

## EDITORIAL

En esta ocasión, el contenido del 11º volumen recorre, a través de sus nueve contribuciones, diversos aspectos vinculados a la salud y el bienestar en el contexto actual. Algunas de ellas tematizan condiciones vinculadas con el COVID19, evento que irrumpió, desestabilizó y afectó las nuevas sensibilidades del siglo XXI.

Así mismo, se analizan aspectos asociados a las políticas públicas desde los Estados nacionales, pasando por las consecuencias que se manifestaron en la vida de las comunidades y las instituciones locales, hasta las transformaciones que supuso en la vida cotidiana y en el modo de percibir las condiciones asociadas a la salud, el bienestar y la gestión del malestar. Se integran, además, estudios referidos a la vigencia de las estrategias de complementariedad terapéutica en las trayectorias de los individuos, como a los atravesamientos entre la salud, lo sagrado y lo espiritual.

Sacrificio y compromiso individual como la mejor defensa de todos, junto a la incertidumbre científica y las *fake news*, repusieron las controversias entre ciencia, espiritualidad y religión.

# ALER

Asociación Latinoamericana para el Estudio de las Religiones A.C.

RELIGIONES LATINOAMERICANAS 11

20  
23

# SALUD, BIENESTAR E INTERCULTURALIDAD EN CLAVE REGIONAL

**Coordinadoras:** C. S. Krmpotic y M. M. Saizar  
V. Papalini  
Á. P. Villarrubia Gómez  
V. Civila Orellana  
M. B. Trecco  
M. Bordes  
D. M. G. Quiroz Bustamante  
J. S. Gelerstein Moreyra  
R. Agúndez Márquez

RELIGIONES  
LATINOAMERICANAS  
N U E V A É P O C A

# 11

enero - junio 2023

ISSN 0188-4050

*RELIGIONES*  
*LATINOAMERICANAS*  
N U E V A É P O C A

Asociación Latinoamericana para el Estudio de las Religiones A.C.  
(ALER)

coordinacionacademica.aler@gmail.com  
www.alerreligiones.com  
religioneslatinoamericanas@gmail.com  
www.religioneslatinoamericanas.com.mx

SECRETARIADO PERMANENTE

**Presidente**  
Elio Masferrer Kan

**Secretaria**  
Isabel Lagarriga

**Relaciones Internacionales**  
Sylvia Marcos

**Difusión Internacional, Coordinación y Organización Académica**  
Elizabeth Díaz Brenis

**Tesorería**  
Jorge René González Marmolejo  
Iván Franco Cáceres

RELIGIONES  
LATINOAMERICANAS

N U E V A É P O C A

ISSN: 0188-4050

**CONVOCA**

A través de la Asociación Latinoamericana para el Estudio de las Religiones A. C. (ALER) invita a los(as) científicos(as) en ciencias sociales y humanidades a enviar propuestas de artículos científicos inéditos y reseñas de libros no mayores a 2 años de publicación de la obra, para publicar en la Revista Religiones Latinoamericanas. Nueva Época, investigaciones en las que se problematice la relación de las creencias religiosas, las personas practicantes, los espacios religiosos y el significado construido, en ese sentido está abierta la posibilidad de cualquier sistema religioso.

**C O N V O C A**

1.- Serán publicados todos aquellos textos, originales e inéditos, que desde distintos puntos de vista pongan interpretaciones y análisis de hechos sociales para el conocimiento de la historia y antropología de las religiones en distintos puntos del mundo, para lo cual, deberán estar debidamente sustentados y apegarse al tema previsto para cada número.

2.- Se recibirán textos con las siguientes temáticas:

Perspectiva de los actores religiosos  
Análisis de sistemas religiosos desde la jerarquía y los actores religiosos

3.- Todas las colaboraciones al ser enviadas deberán contener una breve ficha curricular:

Nombre completo del autor o autores  
Institución a la que están adscritos o hayan egresado  
Abstract en español e inglés (máximo 200 palabras c/u)  
Al menos tres palabras claves  
Correo electrónico

4.- Todos los artículos deberán ser enviados en formato: .doc, .docx, y deberán sujetarse a las normas de estilo siguientes:

-Fuente Times New Roman del número 12  
-Interlinéado 1.5 mm.  
-Pueden incluirse cuadros, mapas, gráficos y fotografías en imagen con el formato .jpg o .bmp (enviar en archivos separados)  
-Citas y bibliografía al final de texto respetando el estilo APA o Harvard

5.- La extensión de los artículos deberá ser de máximo 24 páginas con fuentes; mientras las reseñas máximo 5 pág.

6.- Las colaboraciones serán enviadas al correo electrónico: [religioneslatinoamericanas@gmail.com](mailto:religioneslatinoamericanas@gmail.com)

7.- Todos las colaboraciones serán sometidos a dictaminación ciega por especialistas del tema.

8.- Todo lo no previsto por esta convocatoria será resuelto por el comité editorial

Atentamente  
Comité Editorial Revista Religiones Latinoamericanas. Nueva Época

# **ANTROPOLOGIA LATINOAMERICANA CONTEMPORANEA**

## **REFLEXIONES, APORTES Y ESTUDIOS DE CASO.**

**COORDINADORES:**  
**ROLANDO MACIAS RODRIGUEZ,**  
**FEDERICO FERNANDEZ,**  
**ELIO MASFERRER HAN,**  
**JUAN PABLO FERREIRO**



**FHyCS**  
Facultad de Humanidades  
y Ciencias de la Salud



**tiraxiediciones**



**ENAH**  
Escuela Nacional de Antropología e Historia

# *RELIGIONES LATINOAMERICANAS*

N U E V A É P O C A

## COMITÉ ACADÉMICO

|                           |                          |                           |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Xavier Albó               | Alejandro Ortíz          | Laura Collin Harguindeguy |
| Harvey Cox                | Michael Pye              | Elizabeth Díaz Brenis     |
| Manuel Gutiérrez Estévez  | Michel Perrin            | Jorgue R. González M.     |
| Anatilde Ideoyaga         | Pablo Wright             | Gerardo A. Hernández A.   |
| Fabiola Jara              | Jacques Zylberberg       | Fabio Gemo                |
| Christian Lalive d'Épinay | Liliana Bellato Gil      | Luis Scott                |
| Isabel Lagarriga          | Silvana Forti Sosa       | Iván Franco               |
| Enrique Marroquín         | Elio Masferrer Kan       | Javier Hernández          |
| Edmundo Magaña            | Carlos Miranda Videgaray | Ivan San Martín Córdova   |
| Isidoro Moreno Navarro    | Marion Aubrée            | Jerry Espinoza Rivera     |
| Juan Ossio                | Mercedes Saizar          | María Diéguez Melo        |

### Comité Editorial

Thania S. Álvarez Juárez, Nayeli Olivia Amezcua Constandce, Josué E. Barrios Vázquez, Elizabeth Díaz Brenis, Jesús Tecrucesño Hernández, Rolando Macías Rodríguez, Elio Masferrer Kan, Eleonora Pagnotta.

Edición, Diseño y Formación  
Rolando Macías Rodríguez

Corrección de estilo español  
Alejandra Edith Lozada Zarate

Corrección de estilo portugués  
Guillermo Rodríguez Pérez

Apoyo de portada  
Jesús Tecrucesño Hernández

Dibujo de Portada  
Víctor Alfaro Ortiz

Publicación semestral editada por el Comité editorial de Religiones Latinoamericanas. Nueva Época, AP 22-614; C.P. 14000 Tlalpan, México, D.F., Teléfono y Fax: (52)5665-6097, Editor responsable: Elio Roberto Masferrer Kan, email: [religioneslatinoamericanas@gmail.com](mailto:religioneslatinoamericanas@gmail.com) . Reserva de derechos de uso exclusivo del título: 0188-4050

ISSN: 0188-4050

El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de sus autores

Edición Digital  
Rolando Macías Rodríguez  
Derechos Reservados

diciembre 2023

# **SALUD, BIENESTAR E INTERCULTURALIDAD EN CLAVE REGIONAL**

**Coordinadoras: C. S. Krmpotic y M. M. Saizar  
V. Papalini  
Á. P. Villarrubia Gómez  
V. Civila Orellana  
M. B. Trecco  
M. Bordes  
D. M. G. Quiroz Bustamante  
J. S. Gelerstein Moreyra  
R. Agúndez Márquez**

*RELIGIONES*

*LATINOAMERICANAS*

N U E V A É P O C A

**11**

enero - junio 2023

## CONTENIDO

|                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Editorial.....                                                                                                                                                            | 7  |
| Circulación y validación de saberes entre los profesionales de la salud en la pandemia por COVID19 en Argentina .....                                                     | 13 |
| <i>Claudia Sandra Krmpotic</i>                                                                                                                                            |    |
| En las manos de dios y de mi madre: hacia nuevos paradigmas de bienestar .....                                                                                            | 31 |
| <i>Vanina Papalini</i>                                                                                                                                                    |    |
| Turismo cultural, movilidades y nuevas formas de cuidar y viajar en contexto de pandemia: el caso de la actividad artesanal de Uquía, provincia de Jujuy, Argentina ..... | 49 |
| <i>Álvaro Patricio Villarrubia Gómez</i><br><i>Vanesa Civila Orellana</i>                                                                                                 |    |
| La intervanci3n del estado frente a la diversidad cultural (Argentina) .....                                                                                              | 69 |
| <i>María Belén Trecco</i>                                                                                                                                                 |    |
| Entre lo tangible y lo sutil: análisis de las cosmologías terapéuticas alternativas desde una clave relacional .....                                                      | 83 |
| <i>Mariana Bordes</i>                                                                                                                                                     |    |

## CONTENIDO

|                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| El Tarot como espacio simbólico y sistema terapéutico .....                                                                                   | 103 |
| <i>Dulce María Gristelda Quiroz Bustamante</i>                                                                                                |     |
| El bienestar como horizonte vital. Reflexiones en torno a los<br>motivos para hacer yoga (Buenos Aires, Argentina) .....                      | 115 |
| <i>María Mercedes Saizar</i>                                                                                                                  |     |
| “Espacio del bienestar” y “Encuentros saludables”: experiencias<br>de inserción de yoga en hospitales públicos de Córdoba .....               | 131 |
| <i>Juliana Sol Gelerstein Moreyra</i>                                                                                                         |     |
| Una aproximación al análisis de los actos del habla durante la<br>Alabanza Corporativa en Iglesias Evangélicas del Noroeste<br>mexicano ..... | 149 |
| <i>Roberto Agúndez Márquez</i>                                                                                                                |     |

---

## EDITORIAL

El contenido de este volumen recorre a través de sus nueve contribuciones, diversos aspectos vinculados a la salud y el bienestar en el contexto actual. Algunas de ellas tematizan condiciones vinculadas con el COVID19, evento que irrumpió, desestabilizó y afectó las nuevas sensibilidades del siglo XXI. Se analizan aspectos asociados a las políticas públicas desde los Estados nacionales, pasando por las consecuencias que se manifestaron en la vida de las comunidades y las instituciones locales, hasta las transformaciones que supuso en la vida cotidiana y en el modo de percibir las condiciones asociadas a la salud, el bienestar y la gestión del malestar. Se integran, además, estudios referidos a la vigencia de las estrategias de complementariedad terapéutica en las trayectorias de los individuos, como a los atravesamientos entre la salud, lo sagrado y lo espiritual. Algunos de los trabajos constituyen versiones ampliadas de ponencias a presentarse en el Simposio “Cuidados, bienestar y salud. Experiencias y tendencias locales y globales”, en el XIX Congreso Latinoamericano de Religión y Etnicidad organizado por la Asociación Latinoamericana de Estudios de Religión en julio del 2023.

En primer orden, el trabajo de Claudia Sandra Krmpotic focaliza en el papel de la comunicación y la mediación de las asociaciones profesionales y sociedades médicas entre las decisiones gubernamentales y el comportamiento social, en el contexto del COVID19. Indaga en aspectos relativos a los componentes descriptivos (balance de la situación pandémica) y prescriptivos (recomendaciones) que difundieron, con el objeto de describir la influencia de la pandemia sobre sus agendas, como en el diseño y gestión de políticas públicas. Reflexiona sobre las formas de circulación y validación de saberes, en el campo de la subpolítica de la medicina en un contexto de autonomización de las esferas del progreso técnico y social, y el control político.

Por su parte, la situación de excepcionalidad provocada por la pandemia de COVIDA19 y los cambios producidos en la definición de salud y cuidados, es abordada en el artículo de Vanina Papalini, en este caso, mediante un análisis de las interpretaciones de jóvenes de diferentes adscripciones religiosas y niveles socioeducativos, residentes en la ciudad de Córdoba, Argentina. En la reflexión compartida acerca del lugar que ocupa la fe religiosa en sus vidas, la cercanía/lejanía percibida entre sus prácticas de cuidado y las prácticas asociadas a los nuevos paradigmas del bienestar y a quién confiarle el propio cuidado frente a la enfermedad o el dolor -entre otras aristas-, surgen como respuestas la centralidad de las mujeres de la familia en el cuidado de la salud, pero también como fuente de consejo y referencia; la vigencia del autotratamiento, las terapias tradicionales y las curas caseras, pero también el recurso de las clases medias y altas hacia la psicoterapia y las terapias alternativas, así como la recurrente mención a la confianza depositada en Dios frente al malestar y el dolor.

El artículo de Álvaro Patricio Villarrubio Gómez y Vanesa Civila Orellana presenta un muy interesante abordaje del modo en que las condiciones de aislamiento por el COVID19 en la Argentina -obligatorio primero y preventivo después- impactaron en el desarrollo de las actividades turísticas de la provincia de Jujuy. Siendo el turismo nacional e internacional una de las principales industrias de la provincia norteña, las condiciones asociadas al afrontamiento de la pandemia afectaron especialmente el normal

desarrollo de las actividades del área de turismo. Los autores analizan, a través del caso de la comunidad de Uquía, en la Quebrada de Humahuaca, una dinámica novedosa para la región en la que la movilidad turística se redefine por la promoción del turismo local. Ello invita a pensar estrategias futuras de mayor equidad y con un sentido de preservación patrimonial. Es en ese sentido que los autores valoran la capacidad de transformación que la pandemia trajo, como una muestra de las posibilidades de promover lo local, respetando el patrimonio.

En un interesante cruce que muestra las tensiones al interior de las sociedades interculturales, María Belén Trecco analiza el rol del Estado mediado por la intervención de los profesionales del sistema judicial y sanitario, y su accionar frente a la diversidad cultural. Elige para ello el caso de Julián, un niño de la comunidad indígena Mbya Guaraní, en la provincia de Misiones (Argentina). Lo especial del caso reside en la tensión explícita entre la cosmovisión propia de la comunidad de Julián y su familia y la perspectiva médico-jurídica sostenidas por el estado provincial y nacional frente a una situación de grave malestar que sufre el menor. Este conflicto de moralidades, dice la autora, se configura a la vez como un dilema bioético, en el que el objetivo común de salvar la vida del niño se tensiona con la elección del modo correcto de hacerlo. La condición de menor de Julián es además reforzada por la condición de minusvalía atribuida a las comunidades aborígenes, como aspecto de las relaciones de dominación. El estudio afirma la necesidad del pensamiento crítico en la formación de los profesionales que laboran en el campo de la salud y la justicia.

El texto de Mariana Bordes analiza -desde una perspectiva relacional- el modo en que los actores sociales que eligen una terapia alternativa, en este caso la reflexología podal, reflexionan y justifican sus preferencias, destacando los contrastes que se construyen en la narración, respecto de otras dos terapias que suelen asociarse a la reflexología, como son el reiki y la kinesiología. Las diferencias y matices señalados a lo largo del análisis aportan una cuestión de sumo interés al campo de las terapias alternativas, como lo es el de la necesidad de complejizar la perspectiva analítica y considerar las posibles diferencias al interior del campo terapéutico

alternativo; al tiempo que muestra la potencialidad de estas comparaciones para el estudio de los sentidos de la adhesión, más allá incluso de la especificidad de los casos abordados.

En el artículo de su autoría, Dulce María Griselda Quiroz Bustamante nos introduce en el mundo del Tarot y sus principios, considerando las tradiciones y los cambios acontecidos en su uso. En tal sentido, el estudio avanza en la descripción de un sistema de creencias asociado a la adivinación que ha sido adoptado como un sistema terapéutico, asociado a la posibilidad del autoconocimiento. En tanto herramienta de manejo de la incertidumbre humana, la autora nos señala que el Tarot posee una narrativa propia que, mediante la lectura de las cartas, permite construir un espacio simbólico en el que la temporalidad abarca el pasado, el presente y el futuro del consultante. La utilización de este sistema en combinación con otras terapias es señalada como una manifestación de la apropiación del sujeto en el devenir de su cuidado. Es así como el Tarot se actualiza y se incorpora a un movimiento más amplio de disciplinas y terapias en las que se hace presente la posibilidad del autoconocimiento como un modo de resolución de conflictos humanos y una acción tendiente a la salud.

Respecto al eje de la salud, el cuidado y la espiritualidad, María Mercedes Saizar presenta un artículo en el que, a partir del relato de los usuarios del yoga en Buenos Aires sobre sus motivaciones, se analiza el devenir de la noción de bienestar y sus distintas atribuciones de sentido. Se rescatan menciones asociadas al desarrollo de la espiritualidad personal, al mantenimiento de los aspectos físicos, mentales y emocionales, a la importancia de los vínculos sociales y el sentido de pertenencia, y a la cada vez más frecuente mención a la agencia individual y responsabilidad sobre el propio cuidado. Para la autora, el bienestar se presenta como un horizonte a alcanzar en el que el sujeto se constituye en el responsable de su logro y mantenimiento. El pasaje del COVID19 se manifiesta en nuevos modos autogestionados de desarrollo, mediante el uso de distintos medios tecnológicos que ofrecen clases virtuales. Se integran características propias de la presencialidad en los centros de práctica, más se subraya el rol autónomo del actor respecto de las decisiones en torno a la duración y objetivo de la práctica.

En el artículo de Juliana Sol Gelerstein Moreyra, quien presenta un interesante abordaje de la inserción de terapias alternativas en contextos hospitalarios de la ciudad de Córdoba, Argentina. Presta especial atención a la práctica de yoga en dos hospitales públicos. A partir de los resultados de su trabajo de campo y en diálogo con los trabajos de otros autores, indaga en torno a las modalidades de inserción y los vínculos con las especialidades biomédicas, la presencia de otras terapias y el rol de los especialistas biomédicos en este proceso. Nos invita a pensar en el sentido de la incorporación de prácticas terapéuticas alternativas en contextos hospitalarios, que revela un tipo de aceptación a partir de la indiferencia más que en un acuerdo de significados entre los campos terapéuticos en cuestión.

Cierra el volumen, el artículo de Roberto Agúndez Márquez, donde realiza un análisis de la Alabanza Corporativa (AC) en las iglesias evangelistas y como este se fue transformando a un formato híbrido, cuando el COVID19 fue declarado una pandemia mundial y se establecieron políticas de aislamiento en los continentes, evaluó diferentes aspectos con respecto a la construcción de la AC tomando en cuenta, desde el quien es quien realiza la AC, el tipo de estructura con la que se construye y los actos del habla que intervienen sin dejar de lado el análisis del uso de las frases de la biblia utilizadas o las referencias a Dios dentro de AC, si bien el autor menciona que falta por analizar el impacto de la AC en los congregantes, menciona que una parte fundamental es como est constituida la AC para llegar a influir a la congregación y más aun cuando no hay un contacto físico y/o visual por parte de quien la conduce.

Resulta imposible sustraerse a la experiencia global del COVID19: nos retrotrajo al impacto que la teoría microbiana y el modelo infeccioso tuvieron en el proceso de medicalización iniciado a mediados del siglo XIX. Sacrificio y compromiso individual como la mejor defensa de todos, junto a la incertidumbre científica y las *fake news*, repusieron las controversias entre ciencia, espiritualidad y religión, volviendo vigente la crítica de Illich (1976) sobre la expropiación de la salud por la empresa médica. Cuarentena, vigilancia y normalización nos colocaron como ciudadanos de estados de

excepción (Agamben, 2005) en medio de una financierización del sistema mundial en la que Estados hasta instituciones supranacionales quedan subordinados a los poderes y vicisitudes de los mercados financieros, y en palabras de Brown (2019) ante el ascenso de políticas antidemocráticas.

En este contexto, los autores muestran -de manera directa o tangencial- la importancia que los sujetos le atribuyen a la salud, el bienestar, la espiritualidad y a los vínculos sociales. Se ponen de manifiesto estrategias adaptativas y ampliación de conciencias, además de la vigencia de las estrategias de complementariedad terapéutica, en las que las prácticas del autotratamiento, la medicina casera, las terapias alternativas y las terapias religiosas se combinan con la oferta de la biomedicina, de acuerdo con características culturales, sociales, religiosas, étnicas, como a condiciones sociales, políticas públicas y acceso a los sistemas de salud oficiales.

Claudia Sandra Krmpotic y María Mercedes Saizar  
Coordinadoras invitadas del Número

# Circulación y validación de saberes entre los profesionales de la salud en la pandemia por COVID19 en Argentina

Claudia Sandra Krmpotic<sup>1</sup>

## **RESUMEN**

La irrupción del COVID19 y el desarrollo de una pandemia se presume un acontecimiento que redefinió la agenda de cuestiones tecnocientíficas de los profesionales de la salud en la Argentina. A través de una revisión de alcance de productos comunicativos referidos al COVID19 encuadrados en la literatura gris y expuestos en las páginas web de asociaciones de especialistas, se indaga en aspectos relativos a los componentes descriptivos (balance de la situación pandémica) y prescriptivos (recomendaciones) que difundieron, con el objeto de describir la influencia de la pandemia sobre sus agendas, en el diseño y gestión de políticas públicas frente al acontecimiento, como el papel de mediación entre las decisiones gubernamentales y el comportamiento social.

Palabras clave: COVID19 - asociaciones profesionales - recomendaciones - mediación social.

## **Circulation and validation of knowledge among health professionals during the COVID-19 pandemic in Argentina.**

### **ABSTRACT**

The emergence of COVID-19 and the development of a pandemic is presumed to be an event that redefined the agenda of techno-scientific issues for healthcare professionals in Argentina. Through a scope review of communicative products related to COVID-19, framed within grey literature, and presented on specialist association websites, aspects related to descriptive components (assessment of the pandemic situation) and prescriptive components (recommendations) that they disseminated are examined. The aim is to describe the influence of the pandemic on their agendas, in the design and management of public policies in response to the event, as well as their role in mediating between governmental decisions and social behavior.

