso de elementos sagrados y en la fuerza de las oraciones, don que proviene de lo divino o de su participación en lo sagrado (Lisón Tolosana, 2004). Lo notable es que, al curar a través del ritual, no se la asocia necesariamente con lo malévolos ni se la estigmatiza.

La diferencia entre bruja y sabia, sin embargo, resulta difusa. Ambas comparten conocimientos y prácticas, pero mientras la sabia se limita al ámbito de la salud, el orden y la vida, la bruja puede asumir una doble definición: no solo como sanadora, sino también como potencial fuente de mal, enfermedad, desorden o incluso muerte (Lisón Tolosana, 2004).

Junto a estas figuras, se menciona a los *corpos abertos* (Lisón Tolosana, 1990), personas frágiles y proclives a la posesión demoníaca, que en algunos casos también desarrollan capacidades curativas. Tradicionalmente estas prácticas eran ejercidas por curas, pero con el tiempo fueron desplazadas por estas mujeres, dando lugar a un nuevo paradigma de curación alternativa (Lisón Tolosana, 1990).

La relación entre la bruja y el poseso, a diferencia de la que establecen el cura o el médico, se basa en la cercanía cultural y simbólica. Al compartir creencias y estructuras sociales, bruja y paciente pueden comunicarse y comprenderse en un mismo marco de sentido (Lisón Tolosana, 2004). De este modo, la bruja se desmarca tanto del rígido rol religioso del cura como de la lógica científica del médico, mientras combina funciones rituales, religiosas y de escucha activa en un lenguaje compartido con el paciente (Lisón Tolosana, 2004).

Uno de los principales elementos que llevan a las personas a recurrir a la medicina popular es el miedo a ser considerados unos paletos o atrasados. El sentimiento de inferioridad y de incomprendimiento por parte del marco de la medicina biosanitaria es lo que lleva a intentar disfrazar sus verdaderos sentimientos, «la traducción a la mentalidad moderna se lleva a cabo de modo espontáneo a nivel subliminal sin que ellos tengan la más mínima conciencia del proceso» (Portasany, 2013:17). Así mismo, el proceso deshumanizante que puede llegar a ocurrir en las consultas, tratando a la persona enferma como un cuerpo averiado, no como un ser humano es otro de los principales motivos para buscar alternativa (Portasany, 2013). Mencionar que la compresión, la territorialización afectiva que se despliega entre sanador-paciente en la medicina popular permite un acercamiento diferentes (Portasany, 2013), la creación de un espacio seguro y la capacidad de entendimiento, al usar códigos de comunicación que ambas partes entienden.

2.4. El Modelo de Articulación de Haraway en una aplicación metodológica

La ciencia moderna se ha posicionado como la fuente legítima del conocimiento en contraposición a la teocracia y al poder religioso. Para ello, se ha servido de la construcción de una narrativa basada en una rigurosa metodología y en el empirismo científico, lo que da como resultado una narrativa fundamentada en el gran concepto de la ciencia moderna: «la objetividad». En consecuencia, la narrativa epistemológica que guía estas prácticas es la que aboga por el modelo representacional del conocimiento, cuyo objetivo es la descripción y la explicación de un objeto entendido como elemento pasivo y de corte natural, a través de un sujeto de conocimiento concreto y universal, al que se reconoce como activo (García Selgas, 2008). En este paradigma se establece una asimetría agencial entre sujeto y objeto que Haraway trata de romper con el modelo que ella propone.

En lugar de ver al científico o investigador como una figura libre de sesgos, externa al tema de la investigación y totalmente objetiva, se mantiene la configuración de los conocimientos situados y la objetividad parcial que propone Haraway (1995). Abandonando la idea del científico objetivo y universal, se aboga por una perspectiva que surge bajo la «promesa de la parcialidad», basada en vivencias únicas y que promueve la «política del posicionamiento». Esto implica situar el conocimiento de manera parcial y evitar la esencialización del «truco divino», es decir, la práctica derivada del punto de vista del ojo esencializador del hombre blanco. Haraway (1997) reconoce nuestra responsabilidad en las prácticas cognitivas, presentando al conocimiento situado como actor y agente.

La exposición de la autora gira en torno a cómo la objetividad es una ficción regulativa construida desde ideologías hegemónicas que validan y legitimizan un tipo de práctica y saber científico. Al aceptar la parcialidad de la ciencia y la situación de enunciación del sujeto, se amplía el parámetro de quién puede ser sujeto científico y de la legitimación de su conocimiento. En este caso concreto, la objetividad que se cuestiona y que Haraway (1995) rechaza es aquella mediada por la hegemonía patriarcal y masculinizada, que relega a una posición pasiva a todo sujeto que no encaje en la definición dominante de «científico». Contra la universalidad y la homogeneización que subyacen al concepto de objetividad clásica, Haraway propone un planteamiento relativista: «quiero luchar por una doctrina y una práctica de la objetividad que favorezca la contestación, la deconstrucción, la construcción apasionada, las conexiones entrelazadas y que trate de transformar los sistemas del conocimiento y las maneras de mirar» (Haraway, 1995:329).

