

EMPODERAMIENTO DE GÉNERO EN LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS (MAC) DE INFLUENCIA NEW AGE ¿ES EL HOLISMO FEMINISTA?

Maribel Blázquez Rodríguez y Mónica Cornejo Valle¹

Resumen

Una preocupación continua del feminismo ha sido estudiar y mostrar el empoderamiento de las mujeres. Numerosos trabajos han venido exponiendo tanto los recursos como las condiciones necesarias para la autonomía de las mujeres así como la influencia del empoderamiento en la transformación de las posiciones de subordinación de las mujeres. A la vista de que las encuestas disponibles sobre terapias alternativas y holísticas coinciden en señalar que sus principales usuarias y profesionales son mujeres, nos preguntamos: ¿qué relaciones mantienen estas nuevas formas de espiritualidad y sanación con las mujeres, y concretamente con el empoderamiento? Y en caso afirmativo, ¿de qué formas se está entendiendo el empoderamiento?

A pesar de que las Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) se están convirtiendo en un recurso importante en la gestión de la salud general, son una realidad muy poco explorada y existen pocos estudios que den cuenta de cuáles son los motivos por los que las mujeres tienen en este campo una presencia mayoritaria.

A partir de investigación etnográfica y entrevistas con usuarias de estas medicinas hemos hallado que las terapias de ambiente holístico, y especialmente las de influencia New Age invitan a que las mujeres exploren sus vidas de una forma relacional, consigo mismo y con el mundo, integrando todas sus facetas, de manera que contribuyen a legitimar el saber personal de las mujeres, su expresión personal y así la afirmación de la individualidad de las mujeres. Por tanto, desde esta autoafirmación y autoatención se está propiciando un tipo de empoderamiento. Así también, parece que estas medicinas colocan en un lugar central el cuerpo, la búsqueda del bienestar y el autocuidado, contribuyendo al aprendizaje de técnicas que mejoran el control de la salud y el bienestar por parte de las mujeres, lo que conectaría con algunas de las reivindicaciones feministas clásicas. Además, apreciamos cómo en este campo emergente, las mujeres encuentran espacios y recursos para tomar conciencia de su realidad, de su capacidad de actuar, responder y resistirse y se transforma su subjetividad a formas más activas.

En esta comunicación esperamos poder ofrecer algunas respuestas basadas en una investigación etnográfica que estamos realizando sobre estas terapias. Estamos realizando observación participante en centros de estas medicinas alternativas y entrevistas a terapeutas y usuarias; así como el análisis documental de distintos documentos (artículos, libros, folletos, textos divulgativos, páginas web...) que describen este tipo de terapias, su gestación y desarrollo en nuestro contexto.

Para dar cuenta de estos hallazgos proponemos explorar en profundidad cómo son las prácticas concretas, cómo se dan estos procesos y cuáles son sus conexiones con el feminismo, mostrando las diversas formas de feminismo que se están tejiendo en estas terapias, y subrayando los valores asociados a la femineidad que se dan en estos contextos.

Palabras claves: feminismo, mujeres, salud, espiritualidad new age, autocuidado, medicinas alternativas y complementarias.

1377

1. El empoderamiento de las mujeres: una consigna feminista para su autonomía.

En los años 80 se empezó a utilizar el término de empoderamiento para referirse al proceso por el cual las mujeres debían acceder a diferentes recursos y debían crearse las condiciones necesarias para poder utilizarlos en su propio desarrollo. Ghita Sen (1997) va más allá y plantea que el empoderamiento implica que las transformaciones que debían darse no sólo eran externas a las propias mujeres –por ejemplo un acceso a determinados recursos como la información- sino que también incluyen las transformaciones internas –por ejemplo en la toma de conciencia sobre su vida- para tomar las decisiones que favorezcan realmente su independencia. El análisis y debate de las transformaciones en los valores, las ideologías y las normas que impedían la autonomía y la participación de las mujeres así como las propuestas respecto a estos cambios, fueron impulsados, entre otros agentes, por el movimiento feminista.

El movimiento feminista ha sido bien diverso y especialmente respecto a sus posicionamientos y a su activismo. Esta heterogeneidad es mayor cuando se toma en cuenta los contextos locales, pues en cada país, según las condiciones

¹ Maribel Blázquez Rodríguez y Mónica Cornejo Valle. Dpto. Antropología Social (despacho 1214). Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid (Spain). Tel. (+34) 913942687 Fax. (+34) 913942752 miblazquez@cps.ucm.es

históricas, políticas, económicas y socioculturales se ha ido gestando una determinada forma de entender el feminismo, particular y diferenciada de otros contextos -como el británico y anglosajón, más frecuentes en la bibliografía del tema-. Siguiendo a Pilar Folguera (2007), en el estado español a partir de los años 60 y primordialmente en los 70, se crean numerosas asociaciones y grupos feministas que tratan de denunciar problemáticas que no permitían la autonomía de las mujeres como situaciones penalizadas como el aborto, el divorcio, el adulterio y la prostitución, hasta el análisis de la desigualdad en la educación, en el acceso a puestos de poder, en el trabajo doméstico y en el acceso al mercado laboral. En los años 80 se produce la institucionalización del feminismo a través de la creación de Institutos y Centros específicos de la Mujer, tanto dirigidos a la atención e intervención como a la investigación; es el periodo en que se promulgan diferentes legislaciones y en el que pareciera que el Estado incorpora algunos puntos de esta agenda feminista. Posteriormente, a finales de los 90 y, sobre todo, en el nuevo siglo, habrá un resurgimiento del feminismo, por un lado institucional que se traduce, entre otras acciones, en la aparición de nuevas normativas como la ley de Igualdad y la ley de Violencia de Género, así como en la incorporación de contenidos de género en la enseñanza educativa; y por otro lado, de un feminismo plural que se aprecia en multiplicidad de grupos, discursos y acciones, dirigidas e interesadas en las mujeres, aunque con diversas formas de definir esta categoría del ser mujeres.