**Keywords:** COVID-19 - professional associations - recommendations - social mediation.

---

<sup>1</sup> Centro Argentino de Etnología Americana/CONICET (Buenos Aires – Argentina)  
email: claudia.k@conicet.gov.ar

## Introducción

Este estudio recopila resultados de un proyecto de investigación en curso<sup>2</sup> orientado a indagar en los motivos y significados de los actuales arreglos y reorientaciones que fundan la selección, preferencias y combinación de recursos de salud (alternativos, tradicionales, naturales, religiosos y biomédicos) a partir de la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2, desarrollados por usuarios, proveedores y especialistas en contextos urbanos de la Argentina. En este artículo, interesa avanzar en la descripción y análisis de la agenda de cuestiones y estrategias sanitarias de los especialistas biomédicos ante la pérdida de salud y bienestar agravada por la pandemia.

Se presume que la irrupción y desarrollo de la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 constituyó un acontecimiento que redefinió -en algún grado- la agenda de cuestiones tecnocientíficas de los profesionales del sector de salud en la Argentina. Que, asimismo, contribuyó a definir y fundamentar las medidas gubernamentales adoptadas de aislamiento y distanciamiento social como la elección informada de acciones frente al COVID19 de pacientes, instituciones, otros especialistas y comunidad en general. Supone reconocer una dinámica propia a los actores de la arena local que aceptan, resisten o reversionan las teorías y políticas del Norte Global impuestas a América Latina y el Caribe en nuestros sistemas de salud, construidos como burocráticos, biomedicalizados, orientados al tratamiento y comercializados, con referencia a la reproducción del conocimiento en salud establecido (Feo Istúriz, Basile y Maizlish, 2023).

En lo que respecta al sistema de salud argentino presenta profundas inequidades. Como describe Mera (2020), por un lado, entre quienes tienen la posibilidad económica de “comprar salud” según sus preferencias, accediendo a una amplia cobertura y en otro extremo, quienes excluidos del mercado de empleo formal dependen de la oferta de salud pública. En el medio de estos dos extremos, se encuentra el sector asalariado que, dependiendo de las fluctuaciones del nivel de empleo y de las variables escalas de salario, accede a una cobertura diferencial por parte de las obras sociales. Y a su vez, la inequidad también obedece a la gran diversidad de realidades provinciales, dado el desbalance de recursos existente entre las provincias y el gobierno central. Esa diferencia en la

---

2 “*Implicancias de la pandemia del COVID19 en la combinación de recursos de salud en contextos urbanos de la Argentina*”. Centro Argentino de Etnología Americana. Plurianual 2021-2023. PIP-CONICET 11220200102965CO

disponibilidad financiera impide trazar generalidades que puedan ser aplicadas a todas las regiones del país.

El inicio de la pandemia acontece junto al comienzo de una nueva gestión de gobierno en diciembre del 2019, cuando el país ya se encontraba en crisis. Una de las primeras decisiones fue establecer medidas de emergencia pública en materia económica, financiera, fiscal, administrativa, previsional, tarifaria, energética, sanitaria y social, mediante la ley N°27.541 de Solidaridad Social y Reactivación Productiva sancionada el 21 de diciembre de 2019. En ese contexto y con cambios institucionales muy recientes, el gobierno enfrentó el COVID19. Mientras el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaraba la enfermedad epidémica COVID19 como pandemia, para el 19 de marzo del 2020 el presidente de la Nación establece el distanciamiento social obligatorio, limitando el movimiento de personas mediante el Decreto 297/2020<sup>3</sup>. Sólo trabajadores esenciales podían movilizarse para proteger la seguridad nacional, el orden y la salud pública y los derechos de terceros. Decide conformar un comité de expertos asesores quienes, según sus propias palabras, tendrían una influencia notoria en las decisiones adoptadas.

Al cumplirse un mes del aislamiento social obligatorio, realiza el siguiente balance en las redes sociales: “*Mientras algunos en el mundo se burlan e ignoran las advertencias de la comunidad médica y científica, nosotros las observamos y comprendemos la necesidad de quedarnos en nuestras casas. Sé que cuando todo esto pase tendremos la fortaleza necesaria para volver a ponernos de pie*”<sup>4</sup>. Con la extensión en el tiempo de la cuarentena, emergieron voces críticas respecto a una mirada sesgada por la epidemiología y la infectología, sin atender otras dimensiones de la salud y el bienestar desde otras disciplinas médicas como de las ciencias humanas y sociales. Se enfatizó la importancia de mantener las medidas de aislamiento y distancia social como fundamentales para mantener la pandemia del coronavirus con la curva lo más aplanada posible, con el objetivo

3 Decreto 297/2020 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, Gobierno de Argentina, 19 de marzo de 2020. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>.

4 El grupo de asesores estuvo conformado por Mirta Roses (embajadora especial de la OMS /OPS para América Latina y el Caribe); Florencia Cahn (médica infectóloga); Omar Sued (médico infectólogo); Ángela Spagnuolo de Gentile (infectóloga y médica pediatra); Carlota Russ (médica infectóloga y pediatra); Gustavo Lopardo (médico infectólogo); Pedro Cahn (médico infectólogo); Eduardo López (médico infectólogo); Luis Alberto Cámara (médico especialista en gerontología) y Gonzalo Camargo (médico especialista en emergentología). Diario Perfil 24.04.20, <https://www.perfil.com/noticias/politica/coronavirus-medicos-quienes-quien-en-el-comite-de-expertos-que-asesora-a-alberto-fernandez.phtml>

final de evitar el pico de casos, y poner así en crisis al sistema sanitario. Con el paso del tiempo, aquellas voces críticas se extendieron, alertando sobre los efectos sociales y económicos de las medidas adoptadas. En septiembre del 2021, la consideración positiva sobre la *expertise* medica se revirtió: ese “*coro de infectólogos, que ahora desaparecieron, los privó (con referencia a los sectores más pobres de la sociedad) de la libertad y del vínculo emocional y laboral*”<sup>5</sup>.

El distanciamiento pasa a una segunda fase definida como de distanciamiento obligatorio, decisión gubernamental que amplió las autorizaciones para la ciudadanía, permitiendo circular por la calle sin necesidad de tener un permiso, guardando dos metros de distancia entre sí, como el desarrollo de la mayoría de las actividades económicas y sociales cumpliendo los protocolos sanitarios establecidos por cada jurisdicción.

Hacia fines de diciembre de 2020 llegan las primeras vacunas contra el Covid19, que para el caso de la Argentina fue la Sputnik V (producida por el Centro Nacional Gamaleya de Epidemiología y Microbiología de la Federación Rusa) lo que da lugar a otras acciones caracterizadas por la comunicación y disposición efectiva de la vacunación en el país. La Argentina comienza así una estrategia de vacunación masiva pero escalonada.

En cuanto a los resultados obtenidos por las medidas adoptadas y la vacunación en marcha, el análisis a partir de la medición basada en el exceso de muertes permite ver la cuestión desde otro ángulo. En el estudio de Sarrouf, Marconi, Zamora y otros (2023), se destaca que en el primer semestre de 2020 no hubo exceso y las muertes observadas se encontraron por debajo del límite inferior esperado. En el segundo semestre, en cambio, la cifra alcanzó el 25,6% por encima del umbral. En 2021, el exceso se evidencia desde el primer mes del año, acompañando la segunda ola de la pandemia y su pico y, lo mismo ocurre, durante la tercera ola desde diciembre. El único grupo de edad que presentó un exceso de mortalidad negativo en 2020 y positivo en 2021 fue el grupo de 20 a 39 años. El cual se atribuye a la falta de inmunidad debido a la estrategia escalonada adoptada por el gobierno y sumado a la relajación de las medidas de aislamiento social, pudieron haber tenido impacto en este grupo etario durante 2021. Asimismo, en el análisis sobre los efectos de la pandemia tienden a considerarse primordialmente los factores directos, subestimando factores indirectos de la mortalidad relacionados, por ejemplo, con la falta de

---

5 <https://www.perfil.com/noticias/politica/migue-pichetto-el-coro-de-infectologos-nos-privó-de-la-libertad-el-vinculo-emocional-y-laboral.phtml>

acceso a los servicios de salud, la repercusión psicosocial del aislamiento, el deterioro en la economía familiar, o el aumento de la violencia dentro del hogar. La mortalidad en personas más jóvenes se presentó como una situación poco estudiada, aun como es la orfandad de los niños (que no se consideraban por la menor afectación del virus), por la muerte de padres y/o cuidadores.

El largo confinamiento que duró entre marzo de 2020 hasta enero de 2021, y una emergencia pública extendida hasta diciembre de 2022, registró un número de 10.044.957 de casos, 130.472 muertes, y un 91,77% de población cubierta con al menos una dosis de las vacunas disponibles<sup>6</sup>. El fin de la emergencia sanitaria global por COVID19 declarado por la Organización Mundial de la Salud en mayo de 2023, invita a que continuemos preguntándonos no solo por las consecuencias en la salud, sino además por la permanencia de los cambios observados en los modos de vida de los diferentes grupos sociales, así como por las huellas que ha dejado en la organización laboral y de la vida doméstica, como en el conocimiento de los grupos de especialistas y los servicios brindados por sus asociaciones.

Si ya las decisiones políticas y administrativas de aislamiento y distanciamiento social se habían convertido en hechos políticos, los acuerdos alternativos con las empresas productoras de vacunas, su disponibilidad, llegada al país y luego su distribución, ampliaron las disputas entre gobierno y oposición, convirtiendo cada paso en un acto heroico cargado de reacciones emocionales diversas. Los medios de comunicación jugaron un papel clave: imprescindibles en la estrategia epidemiológica para transmitir las novedades e instrucciones a la ciudadanía, fueron vectores activos en la propagación de estados de ánimo y tendencias basadas en la opinión fundamentalmente médica, cuyos representantes ocuparon lugares protagónicos en las principales señales de televisión y radio y horarios. Precisamente, será esta dimensión comunicativa de las organizaciones profesionales que se coloca como objeto de la presente indagación.

## **1. El papel de las asociaciones de especialistas y sociedades científicas en la circulación y validación de saberes**

Cuando la Medicina se integró como cuerpo de conocimiento coherente, surgió la necesidad de comunicar experiencias, de presentar los instrumentos

<sup>6</sup> [https://rodillo.org/estadisticas-coronavirus/argentina/?gclid=Cj0KCQIAgK2qBhCHARIsAGACuzm9Yl6BLOoAoYsEIT\\_A5OKpwsA\\_FTDolnANpGZGsc3uHfwXJx6hY14aAkmFEALw\\_wcB](https://rodillo.org/estadisticas-coronavirus/argentina/?gclid=Cj0KCQIAgK2qBhCHARIsAGACuzm9Yl6BLOoAoYsEIT_A5OKpwsA_FTDolnANpGZGsc3uHfwXJx6hY14aAkmFEALw_wcB)

médicos como de mostrar las técnicas según iban apareciendo. Se formaron los pequeños grupos en torno a los hospitales y en las grandes ciudades europeas aparecieron las academias, más críticas y más científicas, donde se aprobaban o se rechazaban los hallazgos científicos. Se conformaron las sociedades médicas, práctica que lejos de ceder, se fortaleció con el tiempo. Asimismo, la lucha contra infecciones y agentes patógenos fue una vía para optimizar el control social sobre las clases bajas, mediante la profilaxis e higiene, introduciendo así los intereses de clase (Baer, 2001). Y, cuando la Medicina cambió la generalidad por la especialidad, los grupos se hicieron selectivos y las sociedades confinaron su temática según su interés. Actualmente cada rama del conocimiento médico tiene su sociedad, donde se habla el mismo idioma con sus tecnicismos y temas específicos. Hoy en día no estamos frente a un debilitamiento, sino ante la agrupación de muchas sociedades en asociaciones mayores (Torre Bravo, 2009).

Este agrupamiento ha sido de suma importancia para que la medicina científica se constituya durante el siglo XX en profesión monopólica y se instaure como medicina oficial. Ello incluso circunscribirá el derecho a la salud a una medicina basada en evidencia, a través de procedimientos regulados y probados. Además, la formación de sociedades médicas trajo consigo otras manifestaciones en cuanto a la capacitación, certificación y divulgación del conocimiento. La publicación de revistas y otros recursos de publicidad y circulación fueron las primeras tácticas para establecer etiquetas y diferencias entre saberes rivales.

Estas formas asociativas hacen parte de lo que consideramos comunidades de sentido y de práctica, en las que se comparte un universo simbólico aceptado y legitimado, lo cual no inhibe de tensiones y generación de divergencias dentro del universo oficial. Hay saberes preestablecidos, y al mismo tiempo, margen para el cambio. El que existan reservas de sentido que almacenan y administran estas entidades no oculta la aparición de crisis que afectan los esquemas cotidianos de experiencia y acción (Krmptotic, 2013).

Estas consolidadas organizaciones, transitan hoy en día en un contexto que Beck (1998) denominó de científicación reflexiva, en el cual la producción de creencia constituye la fuente central de las pretensiones de validez de los diagnósticos y las soluciones. Si la ciencia es necesaria y el conocimiento constituye la principal reserva de recursos y poder, éste se presenta insuficiente, ya que, circulan diversas creencias, que pueden imponerse no solo por exclusivos criterios científicos, sino por ciertas habilidades de presentación, convicción y

acceso a medios de sus agentes. Hay una mayor competencia entre agentes y recursos en la producción de creencias junto a una autonomización de las esferas política, social, empresarial y científica. Ello abre el juego a mayor número de intercambios y transacciones entre ellas, no siempre concordantes y permanentes, con costos y beneficios variables, y excede la idea previa de conocimientos rivales pues incluye adhesión, confianza y fe entre los agentes.

Bajo este contexto, es importante señalar que el papel de estas sociedades involucra una permanente actualización tanto al campo de las prácticas como también a la generación de conocimiento; tal como lo analiza Solomon (2015) en los nuevos métodos en medicina que se desarrollaron en los últimos 40 años, algunos de los cuales se replican o atraviesan otras actividades vinculadas con la salud y el bienestar. La autora destaca la medicina narrativa, las conferencias de consenso (*consensus conferences*), la medicina traslacional y la basada en evidencia, con énfasis en habilidades humanísticas además del conocimiento tecnocientífico de la práctica médica.

La pandemia constituye un acontecimiento que permite identificar y analizar el proceso de circulación y validación de saberes en la producción de creencias entre los profesionales de la salud. El conocimiento (conceptos y matrices analíticas, habilidades de presentación, convicción y acceso a medios) conforma hoy día una reserva principal de recursos y poder. En su afectación, si bien sabemos que el acceso a las instituciones no son factores determinantes del estatus de salud individual (como en cambio son los referidos al medio ambiente, los hábitos y estilos de vida, enfermedades previas y carga genética), cuando la salud de las personas se deteriora gravemente como en esta pandemia, el acceso a los servicios de salud se transforma en un insumo fundamental (Phelps, 2017; Folland et al., 2016). Ello explica que, las diferentes capacidades de acceso a los servicios de salud en perjuicio de los sectores más vulnerables de la sociedad, ha formado parte de la cuestión socialmente problematizada y del hecho político antes referenciado.

Finalmente, corresponde analizar el papel de las asociaciones de especialistas en el proceso general de comunicación ante la irrupción del COVID19. Uno de los aspectos del abordaje de la pandemia al que se le ha prestado mucha atención es el de la comunicación. A pesar de ello, se han ignorado las numerosas mediaciones entre voluntad pública y comportamiento social. Esta relación requiere tanto de niveles importantes de confianza en la

palabra pública como de conocer las características de funcionamiento de las sociedades en las que se proponen medidas de acción pública. Así se expresa en el consenso alcanzado por un panel multidisciplinario de casi cuatrocientos académicos de 112 países, articulados a partir de un estudio Delphi, a través de 46 declaraciones y 57 recomendaciones; entre otras, el llamado a líderes comunitarios, expertos científicos y autoridades de salud pública a colaborar para desarrollar mensajes de salud pública que mejoren la confianza individual y comunitaria y utilicen los medios preferidos de comunicación para diferentes poblaciones. (Lazarus, J.V., Romero, D., Kopka, C.J. et al., 2022).

## **2. Metodología**

Se procura una revisión de alcance que sobre el COVID19 exhiben los recursos que las asociaciones ofrecieron a sus asociados y al público en general, identificando y sistematizando recursos y contenidos expuestos en sus páginas web oficiales. Se recuperan sus manifestaciones a través de un análisis de contenido, entendido como el conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos encuadrados en literatura gris, con el objeto de identificar aspectos emergentes en las preocupaciones respecto de los efectos directos y colaterales de la pandemia en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, como en el personal y las instituciones (Robson, 2002; Thorne, 2000). Por literatura gris comprendemos los documentos producidos por todos los niveles de gobierno, académicos, negocios e industria en formato impreso o electrónico, protegidos por derechos de propiedad intelectual pero cuya edición no está controlada por editores comerciales ni los materiales han sido sometidos a un riguroso proceso de revisión por pares. Tradicionalmente, la literatura gris incluía documentos producidos por gobiernos, académicos, grupos empresariales e industriales en formatos impresos y electrónicos, protegidos por derechos de propiedad intelectual pero no controlados por editoriales comerciales (Giustini, 2019). Más recientemente, se ha ampliado esta definición para incluir publicaciones comerciales y no revisadas por pares en más de 150 formatos (entradas de blog, boletines, sitios web, artículos, capítulos de libros, etc. (Adams et al., 2016). No obstante, y dado el carácter científico de varias de las Sociedades seleccionadas, se han incluido revistas cuyas contribuciones han pasado por un proceso de evaluación en el que editores y pares expertos evalúan críticamente la calidad y el mérito científico del artículo y su investigación.

Lo interesante de este tipo de materiales es que exponen conocimientos sobre tópicos de actualidad que cambian rápidamente, que circulan, que muchas veces se producen fuera de la academia o llegan tiempo después a esta, proveyendo de evidencia generada por los grupos afectados o interpelados por un problema. La referencia a la efectividad, logística e implicancias de las intervenciones especializadas son condiciones muy apropiadas para el tipo de revisión proyectada sobre una pandemia en curso.

El corpus de materiales seleccionados mediante un criterio de valoración *a priori* según relevancia y presencia en los equipos de salud frente a la pandemia (Cuadro 1), corresponde a una muestra de 11 asociaciones profesionales y sociedades médicas, las que representan entidades de alcance nacional, salvo en los casos en que las de rango nacional no presentan recursos de divulgación como los buscados para este estudio, a través de 16 productos comunicativos y 323 unidades de referencia en distinto formato.

Cuadro 1  
Asociaciones de especialistas y recursos de divulgación

| Asociaciones                                            | Recursos                                                                              | Enlaces                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consejo Profesional de Trabajo Social -CPTS-CABA (1990) | Página Abierta<br>Con-Textos – Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA | <a href="https://www.trabajo-social.org.ar/paginaabierta/">https://www.trabajo-social.org.ar/paginaabierta/</a><br><br><a href="https://www.trabajo-social.org.ar/revistacon-textos/">https://www.trabajo-social.org.ar/revistacon-textos/</a>             |
| Sociedad Argentina de Pediatría - SAP (1911)            | Boletín Informativo<br>Archivos Argentinos de Pediatría                               | <a href="http://sap.org.ar/publicaciones/boletines.html">http://sap.org.ar/publicaciones/boletines.html</a><br><br><a href="http://sap.org.ar/publicaciones/archivos/numero-actual.html">http://sap.org.ar/publicaciones/archivos/numero-actual.html</a>   |
| Sociedad Argentina de Medicina -SAM (1993)              | Hub Pandemia COVID19<br><br>Revista Argentina de Medicina-RAM                         | <a href="https://www.samsociedad.com.ar/interna/hub-pandemia-covid-19/139">https://www.samsociedad.com.ar/interna/hub-pandemia-covid-19/139</a><br><br><a href="http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM">http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM</a> |

| Asociaciones                                                              | Recursos                                                   | Enlaces                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asociación Médica Argentina -AMA (1891)                                   | Boletín de AMA                                             | <a href="https://www.ama-med.org.ar/page/ver/Publicaciones-Boletin">https://www.ama-med.org.ar/page/ver/Publicaciones-Boletin</a>           |
|                                                                           | Revista de la Asociación Médica Argentina                  | <a href="https://www.ama-med.org.ar/revista">https://www.ama-med.org.ar/revista</a>                                                         |
| Federación Argentina de Enfermería -FAE (1965)                            | Blog "Últimas noticias"                                    | <a href="https://fae-web.com.ar/">https://fae-web.com.ar/</a>                                                                               |
| Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo – AAPPG (1954) | Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares | <a href="http://aappg.org/revista-de-la-aappg/">aappg.org/revista-de-la-aappg/</a>                                                          |
| Sociedad Argentina de Inmunología -SAI (1984)                             | Boletines                                                  | <a href="https://inmunologia.org.ar/boletines/">https://inmunologia.org.ar/boletines/</a>                                                   |
| Sociedad Argentina de Infectología -SADI (1983)                           | Blog Documentos SADI-COVID 19                              | <a href="https://www.sadi.org.ar/coronavirus/articulos-covid-19?start=0">https://www.sadi.org.ar/coronavirus/articulos-covid-19?start=0</a> |
| Asociación de Psiquiatras Argentinos - APSA (1983)                        | Documentos de APSA                                         | <a href="https://www.apsa.org.ar/documentos.php">https://www.apsa.org.ar/documentos.php</a>                                                 |
| Sociedad Argentina de Cardiología – SAC (1937)                            | Revista Argentina de Cardiología (RAC)                     | <a href="http://www.old2.sac.org.ar/revista-argentina-de-cardiologia/">http://www.old2.sac.org.ar/revista-argentina-de-cardiologia/</a>     |
| Sociedad Argentina de Terapia Intensiva -SATI (1972)                      | Revista Argentina de Terapia Intensiva -RATI               | <a href="https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/issue/view/163">https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/issue/view/163</a>               |
|                                                                           | Cartelera de noticias                                      | <a href="https://www.sati.org.ar/">https://www.sati.org.ar/</a>                                                                             |

Indagamos en aspectos relativos a los componentes descriptivos (balance de la situación pandémica) y a los componentes prescriptivos (recomendaciones) que difundieron las diferentes asociaciones de especialistas a través de sus órganos y recursos oficiales de divulgación entre enero 2020 y diciembre 2022.

Respecto del balance, se tuvieron en cuenta aspectos vinculados con las medidas de emergencia, preventivas y de soporte (conocimientos, técnicas, logística). En lo atinente a las recomendaciones, en torno del público destinatario (pares, instituciones públicas, organizaciones sociales y ciudadanos) y en perspectivas macro/estatal, mezzo/institucional o micro/relacional (profesional-paciente).