La argumentación que defiende la autora se configura en contraposición al concepto de representación, en tanto que busca un modelo en el que no se eliminan los elementos contextuales, materiales y discursivos que rodean al representado, otorgándoles la capacidad de hablar por sí mismos. El modelo de articulación de Haraway se fundamenta en una perspectiva que aboga por una óptica situada y que niega la separación entre lo natural y lo social, como parte de un conjunto indivisible. Es decir, la conceptualización de la naturaleza como construcción entre ficción y hecho, a la cual se asocian componentes materiales y significativos (Haraway, 1999). Lo conformado como naturaleza se presenta como un entramado construido por elementos

humanos y no humanos, entendiendo estos últimos como cualquier producción hecha (o no) por el hombre, tales como máquinas o animales, que dejan de ocupar un rol de objeto pasivo (Haraway, 1999).

Haraway a través de diversos textos (Haraway, 1995, 1997, 1999), profundiza en una serie de conceptos que conforman un modelo que cuestiona el actual sistema científico-médico, la autora aboga por el giro postmaterialista y critica el modelo representacional imperante. Los pilares sobre los que se fundamenta este planteamiento son: difracción, artefactual, articulación, inscripción, relacionalidad y dialogismo.

El primer concepto del que habla la autora es el de difracción (Haraway, 1995, 1997). Este hace referencia a un modo de examinar los fenómenos que cuestiona lo dado y abre nuevas posibilidades para entender los hechos, enfatizando la atención a las diferencias y a los efectos de la interacción entre elementos. La difracción no plantea un «nuevo sujeto» de conocimiento, sino que propone una óptica situada, heterogénea y responsable, que reconoce que el conocimiento siempre está parcialmente ubicado y atravesado por relaciones de poder (Haraway, 1997).

El segundo concepto es el de artefactual (Haraway, 1997), entendido como la co-construcción de cultura y naturaleza: Haraway no busca una ruptura entre ambos, sino mostrar que los hechos y objetos son inseparables de las prácticas culturales, técnicas y discursivas que los producen. La realidad no se reduce a narrativa; es material y semióticamente construida, y los hechos existen, pero su comprensión y representación siempre dependen de los procesos de observación, inscripción y mediación (Haraway, 1997). Alejada de la idea de «descubrimiento» absoluto, lo que se defiende es que los objetos se constituyen en prácticas epistemológicas donde la materialidad y la abstracción científica se entrelazan (Haraway, 1997).

En relación con la cuestión de la no divisoria entre naturaleza y cultura, el término de articulación se refiere a la construcción de redes entre agentes humanos y no humanos, reconociendo la agencia de estos últimos, aunque de forma situada y asimétrica (Haraway, 1995). Este planteamiento propone una objetividad situada, donde la subjetividad no se elimina ni se neutraliza, sino que se reconoce y se hace responsable del conocimiento producido (Haraway, 1995). La articulación permite examinar las relaciones entre actantes y entender cómo se configuran las conexiones entre ellos, reconociendo la co-constitución de efectos materiales, discursivos y sociales.

Por su parte, la inscripción se entiende como el proceso mediante el cual los hechos y objetos son transformados en registros, textos o representaciones científicas (Haraway, 1997). No se trata de «dar voz» al objeto, sino de mostrar cómo su materialidad y sus efectos se traducen en signos, permitiendo su análisis y comprensión (Haraway, 1997). Este proceso evidencia la interacción constante entre los actantes humanos y no humanos y su papel en la producción de conocimiento, reforzando la idea de que la naturaleza y la cultura se co-construyen en contextos específicos.

Para hablar de cómo los sujetos se constituyen y se entienden a través de sus relaciones con otros seres, tanto humanos como no-humanos, Haraway propone la relacionalidad. Un concepto que rechaza el sujeto autónomos e independientes, proponiendo en su lugar una visión de sujetos interdependientes que emergen y se transforman en interacción constante con su entorno (Haraway, 1999).

Para finalizar, el último concepto que explora la autora, para completar su modelo es el de dialogismo. Recoge la idea de los posicionamientos semióticos, en concreto de Bajtín, el cual entiende que el diálogo es un proceso continuo y dinámico, donde las múltiples voces coexisten y se influyen mutuamente. Haraway aboga por una epistemología que valore la multiplicidad de voces y experiencias, reconociendo la importancia de las narrativas diversas en la construcción del conocimiento (Haraway, 1999).

3. Metodología

Se ha optado por una metodología cualitativa con un fuerte componente teórico-analítico, orientada a repensar la medicina popular gallega desde el marco conceptual de Haraway. El Modelo de Articulación constituye la herramienta central a través de la cual se analizan las nociones de enfermedad, las figuras del paciente y del sanador/a, así como las prácticas y narrativas que las sostienen. Una vez definidos los conceptos clave del modelo, estos se aplican al análisis de los distintos ejes de estudio, lo que permite comprender la medicina popular desde una mirada situada, encarnada y posthumanista (véase Tabla 1).