Todo este movimiento, con sus discrepancias sin duda, ha sido decisivo para poner de manifiesto e indicar las condiciones que no permiten la igualdad de las mujeres, que no las ayudan a tener control sobre su vida y lograr así su autonomía. De manera que las mujeres de hoy, con mayor o menor simpatía hacia el feminismo, han sido herederas, han incorporado y no dudan del derecho a decidir sobre su propia vida, a ser las protagonistas de las mismas, de una manera novedosa, dentro de la historia de nuestra sociedad española.

Cristina Sánchez Muñoz (2001:80-85) nos recuerda como los grupos de autoconciencia que surgieron derivados del feminismo radical (consciousness-raising groups) crearon un espacio “entre” y “para” las mujeres, un cuarto propio como había propuesto Virginia Wolf. Estos grupos se basaban en expresar libremente las experiencias vitales, que se revelaban como experiencias comunes, al margen de las instituciones y valores masculinos imperantes, con el fin de debatirlas y analizarlas, y de este modo elaborar la teoría desde las propias vidas de las mujeres. El objetivo de estos grupos era que las mujeres adquirieran autoconciencia de su opresión, como recoge esta autora de Juliet Mitchell: “la autoconciencia es un proceso de transformación de lo oculto, los miedos individuales en una conciencia compartida de su significado como un proceso social, la liberación de la angustia, la ansiedad, la lucha de proclamar lo doloroso y transformarlo en político” (Mitchell, 1971:61 en Sánchez, 2001:81). Los temas que debatían eran las experiencias personales en torno a la sexualidad, la familia, la maternidad o los sentimientos, es decir, asuntos que se consideraban personales y privados, y por tanto, sin trascendencia política, que ahora eran analizados como causa de la opresión de las mujeres, producidos por un sistema de género patriarcal, capitalista y colonial, señalando que “lo personal es político”. De estos grupos habría que insistir en algunos elementos claves como: son grupos de autoconciencia de la situación de desigualdad/opresión de las mujeres, su lectura y análisis político de las vidas de las mujeres, su organización en grupos y colectivos no jerárquicos y con un reparto simétrico del poder y, la legitimación de la experiencia de las mujeres, de cualquier mujer –de hecho algunos grupos estaban conformados por mujeres calificadas como “sin poder” (pobres, inmigrantes, negras...)- para hablar, analizar y transformar su vida.

Uno de los ejes de este proceso de auto-conciencia será la revisión de los cuerpos y de todos los procesos que les pasaban a estos (Esteban, 2001; Ortiz, 2006). Este trabajo sobre el cuerpo se propone desde un nivel individual y personal, en que cada mujer tiene que incorporar en su agenda, la escucha, el cuidado del cuerpo, su autoconocimiento, con el fin de la subversión de las posiciones y relaciones de sometimiento. En una interpretación más actual, la médica feminista Sara Velasco, apunta que este trabajo consistirá en iniciar procesos en la subjetividad de las personas para que se hagan conscientes de sus propias actitudes, sentimientos, valores, representaciones... y tomen el control y la responsabilidad en su transformación (2002:12-15).

Además de estos grupos feministas aparecen grupos de salud, interesados en la promoción de la salud de acuerdo a las propuestas de la Conferencias Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebradas, y así nombradas, en Alma Ata y Ottawa, que extienden las ideas del derecho (y deber) de las personas de participar en la gestión de su propia salud. Estas declaraciones internacionales proporcionarán el marco normativo para legitimar tanto la participación de diversos grupos y comunidades en la planificación sanitaria con el desarrollo de experiencias de educación para la salud colectivas, en las que aparecerán como uno de los destinatarios preferentes, las mujeres. Además como estas declaraciones también se hicieron eco de la definición de la OMS: “la *salud* es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, fueron muy bien acogidas ya que defendían una visión más amplia e integral de la salud, que conectaba con esta idea de escuchar y atender los cuerpos de los grupos de salud más cercanos al feminismo como sucedía en los centros de Planificación Familiar (Bodoque, 1996). Antropólogas como Mari Luz Esteban (1992) y Yolanda Bodoque (1996) que los han estudiado, constatan el enfoque feminista de dichos centros en su quehacer a favor de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de las mujeres y de la salud de las mujeres por ellas mismas; así como, en la pretensión de que se pusieran en marcha algunas consignas para revertir la asimetría en la relación sanitaria y compartir la atención y el control sobre la salud con las mujeres mediante entre otras acciones, la creación de grupos de mujeres.

En esta época, años 80, habría una convergencia entre estos grupos –movimiento de salud y feminista- que están creando y desarrollando grupos y acciones dirigidas centradas en atender y entender los procesos corporales como camino para el

empoderamiento. Aunque sean diversos a lo largo del territorio español –tanto en su denominación como en sus objetivos, su adscripción y vinculación con el feminismo o la salud y, particularmente, en su desarrollo y evolución a lo largo de la democracia-. De unos a otros habrá trasvases de conocimientos, experiencias y de las propias participantes, cuyas conexiones nos llegarán hasta hoy. Así podemos nombrar al grupo Titania Dones por la Salud, en el que forma parte la médica María Fuentes y combina la actividad asistencial con la creación de grupos de mujeres por la salud e igualmente los antes citados Centros de Planificación Familiar que se desarrollan a lo largo de todo el Estado; así como el Grupo de mujeres de Mallorca, que publicó un documento sobre el Colectivo Feminista Pelvis (González, 1979:165–166), el libro de Leonor Taboada sobre el self-help y el grupo Acuario, que publicó en 1988, un cuaderno de autoconocimiento.