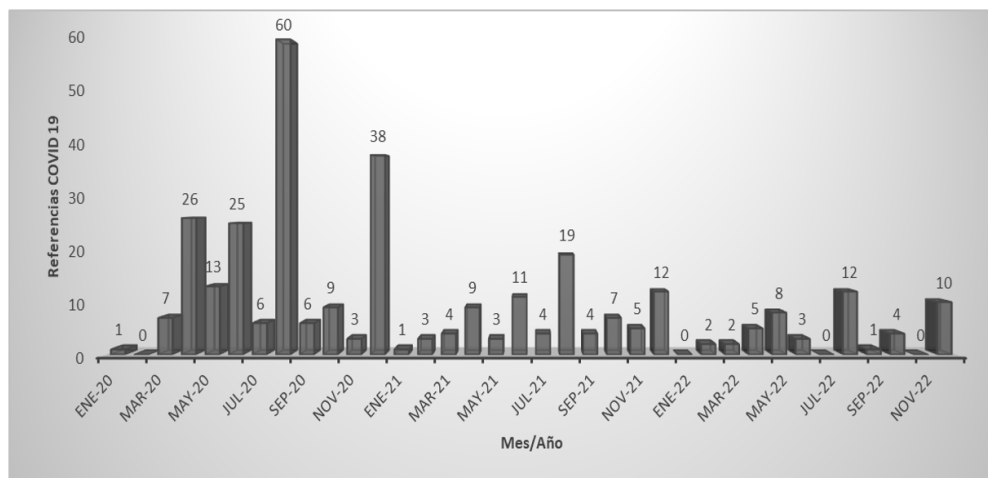
### **3. Resultados**

Si bien las manifestaciones y contenidos analizados no representan a cada uno de los miembros del colectivo, son indicativas de las observaciones y tomas de posición de quienes los representan. Estamos lejos de considerar a los agentes médicos con una voluntad unívoca y un accionar coordinado. Si pensamos en términos de equipo de salud se suman diferencias, con posicionamientos básicamente orientados a pares e instituciones, y en perspectiva mezzo/ institucional.

Los blogs, boletines informativos y revistas presentes en las páginas web institucionales relevadas se caracterizan por reunir noticias y recursos actualizados -algunos de autoría y otros elaborados por las autoridades públicas- según el devenir de la pandemia en términos locales como globales (Gráfico 1). Asimismo, denotan un esfuerzo por mantener el vínculo y los servicios para los asociados. Las agendas previstas en materia de congresos nacionales e internacionales, y las actividades de capacitación pasan a formato virtual (webinars) o se postergan. Asimismo, se crean nuevas oportunidades de aprendizaje, dado las posibilidades no exploradas antes que brinda la tecnología al servicio de la comunicación.

Los contenidos reflejan un año 2020 signado por la irrupción del COVID19, un 2021 cuyos recursos remiten fundamentalmente a las vacunas, y un 2022 que se bifurca hacia los estudios de casos con mayor profundidad y complejidad, y otros referidos a enfoques epidemiológicos y de política sanitaria al problematizar la distribución desigual de vacunas y servicios.

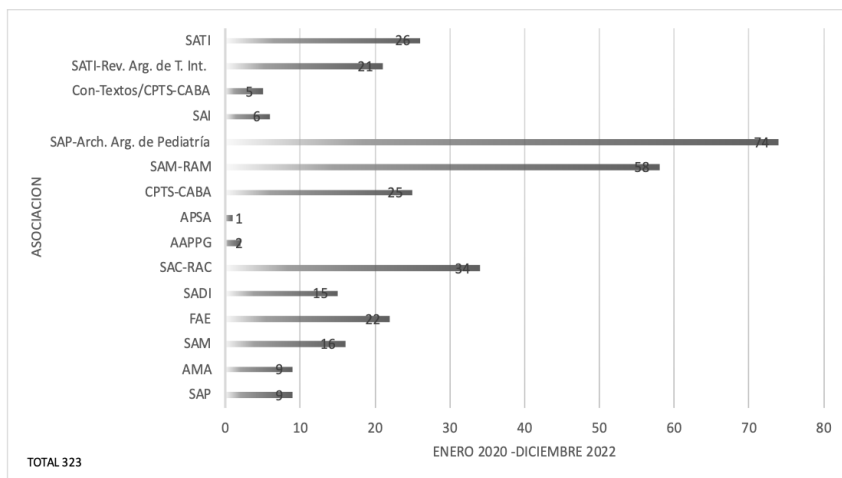
Gráfico 1  
Cantidad de referencias COVID19 por mes/año



La cantidad de referencias al COVID19 halladas muestran una rápida reacción de las asociaciones, algunas de las cuales publicaron novedades creando pestañas especiales en sus sitios web a modo de hub o documentos COVID19, o suplementos en sus publicaciones científicas regulares, las que en general acompañan los picos de contagio registrados en octubre-noviembre de 2020 y abril-julio de 2021, salvo al de enero de 2021.

El gráfico 2 muestra la distribución del total de referencias por Asociación de especialistas. Dichos valores no se asocian con la centralidad de la especialidad respecto del COVID19, en cambio, si con el tipo de producción que concentra (suplementos puntuales con textos breves), cercanía de algunos de sus miembros con el comité de expertos asesores de Presidencia, fortaleza de la asociación y despliegue de recursos propios como apoyo de empresas/sponsors. La revista Archivos Argentinos de Pediatría es un buen ejemplo de fuerte presencia a través de un suplemento en el que denotan atención y preocupación en diversas áreas de incumbencia de la especialidad, más con una población marginal en términos de contagios.

Gráfico 2  
Cantidad de referencias COVID19 por Asociación



El lenguaje de lucha anti-epidémica, advirtiendo los efectos críticos en la calidad de vida del personal como de los pacientes y ciudadanía en general estuvo presente especialmente en la enfermería en reiteradas oportunidades (heroicas enfermeras), seguidos de psiquiatras y pediatras. En nuestro registro, la Federación Argentina de Enfermería es la primera en emitir una primera noticia en enero de 2020. Como describen Ramacciotti y Gilligan (2022) el estrecho contacto físico con las personas expuso a la profesión, desde el primer momento y cuando poco se sabía sobre la gravedad y formas de transmisión, a una enfermedad con una alta tasa de contagiosidad. Las autoras recogen la expresión de Sandra “*Se puede funcionar sin médicos, pero no sin enfermeros... Somos la columna vertebral del hospital. Nosotros sabemos intervenir ante un caso agudo, nos ha tocado trabajar sin médicos y resolver numerosas situaciones*” (Ramacciotti y Gilligan, 2022: 106). De igual manera se hallaban en discusión cuáles eran los métodos de protección adecuados y, una vez logrado cierto consenso, el acceso a los mismos no fue irrestricto. Esto tuvo un impacto directo en las relaciones humanas, que se transformaron radicalmente. Un papel insustituible de la profesión que precede a esta pandemia, y que el virus pone en evidencia.

Una medicina basada en evidencia y en la producción de consensos y controversias, se distingue especialmente en médicos infectólogos, cardiólogos y clínicos con una tendencia a producir recomendaciones, tomas de posición e informes en colaboración con otras asociaciones y foros, incluso más allá de las propias fronteras nacionales. En el caso de los infectólogos, especialmente reconocidos por la autoridad gubernamental, se observan advertencias críticas respecto del peligro en la utilización de medidas terapéuticas alentadas por organismos gubernamentales, nacionales, provinciales y municipales, ante la falta de evidencia científica que muestren su utilidad clínica. Por su parte, en estos grupos se registran producciones novedosas en las que se enfatiza el “no hacer” (además del “no deje de hacer”), lo que presenta dos opciones expresadas en el “no haga” o “evite”. Las noticias cambiantes frente al COVID19 introdujeron una conciencia más general —aunque ya presente entre los expertos— respecto de que, según surja nueva evidencia, las recomendaciones pueden cambiar.

En otros casos, como la Asociación Médica Argentina (1891) no se visualiza un cambio notorio de agenda. A través de su boletín informativo mensual se observa una continuidad en el tipo de contenidos (asambleas de socios, premios y distinciones y oferta de cursos) sin hacer mención de la situación pandémica, salvo para ratificar el exclusivo canal virtual de las actividades. Por su parte, el Consejo Profesional de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, expone en su Página Abierta contribuciones de colegas con una estructura que se reitera, centrando el análisis en el Trabajo Social, ante cierta problemática o entorno institucional, atravesado por las particularidades de la pandemia y las limitaciones al ejercicio de derechos, en general respecto de grupos ya vulnerados. La accesibilidad a derechos de los usuarios retorna como aspecto de la pospandemia.

Se identifican posiciones preocupantes y alarmistas desde antes del COVID19 en psiquiatras, psicólogos y pediatras. La Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo (1954) a través de su Revista anual de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, fija posición a través de sus editoriales. Ya desde 2019, “El tiempo y los vínculos” remiten a signos preocupantes como el tiempo vacío de nuestra época, la angustia y el vacío existencial; allí refieren a la sociedad del cansancio, a un eros agónico, vagabundeo agitado y nervioso en el espacio digital, a un vivir desorientados.

En 2020, bajo el título “Vínculos en tiempos de incertidumbre” la preocupación gira entorno del pasaje al mundo de la virtualidad, al aislamiento que aumenta la necesidad de conexión, a las herramientas sustitutivas al principio que comienzan a tomar cuerpo. En 2021, con los “Vínculos a la intemperie”, ya no somos los mismos, esto no ha terminado y desconocemos sus afectaciones en la cultura, tambalean la omnipotencia y el narcisismo del hombre; los encuentros fueron arrancados de cuajo y las barreras se multiplicaron. Para el 2022, el planteo se resume en “El sufrimiento en los vínculos”, avatares de época, nombrar a la pandemia como testimonio de lo incierto e impredecible, comprender las nuevas versiones de la verdad que la época nos trae, acercarnos y recomponernos. Asimismo, la Asociación de Psiquiatras de Argentina (1983) se expresa a través de unos Documentos de información institucional que dejan de publicarse al inicio de la pandemia.

En marzo de 2020 (último documento) la APSA comunica a sus socios el modo en que continuarán las actividades, ofrece su colaboración a las autoridades nacionales y jurisdiccionales, a los directores de Salud Mental, y horas voluntarias para la atención de eventuales consultas ocasionadas por desbordes emocionales durante la cuarentena. Ya entonces alarman por la negativa de empresas de medicina prepaga y obras sociales a reconocer el trabajo a distancia de los profesionales de la Salud Mental, como por el cumplimiento de las medidas de bioseguridad para el personal de salud. Lo interesante surge el año previo, pues de septiembre a diciembre de 2019 la Asociación toma posición en la lucha contra las lógicas manicomiales, contra el estigma que pesa sobre las personas con trastornos mentales y contra la inaceptable inequidad en el sistema de salud, inequidad que afecta a usuarios y profesionales con sueldos pauperizados y condiciones precarias de trabajo. Pero advierten que ello no implica el cierre de hospitales: el especializado, el general con servicios orientados a trastornos mentales, y la red de base comunitaria para la prevención y la atención inicial en Salud Mental. No al cierre de hospitales. Sin Salud Pública no hay justicia sanitaria. Sin Psiquiatría no hay Salud Mental. El documento más incisivo sea probablemente el de julio de 2019, donde exponen un alegato contra toda forma de reduccionismo en salud mental.

La Sociedad Argentina de Pediatría (1911) por su parte, también viene de planteos preocupantes desde 2019, con “El desarrollo infantil es un derecho”

(mayo); "Que nadie quede atrás. Nuevos aprendizajes para el desarrollo en salud" (agosto); "Ejes de gestión para tiempos difíciles. La Pediatría Social, centro del posicionamiento de la SAP" (diciembre). Enfrentan en mayo de 2020 "Desafíos de un mundo en cambio" y "La Pediatría y los nuevos escenarios de la Pandemia" en septiembre. Cierran el 2022 con "Las vulneraciones de los Derechos de la Niñez y Adolescencia de nuestro país".

## **Conclusión**

Promediaba el 2020, y ya desde la Pediatría se reclamaba reflexionar acerca de la abrumadora e indiscriminada información científica y su difusión, percepción que se podía oír en diversas expresiones de la población y las instituciones. Para inicios del 2021 era común un cierto hartazgo de la pandemia y de las noticias acerca de ella. Sobre el 2022, los reclamos se concentraron en las pérdidas y los costos en salud, sociales y económicos generados por las medidas adoptadas en aquella "interminable" cuarentena argentina.

Las asociaciones con más consistente background en términos del desarrollo de la especialidad, estándares científicos internacionales y recursos, se abocaron a divulgar y producir investigación propia sobre el COVID19, sin abandonar los congresos e intercambios internacionales, el desarrollo de consensos y las tomas de posición referidos a otros temas de sus especialidades. Algunas avanzaron hacia estudios y recomendaciones intersocietarias. Otras, tanto médicas como no-médicas expresaron en sus recursos de divulgación reflexiones sobre la propia actividad, sobre la convergencia de otras variables en curso igualmente críticas como el COVID19, a través de espacios como cartas al editor, ciudadanía y salud, y editoriales.

La pandemia ha influido de manera diversa en las agendas de las asociaciones analizadas, aunque siempre mostrando el impacto del sistema político y económico en la salud.

Se encuentra una influencia relativamente baja en el diseño y gestión de políticas públicas frente al acontecimiento, sostenida más bien en reclamos de diversa índole a las autoridades gubernamentales y empresas de salud, con foco en sus asociados y los espacios institucionales en los que laboran. La

menor convocatoria y escucha del gobierno hacia otras disciplinas integrantes de los equipos de salud como la Psiquiatría, la Psicología y el Trabajo Social, se manifiesta en una menor reverberancia del COVID19 en sus referencias, las que resultan circunscriptas al análisis de las dimensiones específicas a su actividad ante el COVID19, con escasa vinculación con otras asociaciones, jurisdicciones nacionales o países. Los resultados invitan a seguir explorando estas intervenciones ampliando el corpus de asociaciones y productos comunicativos.

En cualquier caso, aunque no mensurable, la investigación ha hecho notar el papel de mediación entre las decisiones de política pública y el comportamiento social, brindando orientaciones y conocimientos de avanzada necesarios para las comunidades profesionales que representan.

## Referencias

ADAMS, J., HILLIER-BROWN, F. C., MOORE, H. J., et.al., (2016). Searching and synthesizing 'grey literature' and 'grey information' in public health: Critical reflections on three case studies. *Systematic Reviews*. 5(164), 1-11.

BAER, H., (2001). *Biomedicine and alternative healing systems in America: issues of class, race, ethnicity, and gender*. Madison: The University of Wisconsin Press.

BECK, U., (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.

TORRE BRAVO, A. de la, (2009). La importancia de las sociedades médicas. *Rev Hosp Jua Mex*. 76(1), 3.

FEO ISTÚRIZ, O., BASILE, G., & MAIZLISH, N., (2023). Rethinking and Decolonizing Theories, Policies, and Practice of Health from the Global South. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. 53(4), 392-402. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/27551938231199325>

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; & STANO, M., (2016). *The economics of health and health care: in public health: Critical reflections on three case studies*. New York: Routledge.

GIUSTINI, D., (2019). Retrieving grey literature, information, and data in the digital age. In H. Cooper, L. V. Hedges, & J. C. Valentine (Eds.) *The handbook of research synthesis and meta-analysis*. Russell Sage Foundation. pp. 101-126.

KRMPOTIC, C. (2013). Conflictos entre pares en el escenario hospitalario. Aspectos técnicos, legales y éticos en la atención al paciente desde los Servicios Sociales. En: Krmpotic, C.; Mitjavila, M. y M. Saizar, (eds.) *(Sub) culturas profesionales, poder y prácticas en salud*. Buenos Aires: Miño y Dávila. pp. 59-89.

LAZARUS, J.V., ROMERO, D., KOPKA, C.J. et al., (2022). A multinational Delphi consensus to end the COVID-19 public health threat. *Nature*, 611(7935), 332-345. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05398-2>

MERA, J., (2020). Apuntes para un pacto sobre salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 133(2).

PHELPS, C. E., (2017). *Health economics*. New York: Routledge.

RAMACCIOTTI, K., GILLIGAN, C., (2022). La comunicación en el área de salud de Argentina en momentos de pandemia Covid-19. *Cuadernos Iberoamericanos*. 10(2), 104-120.

ROBSON, C., (2002). *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Oxford: Blackwell.

SARROUF, E. B.; MARCONI, A. M.; ZAMORA, R.J. et.al., (2023). Exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia en la República Argentina, años 2020 y 2021. Total, del país, por sexo y grupos de edad. *Rev Arg Med*. 11(2), 162-70.

SOLOMON, M., (2015). *Making medical knowledge*. New York: Oxford University Press.

THORNE, S., (2000). Data analysis in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*. 3, 68-70.

# En las manos de dios y de mi madre: hacia nuevos paradigmas de bienestar

Vanina Papalini<sup>1</sup>

## RESUMEN

La situación sanitaria excepcional pandemia del COVID confrontó a los y las jóvenes, que hasta ese momento no se sentían interpelados por la problemática de la salud, con sus propias prácticas, sus creencias y sus emociones. Aparece, así, como un catalizador que pone en primer plano un tema, en general, poco relevante en la experiencia cotidiana juvenil, que converge con la generalización paulatina de nuevas pautas en torno al bienestar. En esta contribución se despliegan e interpretan las entrevistas mantenidas con jóvenes de diferentes adscripciones religiosas y niveles socioeducativos residentes en la ciudad de Córdoba, Argentina, en donde expresan sus creencias y prácticas en torno al “estar bien”. Las respuestas muestran una confianza condicionada en relación con los y las profesionales de la salud y la importancia de otras figuras en quienes confían, como Dios y sus propias madres. Las conversaciones también dan indicios de una comprensión holística del bienestar. La metodología utilizada para esta investigación consiste en la realización de entrevistas colectivas con grupos mixtos de 18 a 29 años de diferentes religiones, reunidos en función de los sectores socioeconómicos de pertenencia.

Palabras clave: jóvenes; salud; paradigmas de bienestar; confianza; Córdoba Argentina.

## In the hands of God and my mother: towards new paradigms of well-being

### ABSTRACT

The exceptional health situation of the COVID pandemic confronted young people, who until then did not feel challenged by health problems, with their own practices, beliefs, and emotions. It thus appears as a catalyst that brings to the fore an issue that is generally not very relevant in the daily experience of youth, which converges with gradual generalization of new patterns regarding well-being. In this article we show and interpret many interviews held with young people of different religious affiliations and socio-educational levels from the city of Cordoba, Argentina, where they express their beliefs and practices around “being well.” The responses reveal a conditioned trust in relation to health professionals and the importance of other figures in whom they trust, such as God and their own mothers. The conversations also give clues of a holistic understanding of well-being. The methodology to carry out this research consists of conducting collective interviews with mixed groups of 18 to 29 years old of different religions, brought together according to the socioeconomic sectors they belonged to.

**Keywords:** youths; health; well-being paradigms; trust; Cordoba Argentina

1 Centro de investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) - CONICET y Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, email: vanina.papalini@unc.edu.ar

## Introducción

¿A quién confiar el cuidado de nuestra salud? La respuesta moderna -aunque quizá ya no resuene de manera tan contundente como en el siglo XX- es categórica: a la ciencia. La ciencia básica, presente en el imaginario social como una actividad desinteresada de constante interrogación, experimentación y puesta a prueba, no es una práctica inmediatamente accesible desde la ventana de lo cotidiano. Y, sin embargo, o quizá justamente por su inaccesibilidad, persiste como lugar de certezas. Reconocemos el desarrollo de la ciencia no en su actividad específica sino en tanto vemos manifestaciones concretas del conocimiento en sus distintas aplicaciones tecnológicas.

La biomedicina, la medicina de base biológica que se desarrolla en Europa occidental durante la modernidad, parece la encarnación misma de ese ideario científico basado en una racionalidad cartesiana que excluye casi totalmente las dimensiones metafísicas. Se basa por tanto en la evidencia empírica que acumula conocimiento sobre la base de consensos paradigmáticos y teorías previas. Este acervo ha crecido espectacularmente a partir de un modelo de trabajo basado en la especialización por campos de conocimiento. Tal modelo ha tenido como consecuencia la fragmentación y la débil contextualización; a excepción de la medicina familiar y, parcialmente, la clínica médica, va perdiendo la perspectiva de la unicidad y la historicidad de la vida de los sujetos, sus malestares y bienestar. Estos señalamientos en torno a una ciencia biomédica “desencantada” pero con sólida convicción en la justeza de sus propios procedimientos, y una perspectiva circunscrita, que observa relaciones causales y tiende a la exclusión de contextos, procesos y acontecimientos que no se encuentren en el espacio delimitado por su especialidad, apuntan a describir un modelo de construcción de verdades que está siendo puesto en cuestión.

En efecto, las medicinas -y la biomedicina como una de las medicinas existentes- se establecen sobre regímenes de verdad, formando parte de las redes del poder entendido por Foucault (2007) como la capacidad para conducir conductas. Un chamán, una machi, un gurú o una médica cumplen más funciones que la de curar puntualmente una dolencia: prescriben modos de vida que se entiende como la vida buena. Hay, en ciernes, una ética, una dietética, una terapéutica, un conjunto de tecnologías del yo que forman parte de una visión de mundo. Sus intervenciones conjugan conocimiento y “arte” -como saber hacer-, pero también creencias identificadas con la “verdad”.

Las representaciones corrientes de la biomedicina como campo de conocimiento científico especializado tienden a enfatizar una doble asociación: con la ciencia occidental y moderna, entramada indisociablemente con el saber y la pretensión de verdad, y con su inclinación hacia el servicio, considerándola una actividad desinteresada.

Sin embargo, nuevos paradigmas de salud y bienestar comienzan a cuestionar parcialmente estas representaciones. Las culturas terapéuticas que, desde 1990 aproximadamente (Furedi, 2004), están siendo estudiadas y descritas en sus vínculos con la espiritualidad New Age (Heelas, 1996), proponen otras perspectivas y ponen en duda la autoridad moral y científica de los y las profesionales de la biomedicina.

La irrupción de la pandemia del COVID se produjo en el contexto de estas transformaciones. Sus repercusiones han sido numerosas; una de ellas consistió en confrontar a los jóvenes, que hasta ese momento no se sentían interpelados por la problemática de salud, con sus propias prácticas, sus creencias y sus emociones. La situación sanitaria excepcional aparece como un catalizador que pone en primer plano un tema poco relevante en la experiencia cotidiana juvenil, ya que, para la mayoría, el horizonte de la muerte es lejano y la experiencia de la enfermedad, ajena.

Nos proponemos comprender los nuevos paradigmas de bienestar que se configuran a partir de la experiencia juvenil. Esta contribución despliega e interpreta las entrevistas mantenidas con jóvenes de diferentes adscripciones religiosas y niveles socioeducativos residentes en la ciudad de Córdoba, Argentina, en donde expresan sus creencias y prácticas en torno al “estar bien”. Estas conversaciones sistemáticas son comprendidas en el marco de una investigación mayor.