El análisis se organiza en tres bloques principales: primero, el concepto de enfermedad en el marco cultural gallego, sus causas y remedios; segundo, la figura del sanador/a, con especial atención a su legitimación, los dones que lo configuran y el origen de su conocimiento; y tercero, la figura del paciente, abordando cómo las dolencias impactan en la vida cotidiana y qué motiva la búsqueda de estos marcos alternativos de sentido.

Para la obtención de información, se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a personas con un conocimiento profundo de la medicina popular, ya fuera por su asistencia continuada a estos espacios o por su interés particular. Dichos perfiles se presentan más abajo (véase Tabla 2), bajo nombres ficticios para mantener el anonimato. Las entrevistas no se concibieron únicamente como fuente descriptiva, sino como un instrumento para situar las concepciones de enfermedad, las prácticas rituales y las experiencias de los pacientes en diálogo con el modelo teórico de Haraway.

En este marco, el objetivo central no es describir la medicina popular desde una perspectiva representacional, sino explorar la co-producción de saberes, la agencia compartida entre humanos y no-humanos, y la relevancia de los conocimientos situados en la construcción de narrativas sobre la salud y la enfermedad. De este modo, el estudio propone ampliar los marcos de legitimación del saber, cuestionando la hegemonía de la objetividad clásica y abriendo paso a formas alternativas de comprensión y validación de las prácticas de salud.

Tabla 1. Relación entre los objetivos y lo ítems que conforman el guion de la entrevista y el modelo de articulación de Haraway

Objetivo específico	Ítem	Concepto analítico propuesto
Analizar lo qué se entiende por la enfermedad y sus causas	-Respecto a la enfermedad: 1.Reconocimiento de la enfermedad 2. Fuente de la enfermedad. 3. Síntomas manifestados. 3.Posibles formas de curación 4.Elementos que intervienen en la curación 5.Possible o no mejoría	Artefactual Articulación Inscripción Relacionalidad
Estudiar la figura del curador/a y la adquisición de ese conocimiento	-Respecto a la figura del sanador/a: 1. Cómo se configura como tal. 2.Qué dones presenta. 3.De dónde nacen esos dones. 4.Categorías de dones.	Difracción Articulación
Analizar la figura del paciente	-Respecto al paciente: 1.Cómo interviene la enfermedad en su vida cotidiana. 2.Cómo empezó a formar parte de esta comunidad. 3.Motivos por los que frecuenta estos lugares.	Difracción Articulación Inscripción Dialogismo

Nota: Elaboración propia.

Tabla 2. Casillero tipológico

Nombre	Edad	Relación con la medicina popular
Luz	65	Espiritista (ejerce desde hace más de 40 años)
Maite	59	Asistente a lugares de medicina popular desde la infancia
Miguel	67	Asistente a lugares de medicina popular y creyente desde hace un par de meses.

Nota: Elaboración propia.

4. Aterrizaje en el campo: notas para una aproximación para la aplicación del Modelo de articulación de Haraway

4.1. Síntomas, afecciones y tratamiento

La enfermedad se conceptualiza dentro de unos parámetros relacionales muy concretos, donde sus posibles causas son dicotómicas; es decir, pueden ser producidas por entidades vivas o muertas. En el caso de las entidades vivas, suelen ser personas muy cercanas al entorno de la persona afectada, con una relación estrecha y cuya interacción sea más o menos frecuente. El daño se produce de diversas formas, como apuntaba Maite: «Las vivas te hacen el daño por envidia, rencor, maldad, tirrias. Te hacen daño con palabras, vista, hechos». En este caso, el remedio que contrarresta el efecto son las oraciones de las personas con capacidades de curar.

Por su parte, los muertos se pueden dividir en espíritus buenos y espíritus malos. En lo que se refiere a los entes malignos, se manifiestan a través de los individuos porque necesitan algo y no saben cómo conseguirlo: «Ellos allá necesitan algo y a través de ti te lo piden» (Maite). Cabe señalar que no siempre son dañinos: en ocasiones estas entidades sufren y se manifiestan a través de las personas para obtener lo que necesitan y dejar de sufrir, causando daño en el proceso: «No tienen que ser cuerpos malos, lo están pasando mal y te necesitan para purgar» (Maite). Estas entidades se sienten atraídas por la luz del individuo: «Los espíritus miran una luz y se sienten atraídos, la necesitan para elevarse» (Luz).

Para los «males de muertos», el mejor remedio es la oración, asistir a algunas misas y encender velas, con el fin de que las almas se purguen y encuentren paz. A su vez, también existen entidades buenas, como la «entidad guía y protectora» que acompaña a cada persona: «Hay espíritus que vienen a ayudar y guiar, hablar con ellos, hacerles cariños» (Luz), o «Cada persona presenta un protector y un guía, pero derivados de los ángeles grandes. Derecha e izquierda. Varias personas a su cargo, entidades de luz de alto rango. Luego los familiares, los familiares les dan permiso para que ayuden» (Luz).