2. La presencia de las mujeres en las medicinas alternativas y complementarias: usuarias y terapeutas.

Como hemos apuntado en otro lugar (Cornejo y Blázquez, 2013) aunque las medicinas alternativas y complementarias (MAC) y las terapias, creencias y prácticas new age no son lo mismo, las fronteras se desdibujan y hay una zona de intersección, a la que hemos denominado ambiente holístico, siguiendo a otras estudiosas de este fenómeno. La preocupación desde las Ciencias de la Salud ha sido identificar y definir qué formas de sanar deben ser consideradas como medicinas alternativas, aunque la definición y la delimitación ha sido consecuencia, en gran medida, de la valoración que ha realizado de las mismas la medicina oficial. Por ejemplo, el Centro Nacional para las Medicinas Complementarias y Alternativas (NCCAM) del Instituto Nacional de Salud de EEUU, uno de los primeros organismos de salud que incluye estas terapias señala que son aquellas no consideradas por la medicina convencional (NCCAM, 2011). A partir de ahí, esta organización hace diferentes clasificaciones, que no siempre son nítidas, pues muchas terapias tienen numerosas intersecciones y se aplican de forma conjunta. En el estado español, el Ministerio de Sanidad en su informe sobre estas terapias (MSPSI, 2011), siguiendo al NNCAM, propone la siguiente formulación, que nos parece que puede facilitar una primera idea:

- 1) Sistemas integrales o completos (homeopatía, medicina naturista, naturopatía, medicina tradicional china, acupuntura, ayurveda);
- 2) Prácticas biológicas (fitoterapia, terapia nutricional, tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas);
- 3) Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo (osteopatía, quiropraxia, quiromasaje, drenaje linfático, reflexología, shiatsu, sotaí, aromaterapia);
- 4) Técnicas de la mente y el cuerpo (yoga, meditación, kinesiología, hipnoterapia, sofronización, musicoterapia, arteterapia y otras);
- 5) Técnicas sobre la base de la energía (Qi Gong o Chi kung, Reiki, terapia floral, terapia biomagnética o con campos magnéticos).” (MSPSI, 2011: 2)

En esta conceptualización no se habla de terapias holísticas y espirituales de influencia new age, aunque en la literatura internacional y en el propio trabajo de campo, aparecen todas ellas formando parte de este campo de estudio, donde el holismo y la espiritualidad serían dos de sus características fundamentales.

Los escasos estudios sobre espiritualidad en nuestro estado como el informe de 2005: La situación de la religión en España a principios del siglo XXI (Pérez-Agote y Santiago, 2005) muestra cómo la creencia en espíritus, videntes, curanderos, etc. es significativamente mayor entre jóvenes, entre mujeres y entre personas con un nivel superior de estudios. Más recientemente, el Informe Ferrer i Guardia (2011:19) sobre laicidad en España para 2011, también indica que la mayor adscripción a “otras religiones” se presenta entre jóvenes de 19 a 39 años, y entre mujeres más que hombres.

En la literatura internacional encontramos que este perfil de población femenina se repite (Aikins et al., 1999; Cushman et al., 1999; Adams et al., 2003; Dawn & Chyu, 2005; Flesch, 2007). Así, en Inglaterra de acuerdo con Paul Heelas y Linda Woodhead (2000:94-96), el 80% de las personas activas en el “ambiente holístico” de la región eran mujeres. Un 78% de los grupos estaban liderados o facilitados por mujeres. El 80% de los practicantes de terapias individuales eran también mujeres. En este sentido Woodhead considera la conclusión obvia: la explicación del crecimiento de las espiritualidades holísticas se debe a que las mujeres han decidido participar activamente en ello. Y todo ello, coincide a grandes rasgos con la información de la que disponemos sobre presencia y uso de medicinas alternativas y complementarias, veámoslo.

Siendo escasas, en España, las investigaciones sobre las medicinas alternativas y complementarias, como ha señalado Enrique Perdigüero (2004:142). En los datos de la Encuesta Nacional de Salud sobre el uso de la población de otros recursos sanitarios de medicinas no convencionales encontramos que ya en 2003, un 11,66 % de las mujeres de 45 a 64 años declaraba haber consumido productos alternativos en las dos semanas previas a la encuesta, siendo este consumo más elevado en municipios de más de 50.000 habitantes, así como en las mujeres con mayor nivel educativo. Algo semejante aparece en la Encuesta Nacional de Salud de 2006, que marca un ligero crecimiento de la tendencia, y la encuesta de la Comunidad de Madrid de 2007 que trata específicamente sobre homeopatía. Ya en 2008, el Observatorio de Terapias Naturales desarrolla un estudio más amplio y específico que los anteriores en el que aporta algunos datos especialmente relevantes para el retrato del ambiente holístico en España. Gracias a su informe sabemos que el 95,4% de la población española conoce alguna terapia natural (OTN, 2008:9-15) y que las más populares (mencionadas por más del 50% de la

población) son: yoga, acupuntura/medicina tradicional china, tai chi, quiromasaje y homeopatía. También sabemos que el 23,6% de la población ha utilizado alguna vez las terapias naturales y que fundamentalmente son usadas por mujeres de clase media alta o alta, entre 36 y 45 años y de áreas metropolitanas. Estos datos son recogidos también por el Ministerio de Sanidad en su reciente informe (MSPSI, 2011), en el que no se aportan datos nuevos al respecto. En los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud correspondientes al periodo 2011-2012, se indica que el perfil principal de población que ha realizado visitas a profesionales de medicina alternativa –limitadas a naturista, homeópata, acupuntura y otros- en los últimos 12 meses es femenino, de 25 a 64 años, con nivel de estudios universitarios.