## **Metodología**

Esta investigación es parte del programa Pluralismo Epistémico: prácticas terapéuticas, sociedades y culturas. En las investigaciones de mayo de 2022 se realizó una encuesta probabilística que abarcó a Córdoba, Argentina, una ciudad grande de 2.100.000 habitantes. La encuesta interrogó por las prácticas frente a la enfermedad y la confianza en la biomedicina, el recurso a medicinas alternativas y religiosas y otras asociaciones entre bienestar y creencias. Los

resultados fueron desagregados por grupos de edad, mostrando diferencias en los jóvenes en relación con los demás grupos etarios.

A partir de estos resultados, organizamos entrevistas colectivas con jóvenes de 18 a 29 años. El trabajo en grupos es apropiado para ello, ya que les facilita el expresarse, apoyarse y distanciarse de sus pares generacionales. Los grupos tuvieron una composición diversa en cuanto a género y religión. Para generar mayor empatía y proximidad, cada entrevista colectiva tuvo entre 8 y 10 participantes pertenecientes a un mismo sector de la ciudad y, presumiblemente, a uno socioeducativo. En total, se realizaron cuatro reuniones, en agosto y septiembre de 2023. Una de las reuniones se llevó a cabo en instalaciones de la universidad, otras dos en centros vecinales y la cuarta en un merendero barrial, estos es, en espacios familiares para los participantes. La participación fue voluntaria y la convocatoria se realizó a través de referentes de los ámbitos mencionados. Las entrevistas se grabaron y luego transcritas por miembros del equipo. La coordinación de las entrevistas fue compartida con la Dra. Georgina Remondino que se especializa en juventudes. Cada encuentro tuvo una duración aproximada de dos horas. Al comprometer la participación, se explicaban los objetivos del trabajo, se solicitaba consentimiento y se estructuraban preguntas para registrar la edad, actividad, religión y nivel educativo. Cada encuentro comenzaba con una frase o acontecimiento reciente disparador tomado de los medios, y comenzaba a desarrollarse una conversación no directiva con interacción entre los y las jóvenes. Las coordinadoras intervinimos ocasionalmente para invitar a expresarse a quienes no lo habían hecho, así como para dar apertura y cierre a la reunión.

## **Antecedentes y contexto de análisis**

¿Qué lugar ocupa la fe religiosa entre los y las jóvenes? ¿Sus creencias y prácticas se alinean con los nuevos paradigmas de bienestar? ¿En quién confían para el cuidado de su salud? ¿Se diferencian de lo que hace y opina la población adulta?

Los datos de la encuesta muestran que la población en general confía en la biomedicina, pero no de manera ciega: si bien el porcentaje que no confía de manera absoluta es poco significativo, el porcentaje que plantea dudas (no confía siempre) es del 22,9% para el total de la población de Córdoba. La tasa aumenta en el grupo de los jóvenes, donde llega casi al 25%: los adultos confían sin reservas en mayor proporción mayor.

Aun cuando no está desbaratada la confianza en la medicina, emergen otros actores en quienes apoyarse para cuidar la salud con pesos significativos. La encuesta muestra que casi el 60% de la población de Córdoba confía fundamentalmente en los médicos, mientras que el 16% pone su confianza en Dios; el 14,2% en sí mismo y el 7,6% en su entorno y vínculos afectivos cercanos, ocupando un lugar central las figuras femeninas. En cuanto al segmento etario que va de los 18 a los 29 años, encontramos algunas diferencias: mayoritariamente, también depositan su confianza en los médicos, aunque en un porcentaje algo menor que la media (57,7%). La segunda opción más mencionada son los vínculos: añadiendo figuras femeninas y familia o entorno en general, suman el 15,1% de las respuestas, lo cual es razonable si se considera que gran parte de la edad vive con su familia. En los jóvenes se acentúa aún más el peso de las figuras femeninas como la madre, la abuela, la esposa, la hermana. El 12,3% dice depositar la confianza en sí mismos y el 10,8% en Dios, marcando una distancia de más de 5 puntos en relación con la tasa de la población en general, que expresa mayor confianza en dimensiones trascendentes.

Con la información cualitativa, sin embargo, estos resultados muestran muchos matices. Para comprender las respuestas, es necesario revisar someramente estos cambios de paradigma en relación con el bienestar.

En otra comunicación, he caracterizado este paradigma (Papalini, 2014) por los siguientes rasgos:

1. La orientación hacia el sí mismo, con especial atención a la dimensión emocional (Le Breton, 1995a; Le Breton, 1995b) que se apropia del lenguaje de la divulgación de la psicología (Illouz, 2008; Plotkin y Damousi, 2009) donde el sí mismo es continuamente escrutado (Illouz, 2007; 2008).
2. La búsqueda del bienestar personal en la articulación entre salud física y disposición anímica. En este punto la experiencia de la pandemia del COVID 19 es significativa porque se valora la sociabilidad como parte de ese estar bien anímicamente.
3. Como contracara, existe una cuidadosa atención a los malestares y los “nuevos estados disfuncionales” (Furedi, 2004; Ehrenberg, 2010), a lo que se aplican calificaciones tales como depresión, pánico y fobia sin que necesariamente estén diagnosticadas como tales por un dispositivo experto.
4. Una espiritualidad sui géneris o “espiritualidades vitales” (*spiritualities of life*) que se identifican con la vida misma y la sostienen (Heelas, 2008), donde

convergen salud y religiones (Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez, 2013).

5. La confianza en el yo como quien mejor sabe de sí mismo, con desconfianza en los modelos jerárquicos o institucionalizados (Fischer D'Andrea, 2000).

6. La consulta recurrente de información en línea, que facilita el acceso a la información y a las experiencias de otros y otras semejantes. Las indicaciones expertas se contrastan con estas otras fuentes.

7. La composición de un esquema de acción con recursos y creencias personales muchas veces por el camino de la complementariedad terapéutica, que implica “la combinación, frente a un mismo episodio de enfermedad, de estrategias terapéuticas diversas” (Maluf, 2005; Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013).

“El discurso terapéutico -señala Eva Illouz- ha hecho de la vida emocional una cuestión de seguimiento procedimental y reflexivo del yo, especialmente para los miembros de la clase media y quizás incluso más especialmente para las mujeres”. (Illouz, 2008, p. 150). En efecto, son numerosos los autores que indican que estos cambios son observables especialmente en las clases medias y que están predominantemente generalizados (Fuentes, 2001; Woodhead, 2007; Perdigüero Gil y Tossal Herrero, 2007; Blázquez Rodríguez y Cornejo Valle, 2014), pero pocos son los casos en los que se analizan juventudes, con la notable excepción *Consumiendo religión*, de Mar Griera i Llonch y Ferran Urgel i Plaza (2001). Esta obra da cuenta de una investigación basada en etnografía y entrevistas en profundidad, con las que logra mostrar ciertas inflexiones específicas en este grupo en relación a las características de los nuevos paradigmas de bienestar previamente enumeradas. La investigación comienza buscando jóvenes entre los usuarios de medicinas complementarias y alternativas, donde ocupan un lugar minoritario. En nuestro caso, invertimos el enfoque y buscamos simplemente jóvenes para identificar luego sus prácticas y creencias. Ello nos llevó a considerar grupos sociales diferentes y, por lo tanto, desafiar otra tesis: que esta es una perspectiva de clase media.

Recientes investigaciones cuantitativas, como la de Lorena Cano-Orón, Isabel Mendoza-Poudereux y Carolina Moreno-Castro (2018) señalan que el perfil dominante del usuario de homeopatía en España es mujer, de edad promedio 46 años, estatus económico de clase media-alta y se percibe ideológicamente de izquierdas, confirmando así su parecido con otros perfiles trazados internacionalmente. Género, clase, edad y nivel educativo parecen determinantes.

La investigación desarrollada por Matthew Hornsey, Josep Lobera y Celia Díaz-Catalán (2020) propone que el elemento común de las posiciones antivacunas no es la orientación hacia las medicinas complementarias y alternativas (MAC) sino básicamente la desconfianza en la biomedicina. Tomando este antecedente, ingresamos a la lectura de las prácticas y creencias en torno al bienestar desde otro ángulo.

## **Resultados 1. Confianza en la biomedicina**

Un aspecto interesante a observar es que, más allá de la confianza depositada en la medicina, los y las jóvenes no recurren inmediatamente a los médicos ante alguna dolencia. En los grupos compuestos por jóvenes católicos, evangélicos, sin religión de referencia y ateos de clase media alta, se reconoce que la primera terapia es la automedicación o los remedios caseros aconsejados por el entorno; recién cuando el cuadro persiste recurren a la atención médica,

La consulta al profesional de la medicina también pasa por el tamiz de la confianza que surge de una historia de conocimiento entre profesional-paciente, de las recomendaciones o de su trayectoria. Los aspectos comerciales de la medicina, o sus yerros, son imputados a la persona (hay médicos buenos y malos) y no se consideran inherentes o recurrentes a la actividad. Surge entre algunos participantes la crítica a un aprovechamiento de los problemas de salud con intenciones de lucro y se menciona la explotación de las obras sociales con mayor cobertura.

Sin embargo, el hecho de que el médico o la médica “los conozcan” implica la reposición de la mirada histórica y el contexto, más de lo que podría hacer un profesional con un abordaje puramente en presente.

La diferencia de clase observada es que, en los sectores de menores recursos, las demoras en la atención son un elemento de desaliento, al igual que la mala praxis. En los de mayores recursos, existe la posibilidad de consultar telefónicamente a algún médico del entorno. En los tres sectores se valora la empatía, la minuciosa anamnesis y el buen trato, pero en los sectores populares no siempre es posible elegir el o la profesional.

-Valentina (sin religión de referencia, clase media alta): ... voy al médico; tiene que ser un cuadro grave, que duró tres días, si tengo fiebre o no baja (...) Depende el cuadro, si es fiebre capaz un *Taf*..., si es mucha la fiebre una *Noval*.... Y si es muscular, bueno, **tengo algún médico en el círculo cercano** que (...) si estoy destruida llamo y pregunto qué hago, antes de ver el médico en consultorio y todo eso.

-Ignacio (católico, clase media alta): Siempre evito ir al médico, no estuve muchas veces en el médico, pero siempre que me duele algo, es como que no voy directo. Ponerle si tengo algún problema así de estrés o algo, intento hablar con mis amigos o **ver si alguien tuvo el mismo problema de mi círculo cercano y cómo me puede ayudar y así se ha solucionado la mayoría de las veces.**

-Priscila (evangélica, clase media alta): Cuando son cosas así, livianitas, si **es la automedicación**, la clásica. *Taf*... e ibuprofeno. (...) Cuando es algo ya más grave, que escapa del conocimiento básico que puede llegar a tener uno, ahí sí recurro al médico si no, la clásica.

-Kiara (evangélica, clase media) Yo en la atención, por así decirlo, [confío] en las manos de **un médico amigo de mi mamá**. Que es como que nos pasa algo y siempre vamos a él. Y sacamos turno para él, no para otro. Porque los otros sí nos tratan mal, ...

-Jesica (sin religión de referencia, clase media) **Yo tengo que estar muy mal para ir al médico**. Si no, no voy. No me gusta. Primero, que tengo que esperar un montón y a mí no me gusta esperar. (...) si no queda otra, bueno, voy. (...) pero prefiero buscar otra forma. (...) [cuando voy al médico] el que agarro, agarro. Total, voy de último momento, no me queda otra que ese [se ríe].

-Lautaro (católico, clase media): .... **si en primera instancia nos hace preguntas, se interioriza en nuestro estado, si nos resulta amable y empático sobre todo (...).**

-Facundo (sin religión de referencia, clase baja): (...) **algunos profesionales hacen mal el trabajo.**

-Matías (católico, clase baja): Sí, obvio es como él dice, hay una guardia que te atiende bien y otra re mal... (...) **siempre que vas te atiende un médico diferente**. Vas hoy y te atiende un médico, vas la semana que viene y te atiende otra médica.

En los y las jóvenes de sectores medios aparecen también manifestaciones de poca confianza en los diagnósticos médicos y de medicamentos que hacen mal.

## Resultados 2. Cuidados y consejo: la presencia de las mujeres

La consulta a alguien del círculo cercano es sumamente relevante. Este nivel de confianza y cuidado está fuertemente feminizado: madre, hermanas, abuelas, son las primeras requeridas. La clase socioeconómica, en este tema, marca la diferencia entre juventudes porque los y las jóvenes de los sectores socioeconómicos bajos son ellos mismos padres y madres. Aunque también consultan a mujeres de la familia, no se espera de ellas el cuidado ya que no conviven con ellas.

En varios de los participantes, estos consejos de abuelas y madres incluyen la ponderación de la gravedad de la afección para decidir la asistencia a un centro de salud, el uso de curas caseras y la recomendación de cuidados sistemáticos como dietas. Aparecen en esta ocasión menciones a curas tradicionales y uso de recursos terapéuticos naturales como un saber que se traslada intergeneracionalmente, de abuelas a madres.

-Priscila (evangélica, clase media alta): Pero, por ejemplo, si me agarra un dolor de cabeza o digo “**Ma**, me estuvo doliendo todo el día la cabeza”. (...)

-Ignacio (católico, clase media alta): Yo nunca tuve una enfermedad o algo grave. Sí musculares o torcer un tobillo. **Lo primero donde recurro son mis viejos ...**

-Andrés (evangélico, clase media alta): En mi caso, **convivo con mis hermanas**, entonces nada, tipo, si un día me duele la panza, **les comento** y me dicen bueno, come tranqui. La llamo a mi vieja y bueno tengo otro dato y así.

-Agustín (sin religión de referencia, clase media): **Yo le pregunto a mi mamá**, para saber qué hacer.

-Lautaro (católico, clase media) A los padres. **A mi mamá también en primera instancia**. Y después, bueno como no tienen el conocimiento muchas veces a profesionales de la salud.

-Kiara (evangélica, clase media): si me siento mal o enferma, voy “**Mami, me siento mal**”.

-Jesica (sin religión de referencia, clase media): Sólo **mis papás**.

-Estefanía (católica, clase media): **Yo le pregunto a mi mamá** y si ella dice “Vamos al médico”, vamos al médico.

-Facundo (sin religión de referencia, clase baja): No, yo pregunto con **una persona grande**. (...) Sí, **mi abuela se ha criado en el campo, por eso mi mamá sabe mucho**. Mi papá o mis hermanos se enfermaban y mi mamá venía con un par de ramas y hacía un té que se te pasaba. (...) Me lo tomaba y era impresionante. Mi abuela le enseñó a mi mamá (...) Hay mucha gente con mucho sufrimiento. Pero ¿quién se da cuenta? **Una madre**, alguien más cercano a vos te va a decir, che te veo mal, qué te pasa.

-Romina (católica, clase baja): Muchas personas como yo acá, sufrimos de estrés, cansancio y todo eso. No lo demostramos, **pero una madre sí se da cuenta**.

No se destaca especialmente la relevancia del mundo afectivo cercano en relación con el bienestar, salvo algunas menciones sobre “la importancia de la familia” evidenciada a partir de las restricciones que generó en distanciamiento social preventivo del COVID o la preocupación superlativa por ellos cuando la enfermedad los afecta. Sin embargo, las menciones tienen un tono afectuoso. La sociabilidad entendida como factor del bienestar se hace explícita en relación con las amistades.

-Angie (evangélica, clase media): Y también, cuando pasó el tema de la pandemia, a mí de por sí me gusta estar mucho en mi casa. Yo prefiero estar en mi casa, y **hay que salir**. Entonces, yo aprecié, empecé a **apreciar eso de juntarme con mis amistades** cuando fue lo de la pandemia. Porque si bien, estaba con toda mi familia, sentía como esa necesidad de juntarme.

### Resultados 3. Salud y fe

La bibliografía sobre los nuevos paradigmas de salud señala la confianza en dimensiones trascendentes y el sí mismo sacralizado (Adams, 2004). En el caso que analizamos, hay diferentes expresiones en función de la edad: el sí mismo no aparece como voz autorizada y fuente de saber. Entre los y las jóvenes entrevistados de clases medias altas, medias y populares, la

fe religiosa es importante, aunque existen variaciones palpables en función del credo. La divinidad aparece entre los “proveedores de salud” de manera especialmente fuerte entre los y las jóvenes evangélicos y en el catolicismo practicante.

-Laura (católica, clase media alta): (...) fuera de la medicina, **lo que yo hago siempre o casi siempre es orar**. Yo soy católica, practicante (...).

-Priscila (evangélica, clase media alta): (...) en esa relación de no verlo a Dios como un ente ahí arriba, sino como un amigo, yo hasta lo más mínimo lo charlo, porque es una charladiaria (...). **Ay, me duele la cabeza, digo, bueno, por favor, ayúdame a que se me vaya porque tengo que estudiar**. (...) Con respecto a la salud no me enfermo mucho tampoco como que lo pido mucho, pero sí en cositas chiquitas. (...) **Oro por otros y por mí**.

-Kiara (evangélica, clase media) Mi hermana sí, no más dejamos todo en las manos de Dios porque nosotros somos creyentes. **En las manos de Dios, él la ayudó** (...) siempre que va alguien a operarse, juntamos cadenas de oraciones y oramos en todas las iglesias que nos conocemos. (...) ese día todos los que lo operaron se infectaron en el mismo lugar y ella no.

-Joel (evangélico, clase media): Yo creo en Dios. Yo sé que Dios quiere todo lo bueno para nosotros. Entonces, como vacío toda esa negatividad **y para que Dios me llene** (...)

-Romina (católica, clase baja): Yo cuando me la tuvieron internada en terapia que casi me la entuban, le **pedía a Dios y a la Virgen**. Eran todos santos digamos, le pedí tanto y confié. O sea, tuve fe. (...)

En la encuesta, uno de los datos significativos es la presencia marcada de la oración como acción propiciatoria de la salud. En el marco de una pregunta que indagaba, desarrollando un inventario, distintas prácticas de salud, la media de la población de la ciudad de Córdoba que indicó la opción “Orar o rezar cuando tiene un problema de salud” fue del 66,8%. En relación con el promedio general, el grupo de jóvenes (18 a 29 años) fue menos proclive a seleccionarla (56,6 %). Si bien la cercanía con la fatalidad de la pandemia puede haber gravitado en las tasas de la encuesta, los comentarios de los jóvenes, más distantes en el tiempo, confirman la validez de esta información.

## Resultados 4. Holismo

La introducción de la dimensión religiosa permite registrar la tendencia de atender la salud desde una lectura holística, lo que se manifiesta en la mayoría de los participantes, en particular entre los y las jóvenes que pertenecen a clases medias educadas. En este grupo se observa mayor proclividad a las terapias alternativas y a la explicación psicológica o psicosomática de las dolencias (Saizar, 2017), tomando distancia con las perspectivas biomédicas.

-Laura (católica, clase media alta): yo creo que tiene que ver también un poco con la mirada del creyente, de que somos una totalidad. Que **estamos compuestos por cuerpo y alma, entonces si el cuerpo está mal va a afectar al alma, si el alma está mal va a afectar el cuerpo**. Por eso creo que también uno prioriza mucho, revisa mucho, no sé su relación y su vínculo condios. Comprende que es una totalidad (...)

-Valentina (sin religión de referencia, clase media alta): Sí, **creo que nuestra cabeza y todo lo que pensamos repercute, si nosotros no somos capaces de reconocerlo, conocerlo, pensarlo o verbalizarlo, repercute en el cuerpo**. Creo que no es algo alma / cuerpo (...) cuando hay algo que nuestra propia psiquis no está logrando destrabar y de alguna manera se expresa.

-Guadalupe (sin religión de referencia, clase media alta): Igual solamente estamos hablando de médicos, por ejemplo, **cundo estoy muy ansiosa o estresada yo recurro para mi bienestar mental a mi psicóloga también de toda la vida**.

Una de las participantes explica la dolencia como espejo de una situación subjetiva, y ese comentario abre la puerta a referencias espirituales de distinto tipo,

-Laura (católica, clase media alta): ... **yo somatizo mucho las cosas que me pasan** y entonces siempre que tengo alguna molestia, ya sea estomacal, me duele la cabeza o lo que sea, la molestia de lo que sea, lo que estuve haciendo este último tiempo fue como antes de ir al médico antes de automedicarme, revisar.(...) Si realmente encuentro algo, en todo ese proceso de introspección, puede ser por esto, tratar de actuar sobre esa situación y ver si el malestar continúa, si cesa y ahí ver cómo procedo.

-Valentina (agnóstica, clase media alta): **Terapia, hay que hacer terapia. Yo creo que la terapia es como lo que te ayuda en los procesos de autoconocimiento** que te permiten, después a la larga, evaluar. Yo

también era de somatizar mucho sobre todo en una época que **había hecho como una mala elección académica y no estaba pudiendo como reconocérmelo a mí y eso me llevó un año de faringitis (...)**

-Laura (católica, clase media alta): (...) En ese proceso en el que aún sigo hoy, me di cuenta de eso, lo importante que es conocerse y cómo funciona (...) No quedarse solamente, me hace mal lo evito o no me gusta, (...), ir adelantándose o jugando o buscando esas herramientas que permitirán, que yo no me quede solo en esto que siento que me limitan, sino cómo seguir con eso encima.

Estos nuevos paradigmas de bienestar incluyen el deporte y la sociabilidad como un aspecto crucial: la enfermedad es relacionada a las emociones en forma directa e inmediata.

-Belén (católica, clase media alta): ... **cuando estamos con algo, hace bien hablarlo, hablarlo con alguien. Cuando te quedas con eso adentro te hace mal. En mi caso hago deporte**, por el deporte o las conversaciones con una persona de confianza porque de alguna forma si no sale creo que el cuerpo te pasa factura, como dicen. (...) Entonces **creo que está bueno, eso, deporte y acompañamiento. También el que no exprese por medio de deporte, el arte. (...) Conectar con uno mismo y poder identificar y reconocerlo en el cuerpo.**

-Estefanía (católica, clase media): [cuando] **estoy por rendir o estoy colapsada, me quedo sin voz. Entonces, como que los nervios los canalizó mucho en la voz.** Y una amiga me dijo que vienen unos tés de pasionaria y eso. Entonces, lo tomas y es como que te tranquiliza. Tengo una amiga de mi mamá que **hace reiki. Entonces, yo fui** y te... Está muy bueno, porque vos salís y como que sentís que te liberás. Y no hiciste nada. Igual **voy a la psicóloga**, como ella [señala a Jessica]. Porque necesitaba salir de mi entorno y hablar con otras personas. (...) Pero está bueno porque buscas diferente, [no] solamente una psicóloga.

-Joel (evangélico, clase media): Hacer ejercicio. Cuando hago mucho ejercicio como que ¡fa! ya [realiza gestos de relajación]. Igual yo no, no soy una persona que se estrese ni tenga ansiedad. Porque como aprendí como a no tomarme nada, por así decirlo, en serio. Porque si cuando vos te tomas algo en serio, por ejemplo, **si alguien te insulta, algo o habla mal de vos**, como que vos vas alimentándolo. Y **después, te sentís enfermo.** Entonces, como que cuando entra uno, sale y bien [señala que entra por una oreja y sale por la otra oreja].