Tanto el «daño de vivos» como el «daño de muertos» producen síntomas muy concretos, que pueden ser de tipo sensorial o manifestarse en afecciones corporales. Una entrevistada describía: «Te sientes mal, incómoda, no duermes, no comes, estás nerviosa, piensas en lo malo, que no quieras vivir» (Maite).

Respecto al tratamiento de los síntomas, se hizo énfasis en la diferencia entre la curación (cortar o limpiar) y los remedios. Como explicó Luz: «Todo está puesto en las enseñanzas del maestro. Él les enseñó a los apóstoles que iban con él, eran unos aprendices. Dijo: vosotros vais a aprender lo que hago y os voy a dar el poder de hacer esto y lo otro. Se hace por medio de la imposición de manos, la oración, por mediación del Espíritu Santo y del creador supremo. Maneras de curar a la gente, en lo espiritual y en lo carnal».

La curación es una práctica muy concreta, bajo la lógica cristiana, mientras que los remedios ofrecen una solución puntual a una cuestión particular. Estos últimos tienen un carácter más profano, donde intervienen elementos como agua con sal, ruda, romero, hierbas de San Juan, fuego, mar, río, flores blancas, limón o incienso.

Por tanto, la enfermedad en la medicina popular gallega se entiende dentro de un marco relacional (Conejo et al., 2019; Bienes, 2016), con causas atribuidas a dos fuentes principales: los vivos y los muertos. En el primer caso, el daño proviene de personas cercanas y se origina en emociones como la envidia, el rencor o la maldad, expresadas mediante palabras, miradas o actos (Lisón Tolosana, 1970, 2004, 2014; Ferro, 1985, Quiben, 1949). Su remedio se encuentra en las oraciones realizadas por quienes poseen dones curativos. En cuanto a los muertos, se diferencian entidades malignas, que buscan aliviar su sufrimiento a través de los vivos, y entidades protectoras, que guían y acompañan a las personas. Los síntomas asociados a estos males incluyen malestar físico, insomnio, falta de apetito y pensamientos negativos. Para contrarrestarlos se recurre a oraciones, misas y velas, que ayudan a purgar y liberar a las almas. Así, la enfermedad se concibe como un fenómeno que atraviesa lo humano y lo espiritual, siempre en interacción con la comunidad (Mariño Ferro, 1985; Portasany, 2013; Bienes, 2016; Lisón Tolosana, 1970, 2004, 2014).

4.2. Capacidades curativas y cuerpos abiertos

Las personas con características particulares, conocidas como dones, presentan una gran diversidad, aunque con algunas bases comunes. Toda persona con un don es considerada un cuerpo abierto, cuyos dones se manifiestan de formas diversas. La definición de cuerpo abierto, según los testimonios recogidos, es: «Persona que se encuentra mal y recoge el mal de los males espirituales, de personas malas; por ejemplo, si alguien te desea mal o te tiene envidia, lo recoge. Y si eres cuerpo cerrado, lo rechazas» (Maite); o «Un cuerpo abierto es muy sufridor, recoge mal de las personas. Ayudará a la gente de muchas formas» (Luz).

Otro elemento que destacar de los dones es su carácter generacional y divino, es decir, se heredan de los antepasados y son de naturaleza divina, otorgados por la gracia de Dios: «Estos dones divinos son heredados como un árbol genealógico, antepasado tuyo con esos dones y se heredan» (Luz).

Los poderes son diversos: desde la adivinación, la capacidad de interpelar a los muertos, ver la muerte de otra persona, sanar, arreglar huesos o, simplemente, presentar una sensibilidad especial para presentir actos futuros, o ser un medio de manifestación de almas que necesitan ayuda. También cabe señalar que determinados dones implican obligaciones, como en el caso de sanadoras o espiritistas, cuya misión es prestar servicio y ayudar con su poder. Esta obligación, impuesta por Dios, si no se cumple, repercute negativamente en la salud de la persona: «Nacen con ese don y normalmente no lo dicen, y luego se topan mal porque normalmente tienen que trabajar y se encuentran muy mal» (Miguel); «Obligación a trabajar. Ya te llevan al camino de trabajar. Te obligan a trabajar» (Maite); «Todo el mundo viene destinado para algo» (Luz).

Los sanadores o espiritistas se configuran bajo una lógica de apoyo a las personas que lo necesitan, en torno a una gran diversidad de temas: problemas económicos, de salud, sexo-afectivos, familiares, estudiantiles o de autoestima. Como señala Luz: «Le das un ánimo, es como un apoyo psicológico. Si se lo digo yo pesa más por la fe que tienen puesta en mí».