Coincidiendo con diferentes autores, consideramos que estos datos no muestran completamente la realidad, existiendo en consecuencia una invisibilidad pública de este fenómeno, por varios motivos: primero, tienden a hacerse desde el punto de vista de la medicina convencional e incluso partiendo de centros o usuarios de medicina convencional (pues creemos que esta situación entorpece y disfraza las respuestas); segundo; los estudios sobre creencias no recogen en muchos casos las prácticas y terapias utilizadas, y tercero, la ausencia de información estadística sobre prácticas, consumos o creencias de la New Age se explica en parte por el hecho, confirmado por trabajos de campo (Griera y Urgel 2002), de que un buen número de estas prácticas están relacionadas con actividades económicas irregulares. Acordando con lo que sabemos de las MAC, las investigaciones se ven dificultadas por el hecho de que muchas de estas actividades en nuestro país son llevadas a cabo por especialistas no reconocidos (como profesionales parasanitarios), se basan en redes clientelares informales, y a menudo, se practican en domicilios u otros espacios no regulados para la práctica ni sanitaria ni religiosa. A pesar de estas limitaciones de la información –tanto metodológicas como de epistemológicas (en la definición del fenómeno)- todos los datos coinciden en mostrar el crecimiento paulativo de un colectivo conformado por mujeres, de mediana edad, de áreas urbanas y con un nivel de estudios medio y superiores, que están incorporando estas terapias como un recurso para la búsqueda de su salud. La cuestión es ¿por qué? Y ¿cuál sería la vinculación de esta búsqueda de salud con el movimiento feminista de los grupos de autoconciencia, que como hemos presentado, se inició en los años 80 y ha continuado hasta nuestros días?

3. Algunos postulados del movimiento feminista de la salud.

Para mostrar las intersecciones entre estos dos movimientos –feminista y espiritual- quisiéramos en primer término recuperar algunas de las características en las que se ha basado el movimiento feminista de la salud. Los grupos de autoconciencia de mujeres que se fueron desarrollando a partir de los años 70 en nuestro estado, herederos de este movimiento del Feminismo Radical del *self-help*, según nuestra hipótesis introdujeron en nuestra sociedad ciertos discursos y prácticas que crearon el caldo de cultivo para la entrada del “ambiente holístico”. Por ello, nos parece importante subrayar algunos de sus postulados de partida, que con nuevas formulaciones siguen todavía hoy vigentes y aparecen en los procesos de búsqueda de la salud que les conducen a las medicinas alternativas o no convencionales.

El primer término habría que detenerse en este concepto de *autoconciencia* que podríamos considerar como el proceso de exploración y análisis del conocimiento de sí mismo, que incluye tanto la indagación en las propias experiencias como en los valores interiorizados que conducen a las mujeres a actuar, decidir, pensar y sentir de una determinada manera. Este proceso de autoconocimiento se describe con una serie de características como la base para una vida de bienestar y salud, implica trabajar el cuerpo desde una visión holística, veámoslo:

La sinonimia entre salud, bien-estar y felicidad. Desde la anterior definición de salud planteada por la OMS, en la que se introduce el bienestar como una condición imprescindible para la salud, se han ido haciendo diferentes elaboraciones que propugnan la vinculación entre conceptos como calidad de vida, bienestar, felicidad, satisfacción. Algunos textos de aquella época como el libro del Colectivo de las Mujeres de Boston “Nuestros cuerpos, nuestras vidas” hablan poco de salud y en cambio mucho de bienestar, así por ejemplo en la introducción del texto cuando se plantea las razones del conocimiento de nuestro cuerpo se afirma: “(...) Para nosotras, la educación sobre nuestro cuerpo es el núcleo de la educación. Nuestro cuerpo es la base física con la que nos movemos dentro del mundo: (...) Al hacernos responsables de nuestro ser físico nos liberamos de algunas de estas preocupaciones y podemos empezar a usar nuestras energías intactas. Sólo entonces nuestra imagen de nosotras mismas se apoya sobre una base firme, lo que nos permite ser mejores amigas, mejores amantes, mejores personas, más seguras, más autónomas, más fuertes y más íntegras” (1987:13).

El holismo. María Fuentes, médica homeópata, en un artículo de 1986, ya señala que en oposición a la visión fragmentaria del cuerpo desde la medicina, es necesario entender la existencia de diferentes estructuras en el cuerpo: un cuerpo físico o estructura “mineral”, un cuerpo energético que da lugar a la vida orgánica y funcional, un cuerpo psíquico-astral o estructura emocional y anímica y un cuerpo espiritual o ser esencial y trascendente. Desde otras versiones como la de Velasco (2009) se propone el modelo biopsicosocial con inclusión de la subjetividad y el género, teniendo en cuenta tanto los factores determinantes de la biología, como los determinantes sociales, como los de la esfera subjetiva o psicológica.