Hay en efecto una dimensión de autoconocimiento y de trabajos sobre el sí mismo que se reconoce como necesaria para el bienestar. Emergen también otras prácticas que abren las distintas facetas de la vida de los jóvenes: hablar, hacer deporte, desarrollar actividades artísticas ... Aunque sutilmente, también comienza a emerger la responsabilidad sobre el propio bienestar.

-Guadalupe (agnóstica, clase media alta): **yo cuando utilizo la palabra trabajar es porque siento que es un acompañamiento constante entre el médico [se refiere al homeópata] y yo.**

-Laura (católica, clase media alta): **Yo creo que hoy en día está este pensamiento como de “equilibrio”. Llámale psiquis, llámale alma y cuerpo.** Antes la gente era más materialista por así decirlo, materialista en un sentido de bueno me duele la cabeza porque me duele la cabeza y punto.... Hoy creo la concepción antropológica del hombre está cambiando, no solo desde una mirada religiosa sino también con no sé, esto de **tener en cuenta más lo psicológico, lo emocional y cómo repercute en el cuerpo.**

-Angie (evangélica, clase media): (...) Dependiendo, tengo muchas maneras para sentirme bien cuando en algún momento si tengo algún bajón de algo. Bueno, me gusta también **cantar, tocar la guitarra. O dibujar y escribir también.** Por ahí, **cuando me desbordan las emociones, lo que más hago es escribir.** Yo las escribo y después las guardo. Si, por ahí las leo de nuevo. Pero también tengo muchas mascotas porque me encantan los animales. (...) Estoy las horas con ellos. (...). Y yo también **voy a la iglesia, (...).**

En los sectores de menores recursos, la relación entre manifestaciones somáticas y emociones se entiende como estrés, también se alude al “bajón”. A diferencia de los otros sectores, la solución no es la palabra compartida ni la intervención de un terapeuta, sino algún tipo de actividad, como limpiar, hacer deporte o escuchar música. Es también significativo, pues muestra un paradigma en donde la expresión de las emociones no se restringe en función del género, que varios de los jóvenes señalan encontrar alivio llorando.

-Romina (católica, clase baja): lo que yo hago cuando **estoy así de estresada**, porque se me manifiesta de diferentes maneras, **me empiezo a brotar todo el cuerpo.** Me salen como ronchitas y picazón. Cuando es leve, se me van y no tengo por un tiempo. No le doy bola. Sigo mi camino y sigo mi vida como sea. **Escucho música, salgo, bailo. Me distraigo haciendo o ayudando a alguien. Yo, por ejemplo, me desestreso así. Pero sola** (...) Cuando estás con otra persona, un amigo, un hermano, es peor. Te da un bajoneo bárbaro. Sola, lo descartas sola, limpiando o haciendo algo.

-Gabriel (católico, clase baja): **Música**, claro. Para relajar, **si tengo que llorar, lloro solo**. No busco ayuda de nadie cuando estoy mal (...) hay personas que van a la iglesia.

-Facundo (sin religión de referencia, clase baja): yo también, **muchas veces lloro o camino**. Tengo un tío que vive allá cerca de la vía, y me voy. Antes de llegar a su casa, ya se me pasó. Por eso, es como te digo, uno muchas veces busca la mejor alternativa (...) **Psicólogo he ido una vuelta, pero las mismas cosas que te dice es lo que le estas diciendo, no te ayuda en nada**. Yo quisiera que me den una facilidad, la única cura para cuando estas mal es la música o estar solo. Que vos mismo en tu cabeza pensás hasta que te tranquilizas.

-Eminem (sin religión de referencia, clase baja): sí... bueno yo cuando estoy mal me pongo una base y **empiezo a rapear, desquito así mi energía. Llora** y al otro día me levanto bien.

El grupo comparte esta idea holística de salud; de totalidad integrada por dimensiones no meramente biológicas y de equilibrio. También se señalan caminos de alternancia y complementariedad de tratamientos.

-Guadalupe (agnóstica, clase media alta) Si bien mi médica homeópata no está de acuerdo con la medicina alopática, que es la medicina tradicional, **yo también tengo mi criterio propio**. Hasta acá una cosa y hasta acá la otra. **No porque trabajo con medicina homeópática no voy a someterme a una cirugía, si hace falta lo hago**.

-Romina (católica, clase baja): **Depende la situación**, por ejemplo, ella estaba empachada y ahí recurrí a un curandero.

-Matías (católico, clase baja): **Depende de la enfermedad**.

Como se observa, las complementariedades son distintas según del grupo social del que se trate. Aunque algunos entrevistados incorporan términos popularizados psicológicos, las complementariedades que enuncian se acercan más a las medicinas tradicionales y las terapéuticas populares que las MAC, aunque el reiki y el yoga comienzan a insinuar su presencia también entre ellos.

## Conclusiones

En los tres grupos, los vínculos cercanos, en particular las mujeres de la familia cumplen un papel destacado en el cuidado de la salud y como fuente de consejo y de referencia. Aunque la biomedicina es reconocida, apelan a la

automedicación para afecciones simples o recurrentes y, en los sectores de menores recursos, a terapias tradicionales y curas caseras. Algunos se abren a otras medicinas, y forjan una suerte de complementariedad basada en su propio criterio. Escasamente dan cuenta de lo que en edades mayores se vuelve confianza en sí mismos: en esta etapa depositan su confianza fundamentalmente en manos expertas o en el entorno familiar. Se destaca también la confianza en dios manifestada por varios de ellos.

Los y las jóvenes de sectores medios altos y medios de la ciudad de Córdoba muestran que conciben la salud en forma holística y asignan importancia a las dimensiones emocionales en los malestares somáticos. Las terapias psicológicas son una forma de restablecer el equilibrio. Muchos de ellos apelan a la espiritualidad y al autoconocimiento. Entre los y las jóvenes de sectores socioeconómicos bajos, se entiende también que las manifestaciones de enfermedad tienen orígenes emocionales; hay también alusión a energías metafísicas, pero se las entiende como presencias y no como manifestaciones impersonales. Aunque en los sectores de bajos recursos la palabra no es el modo preferente de resolución de problemas psicofísicos, también asocian las ocurrencias físicas con “causas” emocionales, integrando dimensiones al paradigma de salud. En los tres grupos, el bienestar implica vínculos, afectos, actividad física, arte, autoconocimiento y fe.

De los 7 puntos que caracterizan los nuevos paradigmas de bienestar, solo uno no fue expresado en estas reuniones. Puede decirse entonces que, con variantes, entre los y las jóvenes de la ciudad de Córdoba comienza a delinearse un paradigma de bienestar que incluye las dimensiones espirituales, sociales y afectivas y que orienta hacia otras formas de cuidado y tratamiento.

## Referencias

ADAMS, M. (2004) “Whatever will be, will be: Trust, fate and the reflexive self”, *Culture Psychology*, 10 (4), pp. 387-408

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M. y CORNEJO VALLE, M. (2014) “Empoderamiento de género en las medicinas alternativas y complementarias (MAC) de influencia new age ¿es el holismo feminista?”, *Crisis y cambio:*

propuestas desde la sociología, *Actas del XI Congreso Español de Sociología (FES) 10 al 12 de julio de 2013*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, pp. 1377-1385.

CANO-ORÓN, L. MENDOZA-POUDEREX, I. y MORENO-CASTRO, C. (2019) “Perfil sociodemográfico del usuario de la homeopatía en España”, *Atención Primaria*, 51(8), pp. 499-505.

CORNEJO VALLE, M. y BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M. (2013) “La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico”, *Revista de Antropología Experimental*, 13, pp. 11-30.

EHRENBERG, A. (2010) *La société du malaise*. París: Odile Jacob.

FISCHER D'ANDREA, A. (2000) *O self perfeito e a Nova Era*. Chicago: Loyola.

FOUCAULT, M. (2007) *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

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

FUREDÍ, F. (2004) *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Londres: Routledge.

GRIERA, M. M. y Urgel, F. (2002) *Consumiendo Religión. Nuevas formas de espiritualidad entre la población juvenil*, Barcelona: Fundación La Caixa.

HEELAS, P. (1996) “A Nova Era no contexto cultural: Pré-Moderno E Pós-Moderno”, *Religião e Sociedade*, 17 (1-2), pp. 16-33.

——— (2008) *Spiritualities of life*. Oxford: Blackwell.

HORNSEY, M.J., LOBERA, J. y DÍAZ-CATALÁN, C. (2020) “Vaccine hesitancy is strongly associated with distrust of conventional medicine, and only weakly associated with trust in alternative medicine”, *Social Science & Medicine*, 255, pp. 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113019>

ILLOUZ, E. (2007) *Cold intimacies*. Londres: Polity Press.

——— (2008) *Saving the modern soul*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.

LE BRETON, D. (1995a) *Anthropologie de la douler*. París: Métailié.

——— (1995b) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

MALUF, S. W. (2005) “Mitos coletivos, narrativas pessoais. Cura ritual, trabalho terapêutico e emergencia do sujeito nas culturas da Nova Era”, *Mana* 11 (2), pp. 499-528.

PAPALINI, V. (2014) “Culturas terapêuticas: de la uniformidad a la diversidad”, *Methaodos, revista de ciencias sociales*, 2(2), pp. 212-226.

PERDIGUERO GIL, E.; TOSAL HERRERO, B. (2007) “Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapêuticos de las mujeres: importancia en nuestro contexto”, *Feminismo/s*. 10, pp. 145-162.

PLOTKIN, M. y DAMOUSHI, J. eds. (2009) *The Transnational Unconscious*. Londres: Palgrave.

SAIZAR, M. M., SARUDIANSKY, M. y KORMAN, G. (2013) “Salud mental y nuevas complementariedades terapêuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina”, *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), pp. 451-460.

SAIZAR, M.M. (2017) “What the Body knows and Physicians Don’t. Body and Experience from the view point of Alternative Therapies Practitioners”. En: Saizar, M. M. y Bordes, M. eds, *Alternative Therapies in Latin America. Policies, Practices and Beliefs*, New York: Nova Science Publishers, pp. 187 - 199.

WOODHEAD, L. (2007) “Why so many women in holistic spirituality? A puzzle revisited”. En Jupp, K. y Flanagan, P.C. (eds.) *A Sociology of Spirituality*. Aldershot: Ashgate

# **Turismo cultural, movilidades y nuevas formas de cuidar y viajar en contexto de pandemia: el caso de la actividad artesanal de Uquía, provincia de Jujuy, Argentina**

Álvaro Patricio Villarrubia Gómez <sup>1</sup>  
Vanesa Civila Orellana <sup>2</sup>

## **RESUMEN**

El 12 de marzo del 2020, el Ejecutivo de la provincia de Jujuy, a través de Decreto 696- S- declaró la Emergencia Sanitaria y Epidemiológica en Jujuy y creó un Comité Operativo de Emergencia (COE) que, de aquí en más se encargaría de dar informes y coordinar acciones sanitarias y de control ante el desarrollo de la pandemia de Covid-19. Días más tarde, desde la Presidencia de la Nación Argentina, se anunciaría la medida definida como “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (ASPO) seguido luego de un “Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (DISPO). Ante estas situaciones que afectaron el normal desarrollo de actividades económicas, sociales, educativas, entre otras, resultó la actividad turística impactada debido al avance de la pandemia. Desde los organismos provinciales se lanzaron planes como “Jujuy para los jujeños” evidenciando una nueva dinámica y un nuevo concepto de movilidad turística, en este caso, destinado a cuidar el desplazamiento de los/as viajeros/as locales. En este sentido, resultará importante conocer la experiencia del pueblo de Uquía, en la Quebrada de Humahuaca y de sus pobladores, artesanos/as, revendedores/as, guías, prestadores, entre otros, en tanto son los principales actores del desarrollo del turismo y son quienes permiten reflexionar sobre las nuevas modalidades de turismo en la región.

Palabras clave: Turismo, Movilidades, Pandemia, Uquía, Jujuy.

---

1 FHYCS/UNJu, email: avillarrubia@fhyics.unju.edu.ar

2 FHYCS-FCA/UNJu, email: vcivilaorellana@fhyics.unju.edu.ar

## **Cultural tourism, mobilities, and new ways of caring and traveling in the context of a pandemic: the case of the handcraft activity in Uquía, Jujuy province, Argentina**

### **ABSTRACT**

On March 12, 2020, the Executive of the province of Jujuy, through Decree 696-S- declared the Sanitary and Epidemiological Emergency in Jujuy and created an Emergency Operational Committee (COE) that, from now on, would be in charge of give reports and coordinate health and control actions in the face of the development of the Covid-19 pandemic. Days later, from the Presidency of the Argentine Nation, the measure defined as “Social, Preventive and Obligatory Isolation” (ASPO) would be announced followed by a “Social, Preventive and Obligatory Distancing” (DISPO). Faced with these situations that affected the normal development of economic, social, educational activities, among others, the tourist activity was impacted due to the advance of the pandemic. Plans such as “Jujuy for Jujuy” were launched from the provincial agencies, evidencing a new dynamic and a new concept of tourist mobility, in this case, aimed at local visitors. In this sense, it will be important to know the experience of the town of Uquía, in the *Quebrada de Humahuaca* and its inhabitants, craftsman/craftswoman, resellers, guides, providers, among others as they are the main actors in the development of tourism. They are the ones who allow us to reflect on the new modalities of tourism in the region.

**Keywords:** Tourism, Mobility, Pandemic, Uquía, Jujuy.

### **Introducción. De la artesanía como patrimonio auténtico jujeño y el turismo en contexto de pandemia**

El problema de los productos artesanales locales y/o regionales, el desarrollo local y sostenible en la provincia argentina de Jujuy con especial énfasis en la Quebrada de Humahuaca, ha dado lugar a innumerables reflexiones desde diversos ángulos y disciplinas, las cuales se presentan en el proyecto investigativo SeCTER (Secretaría de Ciencia, Técnica y Estudios Regional – UNJu). En este sentido, la necesidad de un sello de “autenticidad” como cualidad de lo auténtico, del griego *authentés*, ha llegado a ser objeto de reflexión, análisis y propuesta necesaria para la región y la provincia. Distinguir entre lo “auténtico” y lo que no es va más allá de una polarización semántica. Es decir, pensar en “autenticidad” es pensar en la genealogía de un producto, o sea el proceso patrimonio artesanal y cultural en tanto herencia.

De esta manera, es el objetivo de este trabajo presentar el caso del turismo en Uquía, Humahuaca en la provincia argentina de Jujuy a partir del patrimonio

artesanal, abordando esta problemática desde el enfoque de las movilidades en un contexto determinado como lo es la pandemia de la Covid-19. Es por ello que se abordarán conceptualizaciones básicas en torno al turismo en el caso jujeño como ser las distintas prácticas, diversas experiencias y múltiples relaciones. Asimismo, se buscará reflexionar sobre el turismo como una forma de movilidad que produce y es producto de relaciones sociales. En el caso específico de Humahuaca y de la localidad de Uquía en particular, se pondrá en valor los discursos de los/as artesanos/as, en vinculación con la representación de la actividad turística. La actividad artesanal se considera un elemento estabilizador del patrimonio local. Autor/a (2019) explica que la expansión del turismo a escala mundial, su efecto sobre muchos territorios transformados en destinos turísticos, así como su papel en la sociedad contemporánea y en especial en Jujuy, emisora y receptora de turistas, la convierten en un fenómeno nada superficial o intrascendente.

Es importante conocer la construcción de significaciones en torno a la experiencia y la autenticidad, las temporalidades y distancias, las formas de sociabilidad y los modos de percepción del entorno que surgen de las relaciones entre sujetos y entre sujetos y espacios. Es por ello que estas temáticas serán abordadas en este trabajo, no solo desde el aspecto teórico, sino también relacionando con los datos empíricos obtenido desde el proyecto de investigación. Es menester señalar aquí que las dimensiones planteadas, es decir de temporalidad, sociabilidad y significaciones desde el enfoque de las movilidades en el contexto de Uquía es relevante porque, el turismo en dicha comunidad se evidencia como un “turismo sostenible” contrario al turismo masivo en contraste con otras comunidades como Humahuaca, Tilcara o Purmamarca en tanto el ámbito natural de Uquía es frágil, ya que se encuentra emplazada entre quebradas y cerros con reservas únicas de biodiversidad que corren peligro. Por lo tanto, las dimensiones de lo temporal, la sociabilidad y las significaciones permiten comprender el contexto y establecer lazos coherentes que promueven una mirada observadora y crítica de la actualidad.

Lejos de plantearlo como algo ajeno a lo contemporáneo Ballart Hernández y Tresserras (2001) lo definen como un nexo entre los seres humanos de ayer con los hombres y mujeres del presente, un eslabón para comprender una realidad cultural y darle sentido a la identidad. En sintonía con esto, los turistas buscan vivir en Uquía experiencias cada vez más innovadoras y cercanas a la cultura del lugar que visitan a través del patrimonio artesanal y el turismo

sostenible que están íntimamente vinculados con la historia de vida de su gente y su historia de desarrollo, como se evidencia en el caso de los talleres artesanales (cerámica, alfarería, textil, curtiembre, pictórico con materiales naturales, entre otros) visitados *in situ* en contexto de pandemia. Las voces registradas mediante la técnica de la entrevista como en registros audiovisuales y fotográficos como parte de la metodología cualitativa desde una dimensión narrativa, en tanto capacidad de organización de la memoria y la experiencia, vinculada a la historia de vida, aunado al método etnográfico, manifiestan que la experiencia artesanal y comunitaria es el atractivo que se refuerza socialmente en la búsqueda turística en pandemia. Respecto de la historia de vida, Ferraroti reconoce que:

No es casualidad que, para la reunión de los datos empíricos a través del análisis cualitativo, sea fundamental (...) Es claro que la lectura de documentos biográficos pone problemas más complejos que una mera elaboración estadística de respuestas pre-codificadas. Para empezar, la reunión de las historias de vida presupone una relación de confianza entre entrevistador y entrevistado. (2007: 26)

Asimismo, desde el aspecto netamente investigativo, la historia de vida “es un texto. Un texto es un “campo”, un área más bien definida. Es algo “vívido”: con un origen y un desarrollo, con progresiones y regresiones, con contornos sumamente precisos, con sus cifras y su significado” (Ferraroti, 2007: 28).

## **Del contexto jujeño en tiempos de pandemia**

Entendemos que no es la única actividad del contexto patrimonial y turístico de Humahuaca que se ve/vio afectada por la emergencia sanitaria decretada, pero sí es la actividad que convoca tanto a quienes llevamos adelante esta investigación como a los productores/as artesanos/as de la Cooperativa mencionada anteriormente. Y es que la pandemia no vino con un manual de uso para saber cómo reactivar las economías populares luego de su paso lacerante. En este sentido, es importante mencionar que “de la noche a la mañana” los/as artesanos/ debieron cerrar la Cooperativa y espacios de ventas. Porque, primero, el 12 de marzo del 2020, como medida de “carácter preventivo” el Ejecutivo Provincial, a través de Decreto 696-S- declaró la Emergencia Sanitaria y Epidemiológica en Jujuy y creó un Comité Operativo de Emergencia (COE) que, de aquí en más se encargó de dar informes parciales todos los días por medios locales, y además coordinó las acciones sanitarias y de control. Dentro de este

Decreto se dispuso que a partir del 16 hasta el 28 del mismo mes se suspenderían las clases para todos los niveles, y que, posteriormente se darán cuarentenas intermitentes entre ASPO y DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio). En acuerdo con esta medida preventiva la UNJu (Res.0348/20) adhirió a la Resolución del Ministerio de Educación de la provincia norteña (Res 2020-82-APN-ME). Luego, días más tarde, el 19 de marzo, el presidente de la Nación Argentina, Alberto Fernández, anunciaría la medida mediante Decreto 297/2020 definida como “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (ASPO) o “cuarentena” para todo el territorio nacional que empezaría a regir desde el 20 hasta el 31 de marzo. En esta medida se indicaba lo que el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaraba como “pandemia” al coronavirus luego de que el número de personas infectadas por COVID-19 a nivel global llegara a 118.554, y el número de muertes a 4.281, afectando hasta ese momento a 110 países.

En ese sentido, el Decreto N° 260 del 12 de marzo de 2020 se amplió en nuestro país como emergencia pública en materia sanitaria establecida a través de la Ley N° 27.541 (por el plazo de un año en virtud de la pandemia declarada). En torno a esto, la OMS, con fecha 19 de marzo de 2020, constató la propagación global del Covid-19 llegando a un total de 213.254 personas infectadas, 8.843 fallecidas y afectando a más de 158 países de diferentes continentes, incluyendo nuestra región y a nuestro país hacia pocos días. Por esta razón dada la velocidad en el agravamiento de la situación epidemiológica a escala internacional, requirió la adopción de medidas inmediatas para hacer frente a esta emergencia. Posteriormente, el ASPO o cuarentena no finalizaría el 31 de marzo, sino que se extendería hasta el 13 y 26 de abril, y 10 de mayo sucesivamente.

En el caso jujeño, sumaron 5 los/as infectados/as, sin muerte, por lo que empezó a flexibilizarse la cuarentena antes de mayo. Claramente el ASPO indicaba la no circulación de personas, el “quédate en tu casa” como consigna sirvió para sensibilizar a la población sobre los riesgos y el “hacer todo lo posible” se utilizó para evitar que el virus se propagara rápidamente, dado la preocupante escasez de insumos sanitarios para la atención en el caso de llegar al “pico”. Por esto, toda acción personal se tornó colectiva había (o hay) que “achatar la curva”. En este contexto de Covid-19 una falsa dicotomía empezó a gestarse “¿salud o economía?”. Los/as defensores/as del segundo punto con miradas teñidas de colonialismo y serviles del neoliberalismo veían en Europa o USA el ejemplo a seguir, entonces empezaron a mostrarse las cifras de la OMS en los medios internacionales y nacionales con las vidas infectadas que dejaban su

paso por este mundo material, y esas miradas, miraron para otro lado. La salud, el primer punto de la falsa polarización, era lo más importante. La frase acuñada por el presidente de la Nación “la economía puede recuperarse, pero una vida que se va no puede recuperarse” no dejaba más intersticios. En este marco, las Universidades todas, en especial la UNJu ya ponía su impronta en la salud, a lo cual la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, incluidas las Expansiones Académicas<sup>3</sup>, adherían. Ahora bien, este contexto de Covid-19 mostró que la salud es un bienpreciado, pero también evidenció las desigualdades económicas existentes en el NOA, específicamente como se dijo, las economías populares, cooperativas y demás, se vieron profundamente perjudicadas.