Esta articulación es también dicotómica: a la vez que se conceptualiza la magia blanca (prácticas anteriormente descritas), existen las prácticas de magia negra, productoras de daños, muy mencionadas en las entrevistas. Los dones y las obligaciones se presentan de la misma forma que en la magia blanca; sin embargo, el uso que los sujetos hacen de ellos es lo que confiere el matiz maligno, a menudo por motivos económicos: «Hacer mal, personas que hacen magia negra. Trabajos con magia negra, velas y rosas negras, y misas malas» (Maite); «Brujas, alguien le quiere mal, le hacen daño. Nunca hay que devolver el mal a la gente» (Miguel); «No compensa que hagas daño, que luego hay que rendir cuentas; pronto hay que estar con el creador y hay que rendir cuentas» (Luz).

La figura de la persona con poderes se encuentra profundamente arraigada en la vida cotidiana, concebida como una particularidad personal más que como algo excepcional: «Hay gente que se le dan bien los niños, los ancianos, la fontanería» (Luz).

De tal forma, las personas con dones, conocidas como cuerpos abiertos, son centrales en la medicina popular (Lisón Tolosana, 2004; Bienes, 2016). Se consideran receptivas al mal que otros proyectan, a diferencia de los cuerpos cerrados, que lo rechazan. Estos dones son vistos como herencias generacionales y de origen divino, otorgados por Dios. Se manifiestan de múltiples maneras: desde la adivinación y la comunicación con los muertos, hasta la capacidad de sanar, recomponer huesos o presentir sucesos. El don implica, además, una obligación moral y espiritual: quienes no cumplen con su misión de ayudar pueden enfermar. Los sanadores y espiritistas asumen funciones diversas que van más allá de lo físico, atendiendo problemas económicos, familiares o emocionales, ofreciendo apoyo que combina lo espiritual y lo psicológico (Mariño Ferro, 1985). La práctica se articula en dos vertientes: la magia blanca, destinada a sanar, y la magia negra, asociada al daño y a fines económicos. Así, los dones aparecen como parte natural de la vida cotidiana (Bienes, 2016).

4.3. Asistentes: motivos y experiencias

Los motivos que llevan a acudir son comunes: la incapacidad de los médicos para encontrar remedio a la afección, el hecho de que la causa del malestar no esté directamente relacionada con la salud, las malas experiencias en el sistema sanitario o la constante medicación para tratar dolencias. Estas razones llevan a buscar alternativas: «Empiezas a creer cuando los médicos no te dan solución» (Miguel); «El médico se piensa que estás loca, es mejor callar y seguir para adelante, y decir que sí» (Maite).

La negativa y la incomprendión aparecen de manera recurrente: «Al médico no le vas a decir, los estudios no me van bien, no encuentro trabajo, me llevan el dinero. Voy porque no encontré curación en otro sitio. Ir y que no te traten de loca. Les cuentas los problemas a los médicos y no te creen» (Maite); «Mientras no te

pasa no te lo crees, los médicos son médicos, pero cuando miras que los médicos no hacen nada y esta gente sí, es cuando crees» (Miguel).

La falta de comprensión y las malas experiencias llevan a generar un nuevo marco de acción, donde se reformulan los roles tradicionales médico-paciente. Aquí se ofrece un servicio individualizado, en el que la persona puede expresarse ante un igual: «Aquí podemos hablar las dos, de esa puerta para dentro ni yo soy más que usted, ni usted más que yo, somos a la par. No me hable de usted, hábleme en confianza» (Luz).

En cuanto al momento de inicio en estas prácticas, se distinguen dos fases: la primera es un saber popular compartido y arraigado en la comunidad, por lo que el contacto resulta casi inevitable. La segunda es la real, cuando los médicos no encuentran solución y, a través de estos nuevos marcos de sentido, si se logra resolver el problema, consolidando así la creencia y confianza en estos espacios.

La relación entre sanadora/espiritista y asistente es muy particular: la espiritista se configura como un miembro más de la familia, al que se le debe mucho, generando incluso una deuda simbólica por las labores realizadas. Esta relación puede desarrollarse generacionalmente en una misma familia. Los asistentes recalcan la centralidad de esta figura para alcanzar sus logros, estableciendo un vínculo estrecho y cercano que, en algunos casos, puede derivar en dependencia, algo que las sanadoras/espiritistas reconocen y tratan de evitar: «Yo era de los que miraste en la barriga de la madre» (otro asistente a la consulta de Luz) (Luz).

Por último, esta relación se fundamenta en la fe, de manera bidireccional: por un lado, fe en la sanadora/espiritista y en sus remedios, y, por otro, fe en Dios. La curación se realiza a través de plegarias y oraciones, donde la centralidad de la fe es el eje que hace performativos los remedios: «Hay que tener fe en la persona, sino no funciona, y luego también tener fe en lo que esa persona te diga que hay que tener fe» (Miguel).