El trabajo con el cuerpo. El feminismo como nos recuerda Mari Luz Esteban ha puesto de manifiesto como el cuerpo ha sido uno de los dispositivos de control y regulación social de las mujeres (2004). Pero además en el cuerpo está la identidad de ser mujer, con toda la pluralidad y dinamismo que conlleva, que implica todo un trabajo corporal, de percibir y vivir el cuerpo de una determinada manera así como las condiciones materiales de la existencia, que permiten eso que llamamos

la agencia, es decir, la praxis individual y colectiva. Siguiendo a esta antropóloga feminista: “el hacerse feminista no sería más que configurar y reconfigurar, consciente o inconscientemente, nuestra actitud, nuestra intersubjetividad corporal, nuestro ser-en-el-mundo, en el marco de distintas tensiones: libertad frente a sumisión, acción frente a pasividad, fuerza frente a fragilidad, placer frente a peligro... lo cual no va en contra de reconocer la vulnerabilidad y la incertidumbre intrínsecas al ser humano” (2009). El cuerpo se constituye en la base sobre la que se inscriben todas las experiencias del sujeto, por ello la centralidad de poner al cuerpo y su escucha en estos procesos de autoconocimiento.

Esta política de la experiencia (Sánchez, 2001:80) basada en el trabajo en grupos de autoconciencia desarrollo estos tres aspectos, como condiciones necesarias e imprescindibles, con el fin de construir o reconstruir el mundo femenino, la identidad de las mujeres o la situación subordinada de las mismas, y de esta manera iniciar procesos de transformación individuales dirigidos a la emancipación de cada mujer que supusieran un cambio colectivo.

4. Razones para el uso de estas terapias alternativas por parte de las mujeres.

Frente a este panorama del feminismo de la salud, nos encontramos con trabajos que tratan de responder a la pregunta estrella sobre cuáles son los motivos que explican que esta predominancia de mujeres usuarias y terapeutas de estas medicinas no convencionales. Si nos acercamos a los estudios disponibles de este asunto, lo primero a subrayar sería como informan Enrique Perdiguero y Beatriz Tosal (2007), que aunque las investigaciones marquen este perfil de población femenina, parece paradójico, a pesar de que las MAC se están convirtiendo en un recurso importante en la gestión de la salud para las mujeres, son una realidad muy poco explorada. A continuación trataremos de esbozar brevemente algunas de las explicaciones sugeridas, en un orden que no implica su mayor relevancia:

Las mujeres tienen peor salud

En diferentes estudios se indica que la población que más usa las MAC, es aquella con multitud de síntomas físicos y que tienen mala salud –autopercebida (Sirois & Gick, 2002; Ballvé, 2003). Hechos que se dan con más frecuencia y presencia en las mujeres (Velasco, 2002). Esta multiplicidad de síntomas, a veces es acompañada de signos físicos y otras no, como dolores musculoesqueléticos, problemas de salud mental –por ejemplo ansiedad y depresión-, y somatizaciones. Algunos de estos signos como dolores músculo-esqueléticos, cansancio sin causa aparente, síntomas digestivos o neurológicos mal definidos, alteraciones del sueño y de la atención, están siendo encuadrados en la actualidad como diagnóstico de síndromes funcionales emergentes (fibromialgia y fatiga crónica los más frecuentes).

Algunos estudios feministas (Burín, 1998) han venido denunciando la relación de estos padecimientos de las mujeres con su posición de género, a saber: el modelo de género que han ido interiorizando las mujeres, los múltiples y variados roles que ejercen en sus vidas, que definen sus formas de vivir, sus estilos de vida (alimentación, sueño, ejercicio físico...), sus formas de cuidarse o no cuidarse, las formas de enfermar y morir, los motivos por lo que consultan en sus centros de salud o no. Y aparecen datos que muestran la progresión de la sobremorbilidad en las mujeres relacionada con factores biopsicosociales de género (Velasco, 2009).

Además, habría que mencionar que estas enfermedades y síntomas han recibido poca atención por parte de la medicina científico-occidental, y la recibida no está resolviendo los problemas que tienen las mujeres por lo que se hace necesaria la búsqueda de otras alternativas para su tratamiento. Otras autores como Flesch (2007) señalan que ante la deslegitimación y el descrédito, de los síntomas que padecen las mujeres, en la atención sanitaria; las terapias holísticas ofrecen, además de alternativas pragmáticas, la posibilidad de restaurar la legitimidad de la mujer y aumentar su capacidad de negociación/decisión sobre su padecimiento.

También conviene aquí recordar que según los datos de las últimas Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, se muestra como la autopercepción de salud es peor en las mujeres, en línea con los datos de las anteriores encuestas. Este indicador es muy relevante ya que muestra una relación directa entre la percepción de salud y la mortalidad; así como mayor concordancia entre la mala salud percibida y las categorías de dolor, malestar y mala salud mental. Pero además, la evaluación de esta valoración positiva de la salud de 1987 al 2012 ha mejorado en 2,6 puntos en los hombres frente a 1,2 en las mujeres. ¿Qué ha pasado en estos 35 años para que las mujeres dispongan de una valoración más negativa de su salud cuando ha sido el periodo en que más mejoras respecto a la igualdad se han producido?