## **Del turismo cultural en Quebrada de Humahuaca**

Tal como se adelantó en la introducción, este estudio se abordó desde la metodología cualitativa con un enfoque etnográfico en Uquia, para dar cuenta acerca de los aspectos del viajar y el cuidar en el contexto de pandemia en Jujuy. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es justamente dar cuenta de lo que sucedió en el contexto turístico y patrimonial de Uquia durante el ASPO y DISPO. En Jujuy, la actividad turística se desarrolla en toda la provincia, pero es en la Quebrada de Humahuaca donde hay mayor presencia, encontrando grandes centros turísticos mediante itinerarios culturales y naturales. La Quebrada se encuentra conformada por los departamentos de Humahuaca, Tilcara y Tumbaya, que en conjunto conforman este itinerario cultural y natural excepcional. Es oportuno explicar que la Quebrada de Humahuaca se extiende a lo largo de varios kilómetros, acompañados por el Río Grande perteneciente a la cuenca del Bermejo (Albeck, 1994) y que esta zona, constituye, además, un ambiente de fuertes contrastes: vegetación abundante en el sur, colindando con un fuerte cambio de paisaje marcado por la aridez y presencia de cardones en la zona central y norte de la quebrada.

Hacia los primeros años del nuevo milenio, desde el Estado Nacional y Provincial, comenzaron a efectuarse gestiones desde un proyecto que aparentemente ostentaba un modelo participativo de gestión, que derivaron en la incorporación de una región de la provincia: “Quebrada de Humahuaca” a la lista

---

3 Desde el año 2014 la Universidad Nacional de Jujuy (UNJu) lleva adelante una política educativa de “expansiones” es decir la creación de nuevas sedes o extensiones en diferentes puntos de la provincia lo cual descentraliza a dicha casa de estudios, entre las creadas y consolidadas se encuentran, la Expansión Académica San Pedro (la primera) Humahuaca, Tilcara, Abra Pampa, El Carmen, Monterrico, entre otras.

de Patrimonio Mundial de la UNESCO, en el año 2003. Este reconocimiento, asociado vertiginosamente a programas de desarrollo turístico, generó una reconceptualización del patrimonio como fuente de ingresos económicos (Montenegro, 2011) y en términos de Hiernaux-Nicolás puede presentarse como “un estimulante de actividades económicas que ofrecen bienes y servicios que demandan el turista en su afán de realizar actividades recreativas” (2002: 24).

Sin embargo, puede observarse que los eventos producidos en los últimos años, tanto de orden natural como de origen humano, presentan un elemento en común: se producen situaciones que afectan al ambiente, al territorio y a la sociedad. Puede decirse, entonces, que estas situaciones impactan en las sociedades en mayor o menor medida. Allis explica que “desde una mirada occidental, el turismo se analizó como un desarrollo asociado a los cambios sociales, económicos y tecnológicos derivados de la Revolución Industrial” (2017: 131). Es así que las actividades turísticas no se pueden analizar ni entender si no se tiene en cuenta una perspectiva global y local, entendiendo que surgen como consecuencia de múltiples factores que interactúan. En este contexto, los bienes culturales y naturales adquieren nuevas valoraciones y comienzan a visibilizarse como recursos turísticos para sostener economías regionales fuertemente impactadas por la crisis económica global (Montenegro, 2011), en este sentido Allis explica que:

Es indispensable que se reconozca que los viajes –sus tiempos y espacios– son parte integrante del turismo, donde se desarrollan encuentros, miradas, experiencias, impactos entre los viajeros, y entre los que no viajan y los espacios de transición entre el origen de los turistas y los destinos turísticos (2017: 133).

Es importante entender entonces, que las movilidades, específicamente en Quebrada de Humahuaca, están vinculadas con motivaciones económicas, sociales y culturales. En este sentido, la cultura (Geertz, 1987, Bauman, 1972) es entendida no como algo estático y estructurado, sino más bien como algo cambiante, movilizante y dinámico. Se considera una urdimbre compuesta por tradiciones, costumbres, etcétera, diferentes modos de ver, sentir e interpretar la vida, según Geertz (1987). Cabe destacar aquí que la comunidad de Uquia se encuentra a 115 kilómetros de San Salvador de Jujuy por Ruta 9, y a 2.900 m s.n.m., a 19 Km. de Huacalera y a 11 Km. de Humahuaca, ubicada hacia la izquierda de la Ruta Nacional N° 9. Originalmente estuvo habitada por las comunidades originarias Uquías, de quien tomó su denominación. En base

a su formación inicial, este territorio está constituido por unos 70 a 100 mts. de arenas de grano fino de tonos blanco-amarillentos, con intercalaciones de conglomerados y en menor proporción de rocas epiclásticas tobáceas.

Los *abanicos antiguos* de esta comunidad constituyen los testigos iniciales de la evolución morfológica de la Quebrada, aunque bajo la misma denominación se han incluido también los relictos más viejos del relleno cuaternario de la Puna. Ocupan una gran extensión superficial en la depresión de Humahuaca, pero en el resto de la Quebrada quedan reducidos a pequeños afloramientos colgados junto al borde montañoso. Se trata de depósitos multisequenciales de abanicos aluviales constituidos por gravas y bloques con buena estratificación e intercalaciones decimétricas de tobas volcánicas. A techo desarrollan suelos rojos con horizontes petrocálcicos de gran espesor (Amengual y Zanettini, 1974). Tanto como en su formación como en la actualidad Uquia, posee diversos elementos patrimoniales que funcionan como recursos turísticos comunitarios, entre ellos se encuentra, el patrimonio artesanal, el patrimonio agrícola, dado que el 70% se dedica a la agricultura familiar, el patrimonio histórico puesto en los molinos de viento, el patrimonio narrativo que encierran los relatos de su gente. También se encuentra la Iglesia de San Francisco de Paula, edificada en 1691 —Monumento Histórico Nacional desde 1941, que exhibe un tesoro artístico de gran valor el cual se trata de una de las dos únicas colecciones del país de Ángeles Arcabuceros, pinturas realizadas en el siglo XVII por la Escuela Cuzqueña (cusqueña)

## **De las experiencias, resignificaciones y los desplazamientos en Uquia**

Tal como se presentó anteriormente, Uquia posee diversos recursos que funcionan como atractivos compartidos por la comunidad. Según la Confederación Argentina de la Mediana Empresa (CAME) en el verano 2021 el movimiento turístico se desplomó en un 28,9%, siendo esto un condicionante para la frágil economía regional. Sin embargo, la pandemia también evidenció la importancia de las economías participativas en el contexto comunitario de Uquia para sobrellevar esta crisis, evidenciando así el uso social del patrimonio artesanal como recurso compartido para la economía de Uquia en Humahuaca. El turismo, como actividad espacial, social y económica, presenta cambios en su dinámica de manera continua. Estos cambios se expresan a través de la oferta intencionada que logra modificaciones en los hábitos de consumo de los turistas, los nuevos perfiles identificados, las formas de concebir y valorar el tiempo libre,

la revalorización de destinos y la aparición de nuevas modalidades y propuestas turísticas y recreativas, dentro del concepto conocido como “turismo sostenible” y “turismo alternativo”. Este último es entendido por Acebo Ibáñez y Schlüter como “un turismo no masivo que tiene como principal elemento distintivo la forma de acercamiento del visitante hacia la naturaleza y las comunidades locales” (2012: 453). En este sentido, el proceso patrimonial de Uquia que se ha desarrollado a través de distintas etapas históricas ofrece una serie de valores tecnológicos/técnicos, sociológicos y paisajísticos que lo convierten en un patrimonio de gran importancia tanto por su extensión en el espacio como por su conservación territorial. En este sentido, se aclara aquí que el territorio se entiende como Benedetti (2005) como una región o lugar, como tantas otras, con herramientas de trabajo intelectual con su historia, muestran ciclos, momentos de auge y momentos de decadencia, pero también es un lugar simbólico, de pugnas, de disputas, de tensiones. También proporciona una memoria histórica que permite revalorizar la actividad que allí se generan como depositaria del legado, constituido por ese pasado, de la historia y de sus tradiciones, y conforma una importante fuente documental para poder conocer el desarrollo del patrimonio quebradeño y la actividad del hombre en relación con su medio tal como se vio arriba.

De este modo, este bagaje patrimonial aunado a las prácticas turísticas permite evidenciar ciertos dispositivos estatales que se ponen en juego a la hora de promover el turismo interno en la región quebradeña, como por ejemplo el Programa “Jujuy para los Jujeños” que se implementó en dos periodos para la apertura de dicho tipo de turismo. El periodo fue desde mayo a junio de 2020, resultando sólo en programa que logró el desplazamiento a modo de “visita” de los ciudadanos por la provincia, y muy especialmente por la región de quebrada, sin lograr el pernocte de los sujetos o el uso de restaurantes y comercios similares, no dando de este modo el resultado esperado del Programa. Asimismo, duró poco tiempo porque se visibilizó el primer rebrote de la covid-19 en la provincia, específicamente en la región Puna y Quebrada. El segundo periodo fue de octubre a diciembre aproximadamente, con otro tipo de movilidad, dado lo extenso de las fechas, las regiones de las Yungas y Valles también se beneficiaron.

Nos interesa aquí prestar especial atención al primer periodo del Programa mencionado. Es decir, a la primera flexibilización de la cuarentena y ahora en Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) el viernes 22 de mayo quedó habilitado el Programa turístico “Jujuy para los jujeños” cuyo objetivo fue “reactivar” el turismo interno de la provincia, tal como dijimos arriba. Según la

voz del ministro de Cultura y Turismo, Federico Posadas “(Jujuy) es la primera provincia a nivel nacional que arranca con la reactivación de la actividad turística”. Además, agregaba que “toda la cadena de valor está habilitada para trabajar en función de protocolos aprobados por el Comité Operativo de Emergencia (COE) para disfrutar de los atractivos turísticos de Jujuy, resguardando todas las medidas de seguridad como la distancia social, el uso del barbijo, el lavado de manos y la utilización de los espacios gastronómicos y el transporte a no más del 50 por ciento de su capacidad, como también el no amontonamiento en los lugares comunes de los hoteles”. Y por supuesto, el sistema de circulación regía por terminación en la numeración de documentos, excepto en los casos en los que el grupo familiar hacía reservas. Reserva que también generó tensiones dado que quienes las hacían no se alojaron en hoteles u hostel, entre otros espacios para pernoctar, sino que usaban los vouchers de alojamiento para trasladarse de un punto a otro de la provincia, por lo cual la reactivación hotelera no cumplió su objetivo. Lo mismo sucedió con la gastronomía, dado el contexto general de pandemia, los/as turistas prefirieron no consumir en restaurantes sino llevar su propia “gastronomía”, aunque algunos medios locales definieron a este programa como “renacer turístico” tal renacer sólo se pudo constatar en los lugares íconos de Jujuy, como por ejemplo en Quebrada de Humahuaca, tal y como se observa incluso en la portada del Programa en la imagen colocada abajo. Pero incluso en dicho espacio patrimonial e icónico para el turismo, sólo se vieron beneficiadas localidades como Purmamarca, Humahuaca y Tilcara (Autor/a, 2019). En algunos pueblos, parajes o localidades adyacentes la implementación de dicho programa fue desigual, como en el caso de Uquía en el cual el pueblo se movilizó para la reparación de la Iglesia histórica para actividades religiosas, pero también para la exhibición de las obras pictóricas de la escuela cuzqueña, los ángeles arcabuceros (Autor/a y Autor/a2020). Atractivos turísticos desde ya que no formaron parte del itinerario del programa “Jujuy para los jujeños”.

Desde la narrativa oficial se argumentó los logros y resultados satisfactorios de la implementación del programa, el programa no fue así en las narrativas no institucionales, como las cooperativas de artesanos/as entre otros que no se incluyeron/as en esta política turística. A partir del 18 de junio quedó suspendido “Jujuy para los jujeños” dado los casos de la covid-19 positivo que se empezaron a registrar. Según lo dispuesto por el COE se retornó a la Fase 1 al ASPO, en principio para la región del Gran Jujuy (S.S. de Jujuy, Yala, Palpalá), semana después para toda la provincia.

El aumento de casos fue realmente significativo el “achatar la curva” era nuevamente el discurso oficial y sanitarista para toda la provincia. Las responsabilidades al borde de “la culpa” recayó en agentes oficiales de la policía de la provincia a quienes se los responsabilizaba de “traer el bicho” por haber cruzado la frontera en busca de “coca”. El contrapunto polifónico de narrativas de un lado, gubernamental, y del otro, comunidad, policía, entre otros sectores, se tornó interesante. Sin embargo, frente a esta situación, el Ejecutivo provincial no asumió responsabilidad concretamente. Dado el creciente aumento de contagios desde esa fecha hasta agosto, el Estado Nacional consideraría a Jujuy como una de las “provincias complicadas” (sanitariamente) por lo cual se brindó apoyo financiero y sanitario.

### **De los resultados. Turismo, movilidades y SIMMOV. Narrativas en tensión**

SIMMOV (Fotografía 1) fue una app que sirvió para escanear el DNI y permisos de circulación provincial y nacional y cuyos datos permitió configurar un “árbol de contagios” y trazabilidad. Al respecto, tanto el fiscal de Estado, Mariano Miranda como el procurador de la Provincia, Mariano Zurueta argumentaron que “se trata de una herramienta preventiva y de seguridad frente a casos positivos de la Covid-19, al disparar alertas y mecanismos de respuesta para acudir con ayuda médica, brindando un tratamiento con celeridad y evitar la propagación del coronavirus”. Además, enunciaron que “permite garantizar la inocuidad y seguridad del derecho a la intimidad y privacidad de los ciudadanos por medio del sistema de registro de DNI implementado por el Decreto Acuerdo N° 786-MS/20, y su posterior ratificación por Ley 6168, no existiendo así violación alguna a la Ley 25.326 y normativa concordante”. Explicaron además, que SIMMOV es una aplicación digital que cumple con la normativa de seguridad y calidad establecida por GOOGLE LLC y autorizada la misma por GOOGLE, con el fin de poder establecer un mapa sanitario, en caso de aparecer un caso positivo de covid-19; datos que deben ser estrictamente confidenciales, por un plazo determinado (60 días), cuyo sistema garantiza la seguridad de que los datos recolectados no serán divulgados ni hackeados y en plena concordancia con el Art. 21 de la Ley N° 25.326. Sin embargo, su uso arbitrario se inició durante el ASPO y luego DISPO sin la información, comunicación y explicación suficiente por parte del Gobierno de Jujuy. Este “mal uso” generó en la sociedad disconformidad, pero también denuncias que definían contextualmente a la app como “abuso del escaneo” remitiendo al pronto “desuso” dado que los agentes policiales

persuadían intensamente a los/as ciudadanos/as para mostrar el DNI para ser escaneados, cuando tal práctica debía ser voluntaria, tal como se pregonaba, y como se evidencia en la imagen colocada abajo:

“Uso de la App SIMMOV en Jujuy”

Fuente: Facebook oficial del Gobierno de la Provincia de Jujuy



En este sentido, los argumentos aludidos por los/as denunciantes, en su mayoría letrados/as jurídicos se fundamentaron en solicitar la suspensión basados/as en la Ley 25.326 de “Protección de los datos personales”. Por lo cual el 12 de Junio del 2021 la jueza Bernal suspendió “preventivamente el uso de esta aplicación en toda la provincia, la recolección impulsiva de datos de cualquier ciudadano mediante la utilización del escaneo de DNI, la utilización de aplicaciones o cualquier otro mecanismo de control, sin perjuicio de la obligación de exhibir la documentación que acredite la identidad de los requeridos a los fines de corroborar el cumplimiento de las medidas de aislamiento social en el marco de la pandemia del coronavirus, como es los días autorizados para circular según la terminación de DNI”. Luego de casi un mes suspendido su uso, el 7 de julio se informó que la app volvería a funcionar. En este caso lo hizo el gobernador Gerardo Morales diciendo que el regreso era “voluntario” y que apuntaba a facilitar el armado de eventuales árboles de contagios de pacientes infectados por covid-19. Asimismo, arguyó que como Estado “no vamos a pelear con nadie”, y “recomendaba” a la gente el permitir el escaneo del DNI para facilitar el trabajo. En este sentido, también se estableció que los/as empresarios/as y comerciantes de todas las actividades habilitadas tenían la obligación de bajar la aplicación para escanear los códigos QR (Autor/a, 2020).

La app SIMMOV dejó de funcionar, una por los hechos narrados y otra porque el contexto presencial en la provincia jujeña la hace inútil, su uso solo se aplica para ciertos contextos necesarios como, por ejemplo, los límites provinciales. Sin embargo, el planteo que luego se generó sobre el accionar del control estatal provincial en la vida de los sujetos fue en torno al uso de la app CUIDAR del estado nacional, inclusive su mayor uso fue y es con el Programa Previaje lo que sencillamente podemos manifestar que, el control estatal en todos los aspectos, en especial ahora en el aspecto sanitario va en aumento porque, además desde el 2021 se debe agregar el carnet digital que resulta y resultará necesario para desplazarse no sólo en Argentina sino en el mundo.

Resulta apropiado, también, el concepto propuesto por MacCanell (2003) al referirse a la autenticidad en escenarios turísticos. Su preocupación se centra en lo “inauténtico” y superficial de la vida moderna: acumulación de imágenes, discontinuidad, lo inesperado. Uquía, en este sentido, puede presentarse como un escenario turístico que posee un gran valor auténtico, producto no solo de sus atractivos paisajísticos como la Quebrada de las Señoritas, sino también por su historia, su patrimonio, sus vivencias y sus experiencias, como ser el único lugar argentino que resguarda las obras pictóricas de los ángeles arcabuceros de la Escuela Cusqueña y el tener artesanías únicas en términos de saberes y haceres que conjuga lo ancestral andino de Argentina con el legado japonés del primer maestro artesanal de tal país que llevó dicha práctica a los artesanos de Uquía. Al hacer referencia a la experiencia turística, MacCanell explica que los turistas encarnan una búsqueda de autenticidad, procurando alcanzar lo auténtico y lugares alejados de la vida cotidiana. Además, el autor explica que actualmente “existe un deseo turístico de compartir la vida real de los lugares visitados, o por lo menos de ver la vida como realmente se vive” (2003: 128). En este sentido, Uquía en particular, y la Quebrada de Humahuaca en general, se presentan como escenarios auténticos dada la declaración patrimonial de la UNESCO, pero también por el valor que los/as propios/as lugareños/as le otorgan, aún antes de dicha declaratoria.

Dentro de esta experiencia turística, los pobladores locales son quienes brindan sus saberes y haceres produciendo con los visitantes, una integración social desde las movilidades turísticas y por lo tanto realizando

una sociabilización, “donde se presume que hay un aprendizaje no solo a través de la interacción y de los símbolos, sino también a través de la socialización en la que se produce un fenómeno de internalización” (MacCanell, 2003: 265).

Respecto de la integración, en palabras de Catalano “significa unión, vínculo, una conexión más profunda entre dos realidades diferentes” (2019: 264). Sin embargo, esa conexión muchas veces está atravesada por diferentes tensiones como la degradación ambiental a partir del crecimiento de la infraestructura como por ejemplo los nuevos caminos o rutas que vialidad lleva a cabo y que son producto de las vinculaciones con la actividad turística. Catalano, ante esta situación, explica que “la relación social entre el extranjero y aquello que visita encierra ciertas tensiones que repercuten en la forma en la que se dan los vínculos” (2019: 264). Entre estas tensiones o necesidades se evidencia la urgencia de mejorar la calidad de los servicios y producciones locales, el aumento de oportunidades de comercialización de los productos de la comunidad a fin de generar ingresos genuinos que redunden en beneficio de la misma y el respeto por la cultura e identidad local. De este modo, es pertinente la propuesta de Allis al explicar que:

Parece urgente prestar mayor atención a las partes móviles, o sea la demanda, formada por los agentes del turismo: los turistas, los anfitriones y los trabajadores de la industria. Por otra parte, está la parte fija, representada por la oferta de instalaciones de alojamiento, atracciones turísticas, etc. Por lo tanto, las técnicas más convencionales (observación participante o no participante, diarios de campo, etc.) hasta la aplicación de tecnologías de la información y la comunicación (georreferenciación con dispositivos móviles) son mecanismos a difundir en la investigación en el turismo, teniendo las movilidades como ancla conceptual (2017:137).

La capacidad de agencia de los actores del turismo en este sentido es clave para impulsar el proceso de preservación y cuidado de las actividades turísticas. No sólo es el “reconocimiento” de las comunidades, los grupos e inclusive los individuos de su patrimonio, sino la transformación de un paradigma patrimonial fundamentalmente asociado a bienes, objetos y/o elementos a uno donde el elemento patrimonial comunitario tiene un rol neurálgico modificando la orientación tradicional “de arriba hacia abajo” (Autor/a, 2019). En este sentido, puede hacerse una vinculación entre la necesidad de cuidado y preservación del Patrimonio cultural de Uquía con

el Patrimonio industrial de Barracas, en Buenos Aires. Hernández explica que el hablar de patrimonio “permite conectar la recualificación actual con algunos elementos de la memoria local, al tiempo que agrega un plus de exotismo, exclusividad, y bohemia” (2019: 56).

Es importante mencionar entonces, que los registros orales y narrativas de los/as artesanos/as de Uquia evidencian un gran insumo que permitirá luego, no solo presentar el patrimonio cultural, sino presentar las historias de vida, las experiencias y los recorridos de los sujetos que forman parte del patrimonio artesanal de Uquía. En este sentido, puede mencionarse que la visita in situ que realizamos en contexto de pandemia a unos de los talleres emblemáticos y representativos de la artesanía en Uquía, el taller de don Juan Alejandro Gerónimo, brindó datos valiosos, en tanto permitió conocer su experiencia, su vivencia en torno a las artesanías y el proceso de elaboración de las mismas, vinculando y evidenciando el papel de turismo en sus actividades, en tanto recurso económico y reforzando las ideas presentadas anteriormente, vinculadas a lo auténtico, en tanto las artesanías de Uquía dado sus saberes y haceres desplegados en la elaboración junto a la materia prima proveniente de otro pueblo, Juella, ponen de relieve tal aspecto como “único e irrepetible”, la búsqueda de escenarios turísticos y la riqueza de Uquía en tanto “espacio de vida real”. Resulta importante reconocer, finalmente, que “no es casualidad que, para la reunión de los datos empíricos a través del análisis cualitativo, sea fundamental la “historia de vida”. Es claro que la lectura de documentos biográficos pone problemas más complejos que una mera elaboración estadística de respuestas precodificadas” (Ferraroti, 2007: 26).

Puede decirse, finalmente, que los estudios turísticos vinculados a investigaciones particulares, como en este caso, la artesanía y el patrimonio de Uquía, son representados, por Allis (2017) como una de las propuestas vinculadas al turismo y la movilidad o “movilidad turística” explicando así que existen algunos aspectos a tener en cuenta como: impactos ambientales, la planificación y el desarrollo, los elementos políticos, sociales y culturales relacionados a la movilidad turística, las tecnologías, materialidades y significados de sistemas de transporte, con discusiones acerca de lo “cotidiano”, entre otros aspectos. Al realizar estudios profundos sobre el turismo en Quebrada de Humahuaca, todos estos aspectos se considerarán

y se presentan como una orientación para continuar las investigaciones y estudios potenciales.