Para finalizar, los motivos para acudir a sanadores o espiritistas suelen estar vinculados a la insatisfacción con la medicina convencional: diagnósticos inexistentes, excesiva medicación o la falta de comprensión por parte de médicos y especialistas (Portanasy, 2013). Ante esta situación, las personas buscan alternativas que les permitan encontrar alivio y reconocimiento. La relación con la sanadora se diferencia de la relación médico-paciente: es horizontal, cercana y personalizada, permitiendo a los asistentes expresarse sin miedo a ser juzgados (Mariño Ferro, 1985, Portasany, 2013; Bienes, 2016). Este vínculo suele reforzarse con el tiempo, llegando incluso a formar parte de la vida familiar y transmitirse entre generaciones. La fe constituye el elemento central: fe en la persona sanadora, en los rituales y en Dios, lo que da eficacia a la práctica y performatividad a los remedios (Mariño Ferro, 1985, Quintía Pereira, 2023). A través de esta relación, se redefine el sentido de la enfermedad y se genera un marco comunitario de confianza (Cornejo-Valle et al., 2019; Quintía Pereira, 2023), reciprocidad y apoyo emocional y espiritual (Bienes, 2016).

5. Un cambio de paradigma: de la representación a la articulación

5.1. Enfermedades como «naturaleza social»

Las dicotomías previas se mantienen como dice la literatura, solo se incorpora: la manifestación del sufrimiento de los difuntos a través de los vivos. Otro aspecto relevante es la distinción entre curación y remedio, dicotomía que se construye a partir de elementos cristianos y profanos. Los objetos empleados en los remedios coinciden con los descritos en la literatura, clasificados como elementos profanos y elementos sagrados.

Sentimientos o entidades como la envidia, el mal de ojo o el demonio se constituyen en elementos performativos dentro de la vida cotidiana, capaces de alterar la realidad de quienes los padecen y de provocar experiencias suprasensoriales. Frente a estas fuerzas negativas, también se reconocen prácticas y objetos con capacidad curativa, como los números triádicos, las oraciones o las flores blancas, a los que se atribuye una eficacia particular.

Especial atención merece la depresión, entendida desde parámetros que se construyen en paralelo al discurso médico hegemónico y a la figura del científico.

Estas explicaciones se elaboran y reproducen en un espacio interaccional y cultural específico, donde se otorga voz al sujeto representado y se materializa la propuesta de los conocimientos situados. En este marco, el sujeto de conocimiento se reconceptualiza desde su propia experiencia.

Aplicando el modelo de Haraway, las afecciones y su curación se definen a través de la intermediación entre lo humano y lo no-humano, en una perspectiva que remite al concepto de articulación y que defiende la «objetividad encarnada». Esto supone comprender el cuerpo humano como «un nudo de resonancias, significaciones, inflexiones, orientaciones y disposiciones que localizan, posicionan y responsabilizan a nuestro conocimiento».

En la categoría de racionalidad, la composición de las interacciones comunitarias resulta central para el sentido otorgado a las enfermedades. Riñas, envidias y conflictos cotidianos, unidos al particular significado que Galicia otorga a la muerte, conforman una lógica interaccional donde todo adquiere relevancia y sentido dentro de la conceptualización de las afecciones. En estas comunidades, donde la interacción vecinal es fundamental y la familia constituye un pilar en la vida social, los problemas derivados de ambos espacios se cargan de simbolismo y se convierten en eje de preocupación. Unido a la concepción del duelo y del sufrimiento, esto explica la configuración de espíritus protectores o guías, así como la justificación del padecimiento que afecta a los difuntos y que, para elevarse, producen enfermedad en las personas vivas.

El aporte artefactual al que remite Haraway permite entender la naturaleza como ficción y hecho a la vez, en una dinámica que combina elementos paganos y cristianos y que busca mantener un equilibrio moral. De este modo, todos los elementos contextuales (humanos y no-humanos) adquieren relevancia y simbolismo en la cotidianidad más absoluta. La enfermedad se construye en la relación entre el contexto sociocultural

y los sujetos cognitivos, otorgando agencia a aquello que tradicionalmente se consideraba pasivo o sin influencia.

En esta lógica, la capacidad de agencia de lo no-humano es esencial. Según la propuesta de inscripción de Haraway, el objeto causante de la enfermedad del alma es desplazado del contexto en el que se inscribe y resignificado a través de la voz de la curandera, sanadora o espiritista. Como se recogió en el marco metodológico, lo no-humano, ya sean muertos, espiritualidades malignas o tensiones cotidianas, adquiere una centralidad incuestionable, otorgando a la vinculación con el entorno un peso fundamental en la experiencia misma de la enfermedad.

5.2. Curadoras, sanadoras y espiritistas como sujeto de conocimiento

La figura del científico se construye sobre los principios de fiabilidad y desinterés, fundamentados en su aparente distancia frente al objeto de estudio y en la producción de una mirada crítica y «no sesgada». Esta figuración lo presenta como el portavoz de los representados; en consecuencia, las narrativas de lo humano y lo no-humano quedan contadas desde una única perspectiva, sostenida en una falsa objetividad.