En nuestras informantes hemos encontrado que, una de ellas había sido diagnosticada de fibromialgia hace diez años y buscando tratamientos más eficaces frente a los ofrecidos por la medicina convencional, empezó a hacer reiki, meditación y constelaciones familiares. Otra mujer, de 56 años, tenía un enorme malestar derivado de distintas crisis vitales (por duelos, cambios de trabajo...) y empezó a hacer terapia con cristales simultáneamente a psicoterapia. En todas ellas, se repite que el motivo que da lugar a acudir a estas terapias es un encontrarse con una mala percepción de salud, bien acompañada de ciertos malestares diagnosticados o no, ante lo que cabría preguntarse cuáles son las causas o factores productores de estos malestares, para lo que se requiere disponer de una visión integral de estos procesos corporales, que nos dirige al siguiente punto.

Visión holística de la vida

Es el paradigma que postula que la realidad es un todo, un sistema que va más allá de la suma de sus partes. Respecto a la salud considera las interconexiones entre mente, cuerpo y espíritu (MBS-mind, body and spirit); las cuales se han relacionado ampliamente con el bienestar y la enfermedad (Young & Koopsen, 2005). La palabra holismo se ha definido en varios sentidos: por un lado, planteando que la visión de las personas debe incluir estas tres dimensiones que son inseparables (Narayanasamy, 1999; Young & Koopsen, 2005). Por otro lado, planteando la necesidad de incluir otros dominios en los procesos de enfermar como la salud mental y el bienestar espiritual, las relaciones interpersonales, la nutrición y las condiciones medioambientales (Lowenberg & Davis, 1994). Lo que implica conceptos como equilibrio, armonía, integración cuerpo y mente, completando una visión multidimensional de la salud (Saylor, 2004).

Desde otros estudios (Ballvé, 2003; Astin, 1998) se plantea que interesan más a las mujeres porque proponen una visión de la salud más completa, donde los significados, sentidos, experiencias y creencias de cada persona son fundamentales en el proceso de mantenimiento y restablecimiento de la salud. Idea que estaría acorde con las propuestas feministas de recuperar un modelo biopsicosocial que integre el género y la subjetividad en la atención sanitaria y chocaría con las visiones y prácticas reduccionistas y fragmentarias de la medicina oficial con las que a menudo las mujeres se muestran disconformes.

Una de nuestras informantes señalaba: “En el nivel terapéutico hay algunos hombres: uno o dos, lo máximo, entre quince mujeres. La mujeres somos muchísimo más sensibles, estamos más dispuestas al cambio, estamos más abiertas. Esto es un paso en tu vida, abrirte a pensar las cosas de otra manera y las mujeres estamos más preparadas para ello”. En esta afirmación se descubre que estas mujeres buscan otra concepción de la salud que sea más abierta, que relacione “lo de dentro con lo de fuera” como nos decía otra mujer, que conecte sus experiencias, vivencias de una forma más integral.

Un papel activo de las mujeres en su atención y sanación

John Astin, doctor en Psicología de Centro Médico California Pacific, en su clásico artículo de 1998, ya plantea que las mujeres son más usuarias de estas terapias porque plantean un alto grado de autonomía y un rol activo en el cuidado y mantenimiento de su salud.

Como alguna informante nos ha declarado, en este caso una mujer enfermera, terapeuta de reiki y cristales, que se inicio primero como usuaria, el proceso clave de la sanación es el “acompañamiento o apoyo a cada persona”. Cada persona debe comprometerse en su proceso de auto-conocimiento, el cual le llevará a descubrir todo su potencial, todas sus fortalezas. Como apunta Anne Scott, estas terapias proporcionan un estilo más femenino y feminista de cuidado que la medicina convencional ya que devuelven el control del cuerpo a la persona -una de las reivindicaciones típicamente feministas en relación a la medicina científico-occidental-, como mostrábamos en la introducción de este artículo.

En esta línea, Linda Woodhead pone su acento mayor en la capacidad estas terapias para enfatizar la agencia de las mujeres y reforzar este aspecto (2007:98). Señala como en muchas de sus informantes aparecía una concepción del bienestar restringido por obligaciones derivadas de su rol de género como esposa, madre o cuidadoras de otras personas de la familia. La entrada en estas terapias les permite darse permiso, dirigir el cuidado y la atención hacia sí mismas, hacia su bienestar. A través del cultivo de la autoafirmación, el trabajo sobre la autoestima, la mejora del autoconcepto como persona valiosa, única y especial. Otras autoras como Fedele (2008) y Bowman (2008), confirman estos hallazgos, señalando que este proceso de des-alienación, genera un “crecimiento” de la autoconciencia que tiene beneficios en la forma en que las mujeres manejan su salud en la medida en que desde estos valores se trabaja sobre su subjetividad y bienestar emocional al mismo tiempo que sobre su bienestar físico.

Legitiman el cuidado y el auto-cuidado

Estas terapias también proponen el cuidado, y particularmente, el auto-cuidado como un eje central en las vidas de las personas. El cuidado ha sido una actividad asignada tradicionalmente a las mujeres, aquí se invita a las mujeres a todos esos saberes y prácticas de las que disponen también las apliquen a sí mismas, que pasen del cuidado de los otros al cuidado propio. Al legitimar el saber personal de las mujeres, su expresión personal y así la afirmación de la individualidad de las mujeres, se está propiciando un tipo de empoderamiento.

Ya en 1998, la socióloga feminista Anne Scott argumenta que la medicina convencional se ha identificado como un lugar de producción y mantenimiento del poder social en el que el discurso y prácticas biomédicos han asumido y reforzado un modelo normativo de feminidad que ha contribuido a ejercer una opresión sobre las mujeres a través de una ontología dualista de género, que, por añadidura, se hacía aparecer como naturalizada y, por ende, inevitable. Justamente el estudio de Scott sobre la homeopatía y su surgimiento en la Gran Bretaña del siglo XIX, Scott, revela que las homeópatas representaron un papel fundamental en el movimiento feminista de salud de las mujeres, creando discursos y estrategias de resistencia a la biomedicina, centrados en su derecho a tener el control de su propia salud y autocuidado (Hastie et al., 1995).