No debe olvidarse que la actividad turística permite desplazamientos y los mismos desarrollan variedad de reacciones tanto en turistas como en las comunidades receptoras o visitadas. Ante esto, es importante entender que no solo los visitantes poseen una imagen del lugar al cual se dirigen, sino que la propia comunidad también puede elaborar y crear su imagen y perfil turístico. Ante esto, MacCanell explica que “las áreas del mundo en vías de modernización también son libres de reunir sus propias imágenes antes de que lleguen los turistas” (2003: 186). Puede decirse entonces, que la comunidad de Uquía se encuentra en ese proceso de construcción de su imagen turística que se evidencia en el actual trabajo etnográfico la cual está vinculada con la preservación de sus recursos y atractivos, con la puesta en valor de los mismos y con la obtención de beneficios económicos y sociales que permitan visibilizar un crecimiento y desarrollo de todos los habitantes y de la región en general.

## **Consideraciones finales**

Existen diversos debates alrededor de lo que genera el turismo, pero la mayoría de los expertos coinciden en que muchos son los efectos adversos en las comunidades receptoras. La contaminación de todo tipo, la sobrecarga de sitios patrimoniales, la aculturación, la explotación de los residentes son algunos de los efectos que producen el turismo y sobre todo el turismo no planificado. Pensar la pandemia como oportunidad de transformación, en donde se ponga en juego la creatividad y la planificación para el desarrollo futuro de la actividad con un criterio de igualdad y cooperativismo donde los beneficios sean distribuidos de manera equitativa es un escenario muy promisorio para los que trabajamos e investigamos en turismo y patrimonio cultural inmaterial.

Por este motivo, el siguiente trabajo se centró en la experiencia del caso de Uquía en Jujuy y las problemáticas emergentes desde el enfoque de las movilidades poniendo el acento especialmente en el patrimonio artesanal el cual funciona como un recurso económico que pone en evidencia el aspecto de la movilidad turística en tanto es una comunidad que desarrolla dicha

actividad desde el turismo sostenible. En este sentido, se puso de manifiesto que la carga perceptual de tal comunidad tiene que ver con el cuidado del ambiente y con el deseo de recibir turistas. Las narrativas registradas advirtieron que el desplazamiento de turistas que llegan a Uquia debe y siempre tiene que ser planificado, dado que en términos de carga perceptual turística contrasta con el turismo de Humahuaca, Tilcara y Purmamarca.

El resaltar tal actividad artesanal como un problema emergente desde el enfoque de las movilidades permitió advertir que los aspectos de la identidad, la cultura, el patrimonio y la autenticidad se resignifican constantemente ante el turismo. En este sentido, no se puede pensar Uquia y las movilidades sin pensar que el patrimonio rige cómo se dan las movilidades dependiendo no sólo de temporadas turísticas en calendarios, sino más bien temporalidades, sociabilidades y significaciones que se construyen al interior de la comunidad y muy especialmente de la comunidad portadora del elemento patrimonial artesanal, en tanto actividades “comunitarias”.

Pensar la pandemia como oportunidad de transformación, de transición en donde se ponga en juego la creatividad y la planificación para el desarrollo futuro de la actividad con un criterio de igualdad y cooperativismo donde los beneficios sean distribuidos de manera equitativa, es un escenario muy promisorio. Por ese motivo proponemos una alternativa posible para repensar las economías populares. En definitiva, el turismo y con él las movilidades internas y el patrimonio que cada artesano/a posee en el caso de Uquia pone de relieve la importancia en la cultura y desde ya de la identidad de la comunidad artesanal y por supuesto de las historias de vida, las narrativas y las experiencias vitales.

## Referencias

ACEBO IBÁÑEZ, E. y SCHKÜTER, R. (2012). *Diccionario de Turismo*. Buenos Aires: Claridad.

ALBECK, M. y GONZÁLEZ, A.M. (1994). *Quebrada de Humahuaca, más de 10.000 años de historia*. Buenos Aires: Ministerio de Educación.

ALLIS, T. (2017). *Movilidad y turismo. En Términos clave para los estudios de movilidad en América Latina* / Dhan Zunino Singh: Biblos.

AMENGUAL y ZANETTINI. (1974). Geología de la quebrada de Humahuaca entre Uquía y Purmamarca (Provincia de Jujuy). *Revista de la Asociación Geológica Argentina* 29 (1):29-40.

BALLART J. y TRESSERRAS, J. (2008). *Gestión del patrimonio cultural*. 4º edición, Madrid: Ariel.

BAUMAN, R. (1972). Identidad diferencial y base social del folklore. "Differential identity and the social base of Folklore", *Toward new perspectives in Folklore* ed. by Américo Paredes and Richard Bauman, Austin and London, the University of Texas Press, pp. 31-41.

BENEDETTI, A. (2005). *Territorio, lugar, paisaje. Práctica y conceptos básicos en geografía*, Buenos Aires: Ed. Facultad de Filosofía y Letras-UBA.

CATALANO, B. (2019). "Movilidad turística e integración: teoría y métodos para su abordaje". *Quid 16. Revista del Área de Estudios Urbanos*. Buenos Aires: IIGG UBA.

CIVILA ORELLANA, V. (2019). Paisaje textual: naturaleza, patrimonio y significados en la Quebrada de Humahuaca. Buenos Aires: Prometeo (Colección: Bicentenario).

---

(2020). "Entre la gestión de la salud y el 'poder sanitario' en contexto de COVID-19: el caso de la app SIMMOV en Jujuy". *Revista Área Salud y Población*. XIV Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población: Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes. Buenos Aires, IIGG-UBA

CIVILA ORELLANA, V. y VILLARRUBIA GÓMEZ, A.P (et.al) (2020). "Repensar la gestión del patrimonio y el turismo en contexto de cuarentena: reflexiones, interrogantes, propuestas y desafíos en relación al post covid-19". *La Pandemia en/desde Jujuy: reflexiones situadas*. Jujuy: Tiraxi Ediciones.

COOPER, C.; J. FLETCHER, A. FYALL; D. GILBERT y S. WANHILL. (2007). *El turismo. Teoría y práctica*. Madrid: Editorial Síntesis.

FERRAROTI, F. (2007). “Las historias de vida como método”. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. Vol. 14, Núm. 44. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

GEERTZ, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

GETINO, O. (2009). *Turismo: entre el ocio y el neg-ocio. Identidad cultural y desarrollo económico en América Latina y el Mercosur*. Buenos Aires: CICCUS.

HERNÁNDEZ, S. (2019). “Preservar para transformar. El “Patrimonio Industrial” en el proceso de recualificación del barrio de Barracas (Buenos Aires, Argentina, 2003-2015)”. *La ciudad mercancía: turistificación, renovación urbana y políticas de control del espacio público*. Marcus, J. Buenos Aires: UBA.

HIERNAUX-NICOLAS, D. (2002). “¿Cómo definir el turismo? Un repaso disciplinario”. *Aportes y transferencias*, 6(2), 11-27.

JAFARI, J. (2000). *Enciclopedia del turismo*. Barcelona: Editorial Síntesis.

LEDHESMA, M. (2018). *Tipos de turismo: nueva clasificación*. Buenos Aires: OMPT.

MacCANNELL, D. (2003). *El turista: una nueva teoría de la clase ociosa*. Barcelona: Melusina.

MONTENEGRO, M. (2011). “Itinerarios culturales y patrimonio religioso en la Quebrada de Humahuaca, Jujuy, Argentina”. *Caminos que unen historia, paisaje y turismo. Experiencias patrimoniales en Argentina y España*. R. Ledesma y F. Vicente Castro (Eds.). Badajoz: Editorial PSIQUE-EX.

PROGRAMA “Jujuy para los jujeños” (2020) (Recuperado Se reactiva el programa “Jujuy para los Jujeños”)

## PROGRAMA “Pre Viaje” (Recuperado PreViaje | Inicio)

VILLARRUBIA GÓMEZ, A.P. (2022). *Propuesta de producto turístico religioso para la Festividad de la Virgen de la Candelaria, de Humahuaca, Jujuy*, Jujuy: Tiraxi Ediciones.

# La intervención del estado frente a la diversidad cultural (Argentina)

María Belén Trecco <sup>1</sup>

## *RESUMEN*

El artículo reflexiona sobre el papel del estado frente a la diversidad cultural a los fines pedagógicos de incentivar una mirada crítica en la intervención profesional. El abordaje es cualitativo a partir del análisis documental del caso de Julián, un niño argentino perteneciente a una comunidad de pueblos originarios.

Palabras clave: Expropiación de la salud; moralidades; salud intercultural; monopolio del poder.

## State intervention in the face of cultural diversity (Argentina)

### *ABSTRACT*

The article reflects on the role of the state vis-à-vis cultural diversity for the pedagogical purposes of encouraging a critical look at professional intervention. The approach is qualitative based on the documentary analysis of Julian's case, he's Argentinian child belonging to a community of indigenous peoples.

**Keywords:** Expropriation of the health; moralities; Intercultural Health; Monopoly of power.

---

1 C. Confines Universidad Nacional de Villa María/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Córdoba, Argentina, email: mbelentrecco@gmail.com

## Introducción

Aunque el multiculturalismo reconoce en legislaciones y tratados internacionales, es un problema presente desde la constitución del estado nación hasta hoy, expresando y aceptando que la diversidad de las diferentes formas de vida, incluidas las diferencias étnicas de quienes la componen, deben mantenerse, protegerse, garantizarse y respetarse (Kemelmajer, 2016).

Este artículo se deriva de la participación en el XIX Congreso Latinoamericano de Religión y Etnicidad en el simposio “*Cuidados, bienestar y salud. Experiencias y tendencias locales y globales*” que consistió en el análisis del caso de Julián, un niño guaraní oriundo de la selva misionera argentina que presenta una afección en el corazón.

Se evidencia un conflicto bioético producto de la colisión entre las creencias de la tradición guaraní y la medicina occidental que permite captar la compleja trama en torno a las intervenciones del Estado con niños, niñas y adolescentes pertenecientes a una etnia y cultura aborígen. La justicia, como detentor del monopolio del poder, dirime entre el saber científico/medicina hegemónica versus saberes nativos de la cultura guaraní, construyendo minoridad y poniendo en riesgo la autoridad de todos los involucrados, incluidos los especialistas (Vianna, 2010).

El abordaje metodológico es cualitativo a partir de emergentes que permiten el análisis en clave interdisciplinar, con gran influencia de la antropología. Los detalles sobre el caso son tomados del documental “*Mal del viento*” dirigido por Ximena González.

El desarrollo está ordenado en apartados, en primera instancia, introduzco al lector en las particularidades de la historia de Julián para poder así tomar algunos ejes generales y reflexionar algunos aspectos del caso, como: el conflicto de moralidades entre la cultura guaraní vs. la medicina occidental; el monopolio del poder judicial; la expropiación de la salud; el papel del estado frente a la diversidad cultural, liberal o comunitarista.

Es de interés sintetizar en esta publicación algunos puntos de análisis que resultan útiles para llevar a las aulas universitarias, campo fértil de análisis en la

formación profesional, como la medicina, el trabajo social o la abogacía, sobre las intervenciones profesionales frente a la diversidad cultural o religiosa. Y así, trabajar sobre reflexiones simplistas y acríticas que invisibilizan las diversas formas de vivir e interpretar la vida. En coherencia con los actuales principios de bioética que se expresan en el respeto a la autonomía de las personas y a su derecho a decidir libre e informadamente en el marco de la propia cultura. Resulta sumamente pertinente, ya que son profesiones que continuamente ponen en juego las relaciones entre creencias, cuidados, bienestar y salud, que estarán atravesadas por problemas históricos de validación científica, cultural y social.

### **Comunidad Mbya guaraní**

Actualmente no todas las provincias argentinas tuvieron o tienen comunidades originarias. Los grupos aborígenes que habitan la provincia de Misiones son, en su mayoría, portadores de la cultura guaraní. Estas comunidades llevan el nombre de Mbyá y Caingúa. Esta provincia es fronteriza a Brasil y se encuentra rodeada por cinco ríos, de los cuales tres son de gran importancia: el Paraná, el Uruguay y el Iguazú, natural desagüe de grandes regiones con lluvias abundantes que consecuentemente da el color rojizo característico de su tierra de la zona. La selva misionera ocupa el 35 y 40 % de la provincia (Primer Inventario Nacional de Bosques Nativos, 2007), es una selva subtropical con veranos muy calurosos e inviernos relativamente frescos. Es una formación vegetal beneficiada por suelos muy ricos en materia orgánica, mucho sol y clima cálido y perhúmedo. A mediados del siglo XIX la selva cubría la totalidad, lo que significa un avance del sector forestal sobre el territorio con fines productivos, generando enfrentamientos como protestas por parte de las comunidades nativas que se han ido desplazando en consecuencia del proyecto económico, pero se evidencia la contradicción o paradoja de ser la primera fuente de trabajo de las aldeas (Badie y otros, 2016).

A pesar de mantener su religión y sus tradiciones no están aislados, como lo son algunas comunidades aborígenes del Amazonas en Brasil. Enriz (2011) identifica los 70 como el primer periodo de intervención fuerte estatal en miras de accesibilidad de políticas escolares, sanitarias, habitacionales, productivas a estos grupos minoritarios. El informe del Instituto Nacional de Antropología (1974) durante la breve gestión de Estela Martines de Perón, es una ejemplificación de algunas reflexiones y soluciones de iniciativa del gobierno de la época para integrarlos como argentinos a la cultura nacional.

El segundo período se inició en torno al año 2004, cuando se desarrollara una excepcional manifestación indígena en la capital provincial en reclamo de cambios en las políticas asistenciales. A partir de aquí se da un tercer período de las políticas, marcado por el acceso a políticas universales (Enriz, 2011), lo cual en la actualidad se encuentran en este punto las dificultades, pero la mayoría de las familias es beneficiaria de alguno de los planes asistenciales del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (Badie y otros, 2016).

Sus tradiciones se han mantenido a lo largo de la historia, transmitiendo el cuidado de la madre tierra y los saberes curativos. En el culto utilizan la música y los instrumentos como sonajeras, trozos de bambú, cuyo largo es mayor que la altura de un hombre: estos trozos de bambú son manejados por las mujeres golpeando el suelo repetidamente y siguiendo un ritmo. También utilizan tambores (Informe del Instituto Nacional de Antropología, 1974). Además:

En la cosmovisión mbya las selvas están pobladas también por espíritus y presencias extra-humanas. Para los mbya los árboles y los animales poseen alma, una característica que en la visión occidental es exclusiva de los seres humanos. Además, las vertientes, los barrancos, los cursos de aguas torrentosas o “correderas”, los saltos de agua y otros lugares específicos de la selva suelen pertenecer a los ija o “dueños” que también tienen alma.” (Badie y otros, 2016: 20).

Retomando a Badie y otros (2016) que citan a Keller (2001):

Entre los mbya el uso de las plantas medicinales está totalmente vigente y en caso de malestar, se recurre a ellas en primer lugar. Se conocen y utilizan gran cantidad de plantas, y, en general, el conocimiento botánico es extenso. En un estudio realizado en una zona de selva de Misiones, de 240 especies relevadas, el 48% era utilizado por los mbya con distintos fines, sobresaliendo el medicinal” y “En la cultura mbya, los conocimientos, al igual que los mensajes acerca de futuras enfermedades, peligros y muertes, se reciben a través de los sueños y durante el estado de trance cuando se pronuncian con fervor las plegarias en las ceremonias religiosas. En estas situaciones, las divinidades se comunican con la persona, pero esto es posible solamente si el individuo se mantiene en buenos términos con los dioses y sigue las normas religiosas. La mayoría de las veces, estas comunicaciones son personales, no pueden ser transmitidas a su propia gente y mucho menos a los no indígenas.” (p.24)

## El caso de Julián

En 2005 trascendió en numerosos medios de comunicación masiva un conflicto judicial, el cual fue planteado en términos de si a un niño se le debía realizar la única práctica médica posible para sanarlo o dejarlo morir siguiendo las creencias de sus padres y de otros adultos de su comunidad.

A raíz de una visita de un agente sanitario en la tribu Mbya guaraní, se percata del estado febril de Julián, es derivado al Hospital del Socorro en Misiones. Al ser revisado por personal sanitario y realizarle estudios médicos se constata una cardiopatía congénita, el diagnóstico médico fue someterlo a una operación de alta complejidad porque si no, no viviría mucho tiempo. Al informar a sus padres, de 17 años la madre y 21 años el padre, estos se niegan y se retiran con Julián sin el alta médica. Como práctica habitual del hospital frente este tipo de situaciones se comunica a la Jueza de menores quien comisiona personal policial para buscar al niño y regresarlo al Hospital. Sus padres acceden a esta exigencia con la condición de que hubiera un intérprete.

La familia es derivada al Hospital Gutiérrez de Buenos Aires y Julián queda en revisión médica hasta que el Juzgado de Misiones valore la situación. El guía espiritual de la tribu se reúne con el comité médico para solicitar que se respeten sus tradiciones y permitan regresar al niño a su comunidad para que pueda ser curado con rezos y la medicina del monte. Además, apela a un sueño en el que “*Tupa*” (Dios) le revela que el niño tenía en el corazón tres piedras, que si los hombres blancos (médicos) se las sacaban el niño morirá. Este argumento no fue tenido en cuenta en la decisión de los médicos y la justicia, ya que el niño fue operado con la indicación por operatoria de estar en revisión por un año en el Hospital del Socorro. Cabe resaltar que había altas posibilidades que no pudiera tolerar la operación por estar desnutrido o que los tumores volvieran a salir. Efectivamente al año los tumores volvieron a salir y médicamente no había más que hacer, el niño es devuelto a su comunidad para morir a los 15 días.

## Metodología

El abordaje metodológico es cualitativo a partir de la fuente documental “*Mal del viento*” dirigido por Ximena González, las categorías teóricas elegidas para su análisis son: la construcción de minoridad; monopolio del poder (Vianna Adriana; Lariguet); expropiación de la salud (Illic; Nils); salud intercultural (Alarcón y otros; Szulc).

El análisis de caso permite pedagógicamente incentivar el pensamiento crítico en estudiantes, comprender la trama compleja en la que se desenvuelven las situaciones en las que pueden intervenir. A pesar de que el caso data del 2004, los últimos informes relevados por la Defensoría del Pueblo de la Nación Argentina, del Relator Especial sobre derechos de los pueblos indígenas (James Anaya) y la reunión del 10 de julio del 2023 entre organizaciones de defensa de los derechos y referentes de comunidades originarias en audiencia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de las Naciones Unidas solicitando una visita para constatar la vulneración de sus derechos, evidencian que aún sigue siendo una realidad problemática, por lo tanto, pertinente de análisis.

### **Un conflicto entre moralidades: cómo cuidar la infancia**

En primer lugar, parto de la premisa que prevalece un conflicto de “*moralidades*”, que confronta a la comunidad Mbya guaraní y a las “*personas blancas*” /médicos. Y en este sentido, la antropología social puede vislumbrar la discusión:

Vianna (2010) plantea que hablar de moral implica hablar de producción, vehiculización y disputa de significados; implica representaciones, tanto como entre los agentes sociales que producen o quienes se apropian de ellas y de las estrategias o contextos en los cuales ellas son puestas en acción. Por lo tanto, hablamos de moralidades, en plural, porque nos permite pensar en campos dinámicos de construcción y vehiculización de representaciones morales; atraviesa a la cultura, que representa a un conjunto dinámico y complejo de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad.

Este conflicto de moralidades, que se configura a la vez como dilema bioético, no disputa sobre salvar o no salvar la vida de Julián ni tampoco si cuidar o no cuidar, sino en cómo salvar o cuidar su vida.

Y en este sentido, no hay que perder de vista dos cuestiones: por un lado, que los textos legales se afirman fundamentalmente en ciertos preceptos morales, Vianna (2010) nos invita a pensar estos derechos en tanto legislación y su frontera con la moral. Y, entender hasta qué punto la legalidad de ciertas operaciones y decisiones competirían o incluso contrariando otro orden de regulaciones que no tiene el mismo grado de formalización, pero que por eso sería menos efectiva como son las tradiciones guaraníes. Sin embargo, no

podemos desconocer que las personas somos intrínsecamente morales, porque tomamos decisiones que están respaldadas en valores y esas decisiones deben estar debidamente justificadas porque generan consecuencias y como las tienen, somos responsables de las mismas (Cortina, 2000).

La justicia es quien dirime entre dos moralidades: el saber científico/ medicina hegemónica versus saberes nativos/ cultura guaraní. Pero, como plantea Lariguet (2017), es la familia de Julián y su comunidad quienes sufren la experiencia del conflicto y se verifica una inevitable pérdida moral. Que se centra en cómo cuidar la infancia, una categoría socialmente construida y disputada (Zuker y otros, 2022), y tomar decisiones sobre la vida de Julián y su familia, expropiándolos de su propia salud (Illich, 2002) lo cual se desarrolla en el siguiente apartado.

### **La expropiación de la salud: medicina occidental vs. saberes nativos**

Los aportes del pensador austriaco y polifacético Illich (2002), catalogado como anarquista por sus polémicas declaraciones en torno a la educación y la salud de la época, permiten vislumbrar las implicancias de la medicina occidental en la sociedad y en particular en la vida de las personas.

Podemos identificar en el caso de Julián una “*expropiación de la propia salud*”, ya que a partir de que es captado por el sistema de salud la muerte deja de ser un desafío personal o familiar y se transforman en un problema técnico de los médicos, y luego de la justicia, como monopolio radical de estos expertos (Illich, 2002). En este sentido, el criminólogo noruego Nils (1992) va a denominar este modus operandi como “*ladrones profesionales*” que intenta reflejar la apropiación por parte de los juristas de los problemas de la gente, produciendo así una revictimización.

La antropología social nos invita a preguntarnos cómo se percibe el dolor y la muerte desde la cultura guaraní. La cultura hace tolerable el dolor, integrándose dentro de un sistema de significados, Illich (2002) afirma que la medicina pone sus esfuerzos en alejar ese dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo, como también a la muerte. Y en este sentido, la cultura guaraní afronta el dolor, el sufrimiento y lo interpreta, los convierte en problemas que pueden solucionarse sufriendo. La cultura guaraní tiene una concepción del tiempo “circular”, la idea intelectual de la muerte es inadmisibles, para ellos la vida es eterna renovación.

La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas, ambas buscan causas, alternativas y consecuencias, sin embargo, difieren en las premisas culturales y pruebas de validación. Entonces, tanto la medicina occidental como la medicina guaraní presentan axiomas basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos (Alarcón y otros, 2003). La medicina apela a las pruebas clínicas, que constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de un dolor estomacal la intervención de una fuerza sobrenatural. Sin embargo, otras culturas aceptarán como fuente de legitimación los sueños, como en el caso de Julián.