En contraposición, Haraway entiende la articulación como un modelo alternativo que permite dar voz al representado. En este enfoque, los actantes son concebidos como «entidades colectivas que hacen cosas en un campo de acción estructurado y estructurante». El modelo se fundamenta en los conocimientos situados y en la capacidad de diversas corporalidades constitutivas de formar redes, contextualizadas en espacios colectivos, ritualizados, sociales e históricamente construidos. Así, estas corporalidades se configuran no solo como objetos de estudio, sino también como sujetos de conocimiento, capaces de dar cuenta de sus historias desde su propia perspectiva encarnada.

La conceptualización del cuerpo abierto como corporalidad arquetípica de dones se distancia de lo señalado por otros autores. La categorización de figuras con dones se amplía y diversifica, incorporando además nociones como el «deber de trabajar» entendido como un deber moral y el recorrido genealógico como elemento central en la legitimidad de estos dones. Un punto en común con la literatura es la doble configuración de la bruja y el carácter estigmatizante que acompaña a estas prácticas.

En este modelo, el sujeto representado se constituye también como sujeto de conocimiento, hablando por él y para él bajo una lógica de la diferencia. En este contexto, los cuerpos abiertos son sujetos de conocimiento, cuyo saber se encuentra respaldado por la propia comunidad. Su marco de sentido y actuación es producido, reproducido y validado por quienes participan de esa comunidad. Frente al paradigma científico, caracterizado por la distancia, la generalidad y la universalidad, este sujeto se diferencia al encarnar una perspectiva particular, situada y relacional.

Al «tener capacidad de hablar», todos los elementos que intervienen en el proceso adquieren relevancia: desde los individuos implicados hasta los muertos, integrándose en la vida cotidiana de quienes aún están vivos. Esto responde a una lógica de dialogismo, donde múltiples voces y entidades participan en la construcción de sentido.

El estudio plantea, por tanto, un sujeto de conocimiento construido desde la comunidad en la que actúa. Este sujeto se distancia de modelos representativos y se centra en comprender las lógicas que operan en la propia comunidad, empleando sus propios códigos culturales. En consecuencia, se configura una redistribución innovadora de la agencia hacia los elementos no-humanos (lógica de inscripción). Esta perspectiva no solo resulta teóricamente relevante, sino también eficaz en la práctica, pues genera alivio en los pacientes al producir un espacio de comunicación inmediata. El paciente percibe que su malestar es reconocido en los mismos términos que emplea la persona que lo atiende, lo que otorga legitimidad y refuerza la eficacia simbólica del proceso de sanación.

5.3. Enfermos encarnados y situados

En la medicina popular, la definición de la dolencia se construye según los parámetros y experiencias de quien la padece. Aunque la práctica médica hegemónica utilice otra terminología, el paciente siente que su malestar es reconocido y validado cuando se le atiende en los términos que él mismo entiende, vive y performa.

Los códigos socioculturales del lenguaje funcionan aquí como herramientas de categorización y comunicación, configurando un marco que responde a la cosmovisión y vivencia encarnada del paciente, así como al conocimiento colectivo de la comunidad. Este enfoque permite que la experiencia del sufrimiento sea comprendida y atendida dentro de los propios referentes culturales del individuo, generando reconocimiento y legitimación.

En este contexto, los roles tradicionales de médico y paciente se reformulan bajo principios más democráticos y comunitarios. La interacción familiar y vecinal, tanto en la vida como en la muerte, constituye un eje central, donde la construcción del conocimiento es social y participativa, produciéndose un espacio de validación mutua. El conocimiento se genera «para la gente y por la gente», legitimando las preocupaciones y vivencias de los pacientes en términos que comprenden y aceptan todas las partes implicadas, en contraste con la distancia y universalidad del paradigma biomédico.

Las entrevistas realizadas coinciden con lo documentado en la literatura: existe una reconceptualización de los roles tradicionales, que permite un entendimiento mutuo basado en lógicas culturales y sociales. Esta perspectiva facilita la comunicación y refuerza la autoridad simbólica de las figuras curativas, que actúan como protectoras de diversos aspectos fundamentales de la vida de los individuos. La recurrencia a estas prácticas se explica por la cercanía de los discursos, así como por la frustración ante la falta de soluciones

ofrecidas por la medicina convencional, donde el espacio afectivo se convierte en la base del entendimiento y la eficacia de la intervención.

Desde la óptica de la articulación, tal como propone Haraway, se entiende que los elementos semiótico-materiales interactúan modificando la acción de los agentes humanos. Esto permite comprender cómo se construye la experiencia del paciente en un marco de conocimiento situado, donde los aspectos culturales, sociales y rituales configuran conjuntamente la percepción y el tratamiento de la enfermedad. La experiencia de los enfermos encarnados refleja así un sujeto cognitivo situado y performativo, cuyas vivencias, sufrimientos y soluciones se articulan dentro de un sistema de interacción social y cultural plenamente integrado.