Otro atractivo de estos dispositivos de salud es que las propias usuarias se pueden convertir en terapeutas. Este paso de la condición de usuario-consumidor a profesional se facilita mediante la implicación personal, la preparación. De modo que se presenta un nicho profesional de autoempleo para las mujeres centrado en un ámbito de los que suponen su especialización como mujeres como es el cuidado y la ayuda.

Promueven lo colectivo

Algunas de estas terapias (meditación, yoga...) se realizan en grupos. De manera que se constituyen grupos de usuarias guiados por un o una terapeuta; en la que cada una hace su proceso de sanación, pero sus experiencias son compartidas en el grupo y se produce un aprendizaje también entre el propio grupo. Lo colectivo, aquí se convierte en una cuestión crucial, como una de nuestras informantes nos menciona: "las mujeres no tenemos espacios para compartir. A mí, estos grupos me parece que recuperan los canales de comunicación que teníamos hace 20 años entre mujeres".

Estos espacios construyen comunidades de mujeres, en los colectivamente buscan formas de tomar conciencia de su realidad, de su capacidad de actuar, responder y resistirse y se transforma su subjetividad a formas más activas. Por ello podrían ser presentados, como nosotras creemos, como continuadores de esos grupos de autoconciencia del feminismo.

No obstante habría que profundizar en la relación que se crean a partir de estos grupos terapéuticos, si constituyen redes más allá de las propias terapias, así como las funciones y los significados que adquieren en las vidas de estas mujeres. Al respecto es llamativo descubrir que además muchas de estas usuarias, tienen una edad media (35-60 años), muchas no tienen hijos ni viven en pareja.

Este panorama inconcluso, en el que habría que incorporar algunas motivaciones que también aparecen en algunos estudios como los planteamientos ecologistas, las visiones críticas respecto a la medicalización y la deshumanización de la medicina, que aunque con sus propias variaciones, observamos que, son argumentos que se esgrimen para explicar la búsqueda de estos recursos de salud y espiritualidad, sobre los que estamos trabajando en esta investigación.

5. Reformulando el empoderamiento desde los grupos feministas a los grupos de ambiente holístico.

Las razones que se señalan como explicativas de que las mujeres inicien itinerarios de búsqueda de salud que les conduzcan a estas terapias coinciden con los postulados propuestos por los grupos de autoconciencia del movimiento feminista de la salud. Tal y como, alguna de nuestras informantes ha señalado, y hemos apuntado, habría una continuidad en sus propuestas, de modo que podríamos acertar al decir que estos grupos feministas crearon ciertas condiciones para que las mujeres estuvieran o estén en disposición de búsqueda de su salud. Entendiendo que esta concepción de salud, sería una noción más amplia y compleja, que la abordada por los sistemas médicos tradicionales o convencionales, pues implica, al menos, una visión holística de los procesos de bienestar, y una interrelación entre lo físico, lo psicoemocional, lo social y lo espiritual. Retomando a Nikolas Rose (2007), estas mujeres estarían ancladas en unas políticas de la vida –además de unas políticas de la experiencia como decía el movimiento feminista-, caracterizadas por una búsqueda y defensa del bienestar, la calidad de vida y la felicidad. Esta lógica vitalista determina en gran medida su modo de vivir, convirtiéndose ésta –la búsqueda de la vida- en el centro de la misma. En consecuencia, el empoderamiento o la autonomía conforman uno de sus objetivos, particularmente en la medida que siguen apostando porque las mujeres descubran cuáles son las condiciones que no les permiten experimentar la vida de una manera gozosa y libre.

No obstante, cabría interrogarse hasta que punto estas formas de empoderamiento, estas políticas de la experiencia, de la vida y de la autoconciencia, parten de una exploración individual y se convierten en procesos individualistas, centrados en el yo, en un yo muy concreto, occidental, posmoderno y liberalista.

Por otra parte, nos preguntamos como hacen otras autoras (Bowan, Fedele, Woodhead), acerca de cuáles son las relaciones con el feminismo, mejor dicho, con qué tipos de feminismos, en el sentido de si proponen estrategias para subvertir la desigualdad de las mujeres o aportan versiones diferencialistas y hasta que punto estas propuestas constituyen alternativas y renovaciones. Cuestiones sobre las que esperamos poder seguir trabajando.

Bibliografía

Adams, J.; Sibbritt, D.; Easthope, G.; Young, A.: «The profile of women who consult alternative health practitioners in Australia», *Medical Journal of Australia*, 179 (2003), pp. 297-300.

Aikins, P.; Kronenberg, F.; Wade, C.: «Complementary and alternative medicine in women's health. Developing a research agenda», *Journal of Nurse-Midwifery*, 44 (1999), pp. 192-204.

Astin, J.A.: «Why patients use alternative medicine? Results of a national study», *JAMA*, 279 (1998), pp. 1548-1553.

Ballvé Moreno, J.L.: "¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué?", *Revista Humanidades médicas*,

Volumen 1 - Número 2 - Abril-Junio 2003, pp. 31-40.

Bodoque, Yolanda (1996) *Discursos y practicas sobre sexualidad y reproducción*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.