6. Conclusiones

La revisión bibliográfica, junto con la incursión en el campo, contribuyó a perfilar la visión epistemológica de la propuesta teórica aquí planteada. En este sentido, el modelo de articulación de Haraway se muestra como una herramienta especialmente sugerente para acercarse a la cosmovisión de la medicina popular, ya que permite incorporar de forma conjunta elementos materiales, humanos, no-humanos, semánticos y narrativos. No se trata de afirmar que este marco dé todas las respuestas, sino de reconocer que abre un espacio fértil para comprender prácticas, relaciones y significados que difícilmente se dejan explicar desde enfoques más tradicionales.

La construcción del marco de sentido de la medicina popular puede entenderse como una propuesta que no separa lo natural de lo social, sino que los integra en una misma trama de significados. En este contexto, la naturaleza aparece como una noción híbrida, compuesta tanto de componentes materiales como de una fuerte carga simbólica. Los actores humanos (pacientes, sanadores, cuerpos abiertos) y los no-humanos (elementos rituales, animales, supersticiones o creencias) participan conjuntamente en la configuración de esta trama. La presencia del mundo de los muertos y de las prácticas de culto asociadas a ellos refuerza la idea de que la cotidianidad se construye también con lo invisible, en un espacio donde vivos y difuntos siguen dialogando a través de rituales, narrativas y símbolos.

Desde esta perspectiva, el modelo de articulación resulta especialmente útil porque permite pensar las prácticas de enfermedad y cura no como un relato cerrado, sino como un entramado de voces, fuerzas y significados. La difracción puede verse en la multiplicidad de narrativas que no reproducen un único discurso, sino que abren diferencias. La artefactualidad se reconoce en la combinación entre lo dado (el cuerpo, la afición, la muerte) y lo construido (remedios, rezos, rituales). La articulación aparece en la red de actores múltiples que participan en las prácticas, mientras que la inscripción y la relationalidad muestran cómo los síntomas son resignificados en un marco comunitario y cómo ese marco se sostiene precisamente en la interacción. El dialogismo, finalmente, permite pensar en la coexistencia de estas múltiples voces sin necesidad de resolver las tensiones que generan.

En el caso concreto de la medicina popular gallega, más que imponer un esquema rígido, lo valioso de esta propuesta es que ofrece una mirada horizontal y relacional para entender el tejido social y cultural en el que estas prácticas tienen sentido. De este modo, se abre la posibilidad de interpretar la medicina popular no solo como un conjunto de técnicas de curación, sino como una forma de conocimiento situado, que integra referentes religiosos, la centralidad de la familia y la comunidad, y una concepción particular del duelo y de la muerte.

7. Bibliografía

- Bienes Brito, Noemí (2016): “Religiosidad y sanación (II): Una aproximación a las/os santiguadoras/es en Fuencaliente (La Palma)”, en *Actas del XXII Coloquio de Historia Canario-Americanana*, celebrado en Las Palmas de Gran Canaria del 2014, Cabildo de Gran Canaria.
- Buxó Rey, María Jesús; Rodríguez Becerra, Salvador; Álvarez Santaló, León C. (coords.) (1989): *Religiosidad popular III: Hermandades, romerías y santuarios*, Barcelona, Anthropos.
- Cockerham, William C. (1992): *Medical sociology*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Cornejo-Valle, Mónica et al (2019): “El giro saludable: Sacrificio, sanación, bienestar y su relación con la espiritualidad contemporánea”, *Athenea Digital*, 2, pp. 1-22. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2125>
- Freidson, Eliot (1970): *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- García Selgas, Fernando José (2008): “Epistemología ciborg: De la representación a la articulación”, en I. Sádaba Rodríguez & A. J. Gordo López (eds.), *Cultura digital y movimientos sociales*, Madrid, Catarata, pp. 149-172.
- Haraway, Donna (1995): *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra.
- Haraway, Donna (1997): *Modest witness@second millennium. FemaleMan meets OncoMouse™*, New York & London, Routledge.
- Haraway, Donna (1999): Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles, *Política y Sociedad*, 30, pp. 121-163.
- Lis Quiben, Víctor (1949): *La medicina popular en Galicia*, Pontevedra, Gráficas Torres.
- Lisón Tolosana, Carmelo (1971): *Antropología cultural de Galicia*, Madrid, Siglo XXI.
- Lisón Tolosana, Carmelo (1990): *Endemoniados en Galicia hoy* (Vol. 2), Madrid, Akal.
- Lisón Tolosana, Carmelo (2004): *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia* (Vol. 91), Madrid, Akal.
- Lisón Tolosana, Carmelo (2014): *Antropología cultural de Galicia: Tipos, figuras, tropos y conjuntos (la etnografía como configuración del espíritu)* (Vol. X), Santiago de Compostela, Escola Galega de Administración Pública.

- Mariño Ferro, José Ramón (1985): *La medicina popular interpretada*, Santiago de Compostela, Edicións Serais de Galicia.
- Portasany, Marcial Gondar (2013): El factor cultural como herramienta terapéutica: A vueltas con el modelo biomédico en la atención sanitaria, *Revista Andaluza de Antropología*, 5, pp. 12–34.
- Quintía Pereira, Rafael (2023): *A etnomedicina galega*, Pontevedra, Ab Origine.