Bowman, Marion (1999) "Healing in the Spiritual Marketplace: Consumers, courses and Credentialism", en *Social Compass* 46(2):181-189.

Burín, Mabel (1990): El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires, Paidós.

Colectivo De Boston (2000 [1971]) *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Plaza Janés.

Cornejo Valle, Mónica. Blázquez Rodríguez, Maribel. (2013) La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del "ambiente holístico". *Revista de Antropología Experimental*, nº 13, Texto 2: 11-30. Enlace con: <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2013/02cornejo13.pdf>

Cushman, L.F.; Wade, C.; Factor-Litvak, P.; Kronenberg, F.; Firester, L.: «Use of complementary and alternative medicine among African-American and Hispanic women in New York city», *Journal of American Medical Women's Association*, 54 (1999), pp. 193-195.

Dawn, M.U.; Chyu, L.: «Use of complementary and alternative medicine among American women», *Women's Health Issues*, 15 (2005), pp. 5-13.

Esteban, Mari Luz (1992) *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del sistema sanitario*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Esteban, Mari Luz (2004) *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, Mari Luz (2009): "Cuerpos, sexualidades y políticas feministas" en Jornadas Estatales Feministas de Granada.

Fedele, Anna (2008) *El camino de María Magdalena. Un recorrido antropológico por la ruta de peregrinaje de la nueva espiritualidad*, Barcelona: Editorial Integral.

Flesch H.: «Silent voices: women, complementary medicine and co-optation change», *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13 (2007), pp. 166-173.

Folguera, Pilar (2007) *El feminismo en España: dos siglos de historia*, Madrid: Pablo Iglesias.

Fuentes, María (1985) *Estructura multidimensional del ser humano*, Barcelona.

Fuentes, María (2001) *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*. Barcelona: Icaria.

Griera, María del Mar; Urgel, Ferrán (2002) *Consumiendo Religión. Nuevas formas de espiritualidad entre la población juvenil*, Barcelona: Fundación La Caixa.

Hastie, Nicki;Porch,Sarah;Brown,Lou (1995) "Doing it ourselves: promoting womens health as feminist action", en Gabriele Griffin (ed.) *Feminist Activism in the 1990s*: 13-27. Londres: Taylor and Francis.

Informe Ferrer I Guardia (2011) *Anuario de la laicidad en España 2011*, Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Lowenberg, J. S., & Davis, F. (1994). Beyond medicalisation-demedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health & Illness*, 16(5), 579-599.

MSC. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2003) *Encuesta nacional de salud 2003*, Madrid: MSC, disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>

MSC. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006) *Encuesta nacional de salud 2006*.Madrid: MSC, disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

MSC. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) *Encuesta nacional de salud 2011-2012*, Madrid: MSC, disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

MSPSI. Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad (2011) *Análisis de situación de las terapias naturales*.Madrid: MSPSI, disponible en: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>

Narayanasamy, A. (1999). A review of spirituality as applied to nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 36(2), 117-125.

NCCAM, National Center For Complementary and Alternative Medicine (2012) *What is CAM?*, Bethesda: NCCAM, disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>

OMS, Organización Mundial de la Salud (1978) *Declaración de Alma Ata*, Alma Ata: OMS, disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

- OMS, Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, Ottawa: OMS, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2002) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS.
- Ortiz, Teresa (2006) *Medicina, historia y género, 130 años de investigación feminista*. **Oviedo: KRK.**
- OTN, Observatorio de Terapias Naturales (2008) *Presentación del primer estudio sobre uso y hábitos de consumo de las terapias naturales en España*. Barcelona: OTN, disponible en: <http://www.tenacat.org/images/tenacat/Sintesis%20estudio%20TN.pdf>
- Perdiguero, Enrique (2004) “El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar”, en *Gaceta Sanitaria*, 18(1): 140-145.
- Perdiguero, Enrique Y Tosal, Beatriz (2007) “Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres”, en *Feminismo/s* 10:145-162.
- PÉREZ-AGOTE, Alfonso y SANTIAGO, José A (2005) *La situación de la religión en España a principios del siglo XXI*, Madrid: CIS.
- Sánchez Muñoz, Cristina; Beltran, E. Álvarez, S. (2001), “Feminismo liberal, radical y socialista” en: Elena Beltrán, Virginia Maquieira, Silvina Álvarez y Cristina Sánchez, *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Cátedra, pp. 75-103.
- Saylor, C. (2004). The circle of health: a health definition model. *Journal of Holistic Nursing*, 22(2), 98-1125.
- Scott, Anne (1998) “Homeopathy as a feminist form of medicine”, *Sociology of Health and Illness* 20(2):191-214.
- Sen, Ghita (1997) “Empowerment as an approach to poverty”. Background paper to the Human Development Report.
- Sirois, F.M.; Gick, M.L.: «An investigation of health beliefs and motivations of complementary medicine clients», *Social Science and Medicine*, 55 (2002), pp. 1025-1037.
- Velasco (2009) *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
- Velasco, Sara. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de intervención*. Madrid: Instituto de la Mujer, 2002. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>
- Woodhead, Linda (2007) “Why so many women in holistic spirituality? A puzzle revisited”, en K. Jupp y P.C. Flanagan, *A Sociology of Spirituality*, Aldershot: Ashgate.
- Woodhead, Linda; Heelas, Paul (2000) *Religion in modern times: an interpretative anthology*. Oxford: Blackwell.
- Young, C; Koopsen, C (2005) *Spirituality, health and healing*. USA: SLACK Incorporated.