Abordar la enfermedad sin considerar los determinantes culturales implica la despersonalización del niño, deja de ser quien es en su singularidad, un niño guaraní, lo cual, en coherencia con Szulc (2016) deviene en prácticas de cosificación en la relación médico-paciente que coadyuva en prácticas estereotipadas y discriminatorias en la aplicación de categorías jurídicas o terapéuticas, lo que implica fragmentar el sujeto a partir del soslayo de los determinantes sociales de la salud.

### **El poder judicial como monopolio de la toma de decisiones**

El poder judicial, a pesar de pregonar sus acciones provistas de objetividad y neutralidad, imprime en sus decisiones construcciones de cuidado legítimas sobre la infancia e impone y reproduce las mismas.

En esta historia, como en otras, la administración de justicia aparece como el medio facilitador para la solución, ya que no existió un método alternativo que el personal sanitario implementara para acelerar la resolución del conflicto mediante la conciliación o una propuesta de salud multicultural. Ni tampoco se hizo parte a otros actores, como trabajadores sociales, antes de judicializar dicho conflicto.

En relación a este subtítulo se destacan dos puntos de inflexión. Por un lado, en un “mundo de derechos” como lo denomina Bobbio (1991), la administración de la justicia dirime el conflicto, jerarquizándolos. Siguiendo al autor italiano, no debemos olvidar que los derechos humanos son expresión de exigencias que aparecen en la historia y que no tienen un fundamento absoluto,

sino, en todo caso, consensual. Y en este sentido, reiteramos a Vianna (2010), los textos legales se afirman fundamentalmente en ciertos preceptos morales.

En ambos polos del problema, se apela como recurso a la defensa de un discurso de los derechos. Por un lado, los médicos refieren que el niño tiene el derecho a la vida y no operarlo atenta contra su interés superior. Y por otro, la comunidad Mya exige el reconocimiento al derecho a su cultura y, por lo tanto, se respeta, ya que no sólo es un niño, sino un niño guaraní. El juzgado jerarquiza los derechos del niño, y la sentencia prioriza el valor de la vida por sobre el derecho a la cultura, transformando esa imagen conflictiva en una no conflictiva (Nils, 1992). Y en este sentido, retomando a Szulc (2016), podemos observar cómo los derechos indígenas con los derechos del niño o los derechos sociales, puede se potencien mutuamente, o bien, que a través del énfasis en un cuerpo de derechos se invisibilizan y postergue otros, que va a depender de los distintos intereses de los actores involucrados.

Además, nos advierte desde una perspectiva antropológica, que no puede dejar de llamarnos la atención esta focalización que aísla a los niños del entramado comunitario en que viven, presentándose como niños solos (Szulc, 2016).

Y, por otro lado, el segundo punto de inflexión es en relación a la construcción de minoridad:

Los pueblos originarios fueron considerados, por la ley civil argentina, como “menores” – independientemente de su edad – hasta mediados del siglo XX. Si bien tal infantilización de la población indígena ya no se encuentra en vigor en la normativa, continúa vigente en el sentido común, según el cual los “pueblos primitivos” aún son considerados representantes contemporáneos de la infancia de la humanidad (Szulc, 2016: 26).

La condición de minoridad es, antes que nada, parte de una relación de dominación. Significa ser objeto de acción tutelar, cuya legitimidad es extraída del compromiso moral de proteger a aquellos que no pueden protegerse por sí mismo (Vianna, 2010). Es el Juzgado quien tutela a esta familia, quienes son gestores directos de Julián.

Como evidencia Vianna (2010) la experiencia judicial tiene como característica poner en riesgo la autoridad de todos los involucrados, incluso la de los especialistas. Y no necesariamente lo ejerce actuando represivamente sobre la unidad doméstica, sino que captura parte de las relaciones de autoridad establecidas por esas unidades y establece alianzas que permitan afirmación de

su propio poder. Como lo hace con el padre de Julián, el único que entendía la lengua para poder conciliar.

La moral tiene carácter coercitivo para quien no sigue sus pautas y, al mismo tiempo, la singularidad de los beneficios para quienes sí. Ya que si el médico de la institución pública no denunciaba dicha situación es sobre su accionar posiblemente se juzgaría la muerte de Julián. Entonces, no solo hay un estado soberano que disciplina a los padres y a la comunidad guaraní, sino que también al cuerpo de profesionales.

En el transcurso del proceso se representa el esfuerzo, sobre todo por parte de los especialistas, en crear la aproximación entre moralidad y legalidad. En este sentido Vianna (2010) analiza la convergencia de las moralidades en legalidades y viceversa.

### **¿Un estado comunitarista o liberal frente a la diversidad cultural?**

Debe asimilarse que los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Y cuando se trate de diferentes sistemas médicos no sólo emergen las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de uno sobre otro (Alárcon y otros, 2003)

Podemos identificar dos posturas en relación al papel del Estado frente a la multiculturalidad:

Una postura liberal que considera que basta con un sistema universal de derechos individuales para acomodar las diferencias culturales, que concede a cada persona la libertad de asociarse con otras en virtud de prácticas religiosas o étnicas compartidas. Donde la crítica que se le va a realizar es que las conceptualizaciones abstractas y esencialistas sobre niños y sobre indígenas obstaculizan el abordaje de situaciones concretas que supuestamente se trata de solucionar, que tiene implicaciones en el modo en que se proponen y realizan intervenciones con estos colectivos (Szulc, 2016). Garzón Valdés (1993) filósofo argentino, sería un ejemplo de una mirada liberal que busca justificar la existencia de una ética por encima de las prácticas locales

Una postura comunitarista, que se distingue por una reformulación de la moral, que pretende fundar en pautas nacidas, practicadas y aprendidas dentro de

la cultura de una comunidad. John Rawls, filósofo estadounidense, podríamos identificarlo como referente de este posicionamiento frente a la diversidad cultural porque espera encontrar principios de justicia y bien común válidos para cualquier pueblo, y no una ética común.

Cuando se habla de conceptos como multiculturalismo, identidad cultural o derechos culturales es preciso no perder de vista el principio constitucional de la dignidad, como fundamento de la identidad cultural ya que la tolerancia de la multiculturalidad no puede convertirse en un pretexto con el que justificar comportamientos individuales basados en una tradición contraria a la dignidad de la persona (Olivé, 2003)

Por lo tanto, siguiendo a Olivé (2003): “Una sociedad democrática multicultural debería diseñar y establecer las instituciones legítimas para dirimir las controversias sobre la aceptabilidad para la sociedad multicultural.” (p. 92). Como lo es el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas en Argentina. Una moral aceptable es si se puede expresar claramente y no va en contra del valor constitucional de la dignidad humana, aunque pueda dañar u ofender nuestras convicciones puede ser aceptable si no daña la dignidad humana (Olivé, 2003) Siempre habrá disputas acerca de los límites, esto es, acerca de lo que puede tolerarse.

El desafío es, siguiendo a Szulc (2016), no caer en miradas sacras sobre los derechos humanos occidentales ni posicionamientos de relativismo cultural acrítico.

### **¿Un estado comunitarista o liberal frente a la diversidad cultural?**

Concluyendo el artículo, podemos considerar que hay otros puntos de análisis sobre los que se podría profundizar, a continuación, se identifican tres: En primer lugar, el contexto doctrinario del 2005 fue influenciado por la sanción y promulgación de la Ley 26061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes que materializa legislativamente el compromiso declarado a nivel internacional con los principios de la Convención de NNyA, de gran influencia en materia de infancia y adolescencia en la mayoría de los países latinoamericanos. Los cuatro principios rectores que guían las intervenciones profesionales a partir de ese momento son la no discriminación; el interés superior del niño; el derecho a la participación y ser oído; y el derecho a la vida, desarrollo y supervivencia. Estaríamos frente a un contexto sensible al

cambio, repensando prácticas profesionales e institucionales y tomando estos principios para posicionar sus decires.

En segundo lugar, el poder estigmatizante de los medios de comunicación: Con la sentencia de la jueza de menores los titulares periodísticos, que habían hecho un seguimiento de esta historia, exclamaban en sus titulares “*ha triunfado el sentido común*”. Siendo reproductores de ridiculización e infantilización de la cultura guaraní exponiendo sin escrúpulos la imagen de un niño y su familia. La acción de los medios no puede considerarse como una fuerza reproductora de la condición de minoridad de Julián, su familia y su comunidad; sino también, la vulneración de sus derechos personalísimos. Vislumbra lo complejo que significa proteger los derechos vinculados a la intimidad a pesar de la larga tradición en la historia constitucional que consagra la protección de la privacidad (Rivera, 2023).

Además, el tercer y último punto, se vehiculiza y disputa moralidades en relación a la categoría del cuidado. Es la madre de Julián quien acompaña ese año en el Hospital del Socorro hasta que les permiten volver porque no había solución médica posible. Los avances, desde la ética feminista, podría interrogarse a la luz de los aportes teóricos y de investigación en torno del lugar que se le asigna históricamente a la mujer para el cuidado de ansianos y niños.

## Conclusiones

Finalmente, el caso de Julián permite comprender la complejidad sobre los procesos en los que intervenimos, en el cual la ética y la deontología son herramientas que nos permiten posicionarnos y tomar decisiones como profesionales. El llevar este tipo de casos a las aulas permite ejercitar el pensamiento crítico para la toma de decisiones y responde a las inquietudes de quienes se están formando para el futuro acerca de los posibles escenarios de intervención profesional.

## Referencias

ALARCÓN A, VIDAL A., y NEIRA ROZAS J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.

BADIE M., ACOSTA M. y ACOSTA J. (2016) *Yma roiko porã ve “antes vivíamos muy bien”*. Primera edición. Buenos Aires: Ministerio de Educación y Deportes de la Nación Mbya-guaraní. Disponible en\_ <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005250.pdf>

BOBBIO, N. (1991) *El tiempo de derechos*. Editorial Sistema. Madrid

CORTINA, A. (2000). *Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica*. Editorial TECNOS, S.A, Madrid.

ENRIZ, N. (2011). Políticas públicas para familias indígenas en Misiones. *Runa*, 32(1), 27-42. Recuperado en 06 de noviembre de 2023, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-96282011000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282011000100002&lng=es&tlng=es).

GARZÓN VALDÉS, E. (1993). “El problema ético de las minorías étnicas” en León Olivé, *Ética y diversidad cultural*. México: Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica

NILS, C. (1992). *Los conflictos como pertenencia en VVAA, De los delitos y de las víctimas*, 1º Ed., Ad-hoc, Bs. As.

KEMELMAJER, A. (2016). *Diversidad biológica y diversidad jurídica*. Editorial Thomson Reuters. Publicado en RD Amb 47, 19. Cita Online: AR/DOC/4674/2016.

KELLER, H. (2001). *Etnobotánica de los guaraníes que habitan la selva misionera, Corrientes, Reunión de Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*, Instituto de Botánica del Nordeste, UNNE

LARIGUET, G. (2017). Razonabilidad, conflicto moral y tragedia en la ley del menor de Ian McEwan. *Estudios de Derecho*, 74 (163), pp-pp. 125-142.

ILLICH, I. (2002). *Limits to Medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars Publishers.

OLIVÉ, L. (2003). Un modelo multiculturalista más allá de la tolerancia. *Revista DIÁNOIA*, Volumen XLVIII, Número 51: pp. 83–96.

RIVERO, J. (2023). *Los menores de edad como titulares del derecho a la intimidad. PARTE I*. Editorial Rubinzal Culzoni. Cita: RC D 170/2023

SZULC, A. (2016). *Infancias y derechos indígenas en la Argentina: reflexiones desde la antropología*.

VIANNA, A. (2010). Derechos, moralidades y desigualdades. Consideraciones a partir de los procesos de guarda de niños. En Villalta, Carla (comp). *Derechos Humanos e Infancia*. Bernal: UNQUI Editorial.

ZUKER L. y otros (2022). Una aproximación conceptual desde América Latina para el estudio de las infancias contemporáneas. *Raigal*, (8). Recuperado a partir de <https://raigal.unvm.edu.ar/ojs/index.php/raigal/article/view/412>

### **Fuente documental:**

INFORME INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA (1974) *Buenos Aires*: Ministerio de Cultura y Educación, Subsecretaría de cultura.

PELÍCULA “*Mal del Viento*” dirigida por Ximena Gonzales. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=G37WOl2Unmc&t=11s>

PRIMER INVENTARIO NACIONAL DE BOSQUES NATIVOS: PRIMER INFORME REGIONAL DE LA SELVA MISIONAERA (2007) Primera Edición. *Buenos Aires: Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable*. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/primer\\_inventario\\_nacional\\_-\\_informe\\_regional\\_selva\\_misionera\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/primer_inventario_nacional_-_informe_regional_selva_misionera_0.pdf)

# Entre lo tangible y lo sutil: análisis de las cosmologías terapéuticas alternativas desde una clave relacional

Mariana Bordes <sup>1</sup>

## RESUMO

El artículo retoma la pregunta por la clave cultural que signa el interés por las medicinas alternativas, centrándose en una terapia particular: la reflexología. A partir de un trabajo de investigación llevado a cabo desde un paradigma interpretativo, se pudo constatar que la construcción de significados terapéuticos en el marco de los relatos de usuarios y especialistas se lleva a cabo de manera relacional. Como estrategia analítica, el texto toma como punto de partida analítico la propuesta de Mary Douglas en *Estilos de pensar*, enfatizando las potencialidades heurísticas de las escalas valorativas postuladas por la autora, que reformulamos bajo los pares de oposición Tangible/sutil, Tosco/delicado, Mecánico/personal. Haciendo foco sobre todo en el primer par, pudimos constatar en el trabajo de campo el modo en que aparece una referencia al carácter tangible y el sutil en las medicinas alternativas, que se concretiza muchas veces en la comparación de la reflexología con la principal fisioterapia que se practica en Argentina (kinesiología) y el reiki. Comparación que brinda la oportunidad de observar, desde la propia perspectiva de los actores sociales, posicionamientos específicos respecto de la distancia cultural y la aceptación de las terapias, considerando procesos de resignificación y apropiación de sentidos y usos. El aporte de este análisis hace hincapié en el carácter flexible, relativo y posicional que asume la definición de las experiencias terapéuticas, tomando como referencia las clasificaciones nativas.

Palabras clave: medicinas alternativas; análisis relacional; Mary Douglas.

---

<sup>1</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas- Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (EIDAES)- UNSAM, Argentina, email: marubordes@gmail.com

## Between the tangible and the subtle: analysis of alternative therapeutic cosmologies from a relational key

### **ABSTRACT**

The article returns to the question of the cultural key that marks the interest in alternative medicines, focusing on a particular therapy: foot reflexology. From research work from an interpretive paradigm, it was confirmed that the construction of therapeutic meanings within the framework of the stories of users and specialists is carried out relationally. As an analytical strategy, the text takes Mary Douglas's proposal in *Thought Styles* as its analytical starting point, emphasizing the heuristic potential of the evaluative scales postulated by the author, which we reformulate under the opposition pairs Tangible/subtle, Coarse/delicate, Mechanic/personnel. Focusing on the first pair, we were able to verify in the field work how a reference to the tangible and subtle character appears in alternative medicines, which is often materialized in the comparison of reflexology with the leading physiotherapy that is practiced in Argentina (kinesiology) and reiki. A comparison that provides the opportunity to observe, from the social actors' perspective, specific positions regarding cultural distance and the acceptance of therapies, considering processes of resignification and appropriation of meanings and uses. The contribution of this analysis emphasizes the flexible, relative, and positional character that the definition of therapeutic experiences assumes, taking native classifications as a reference.

**Keywords:** alternative medicine; relational analysis; Mary Douglas.

### **Introducción**

Las terapias “complementarias y alternativas”, “integrativas”, “no-convencionales”, muchas de ellas definidas incluso como “alternativas” o “paralelas”, han llamado la atención de las ciencias sociales desde hace varias décadas. Como indican Baer et al. (1998), podría afirmarse que las líneas de investigación iniciales hicieron hincapié en el carácter contracultural de las prácticas incluidas en el movimiento de salud holística que, desde la década de 1970, expuso su desencanto frente a la cultura moderna, reclamando un retorno a la naturaleza, a la autonomía del paciente, a la desmedicalización del cuidado. En este contexto, el interés por reconstruir los rasgos del “ideario alternativo” condujo a la tendencia por enfatizar las distancias respecto del modo en que la medicina científica o biomedicina concibe la salud, la enfermedad, el diagnóstico/tratamiento, tanto desde una perspectiva epistemológica, como desde un enfoque de las relaciones y de la construcción de subjetividad que habilitan (Scott, 1998; Sointu, 2006).

En los últimos años, empero, han adquirido centralidad los esfuerzos analíticos que habilitan a pensar -más que en términos dicotómicos- en las transacciones de sentido, las negociaciones y las constantes redefiniciones de las fronteras que se establecen entre los distintos “paradigmas” médico-terapéuticos. Estos esfuerzos van de la mano con la constatación de fenómenos cada vez más visibles, como la inserción -incluso institucionalización- de estas terapias en espacios propios de la medicina oficial (Shuval et al., 2002; Mizrachi et al, 2005; en Latinoamérica Nagai y Queiroz, 2011; en Argentina Bordes y Saizar, 2018; Bordes, 2020; Heredia, 2020) entre otras estrategias de búsqueda de legitimidad médico-científica. Las lógicas de hibridación que se registran en diferentes instancias de la apropiación y reelaboración que llevan adelante usuarios, especialistas y profesionales sanitarios, exponen las continuidades entre distintas prácticas de cuidado, que llevan a la academia a producir conceptualizaciones más allá de la distinción entre “alternativas” y biomedicina (Hirsch Korn, 2006; Ning, 2012), o incluso, considerando otras prácticas no circunscriptas a estos dos universos terapéuticos (Vuolanto et al., 2020).

El presente artículo recupera los estudios que emprenden una lectura relacional de las terapias “alternativas” en particular, y de las prácticas/saberes terapéuticos en general, haciendo hincapié en cómo los propios actores sociales dotan de sentido a las opciones de cuidado que conocen y utilizan. A partir de un trabajo de investigación llevado a cabo desde un enfoque interpretativo, que hizo foco en analizar una “alternativa” (la reflexología podal) se constató que especialistas y usuarios de esta terapia ponen en juego clasificaciones que establecen un esquema de posiciones relacionales en el marco de las cuales la adopción de la reflexología como terapia cobra sentido ante otros abordajes terapéuticos. Considerando a la reflexología como una terapia *corporal* -que aúna el trabajo físico (contacto con el cuerpo-carne) y el trabajo energético- las argumentaciones acerca de las preferencias terapéuticas se construyen asimismo exponiendo los rasgos de aquellas otras terapias que (se considera) asumen un vínculo estrecho con la misma, sea por oposición o por cercanía.

El artículo se divide en tres partes. Primero, se aproxima al caso de la reflexología podal en el área de estudio. En los apartados siguientes, analiza cómo se establece la preferencia por la reflexología en contraposición al reiki, por un lado, y a la kinesiología, por el otro.

En lo que respecta al abordaje metodológico, la investigación se ajusta a los criterios de abordaje de la investigación cualitativa, de tipo interpretativa,

inductiva, multimetódica y reflexiva (Vasilachis, 2006) caracterizada por su capacidad de ahondar en los significados que guían el comportamiento de los actores a partir del análisis de sus interpretaciones y prácticas.

### **Cosmologías terapéuticas: el *continuum* de las terapias “corporales”**

La reflexología constituye una terapia de origen oriental profundamente refigurada en occidente. Su variante podal consiste en estimular zonas y puntos de la planta, el dorso y los laterales —internos y externos— de los pies, mediante técnicas específicas que repercuten positivamente en partes distantes del cuerpo. Esta repercusión tiene en principio dos soportes cosmovisionales. El primero establece que todas las áreas reflejas confluyen para que se pueda reconstruir —en parte del cuerpo determinado— la distribución anatómica del organismo humano concebida. La objetivación de este supuesto se plasma en la confección de un “mapa corporal” que expresa un paralelismo anatómico entre la morfología del pie y la distribución de los órganos del cuerpo. Ahora bien, si lo relatado expone una visión más “organicista”, las visiones holísticas afirman que en la topografía del pie se expresa sin dudas el complejo multifactorial e integrado de la corporalidad humana. Así, se delinean distintos mapas superpuestos, mostrando cómo las zonas o puntos vehiculizan distintas simbolizaciones (como la lógica que asocia dedos no sólo con las partes de la cabeza sino asimismo con el aspecto mental de la persona) o posibilitan la inclusión de “anatomías” provenientes de diferentes matrices de inteligibilidad (como los chakras de la doctrina hinduista). El segundo soporte cosmovisional remite al modo en que se interpreta la naturaleza de la conexión entre las áreas reflejas y los territorios corporales allí reflejados. Así, las terminaciones nerviosas y el trayecto del sistema circulatorio —arterias y venas- (que ponen en escena las representaciones corporales que ofrece la tradición anatomo-fisiológica moderna), se conjuga con nociones orientales como los meridianos de la medicina china, canales a través de los cuales la energía (*chi*) recorre el cuerpo humano, noción que sustenta tanto la digitopuntura como la acupuntura.

En el campo de estudio abordado, la lógica de las argumentaciones que los actores sociales construyen en pos de dar cuenta de su preferencia por la terapia coincide con lo analizado desde la literatura sobre el tema para el análisis del conjunto de las terapias “alternativas”. En este sentido, se destaca la importancia del tratamiento de la persona como *totalidad*, desde una perspectiva que pondera el tratamiento físico, emocional, espiritual, priorizando la conexión mente-cuerpo (McGuire y Kantor, 1988; Astin, 1998). Johanessen (1996) enfatiza cómo estas terapias —sobre todo las que se llevan a cabo en el gabinete, con la presencia

exclusiva de especialista-usuario- son capaces de *individualizar* interpretaciones y tratamientos. Lo que se lleva a cabo aunando –como indica Gale (2011)- un trabajo corporal por parte del especialista (*body-work*) con otro que privilegia la dimensión intersubjetiva (*body-talk*).

Desde las narrativas recabadas a partir del trabajo de campo, un aspecto a destacar para el caso específico de la reflexología podal, es el modo en que se valora especialmente lo que se considera en términos del carácter integral de la terapia en un sentido preciso: se destaca la dimensión del contacto a la hora de implementar el trabajo corporal (llevado a cabo a través de técnicas manuales), la inclusión de una dimensión energética en la interpretación de la corporalidad, la terapia y los resultados de la misma, así como las conversaciones previas y posteriores al “masaje” (en las que paciente-usuario y especialista pueden intercambiar vivencias, experiencias e interpretaciones, generando tramas de sentido de modo conjunto. Como indicamos de manera pormenorizada en Bordes (2013) esto no impide que los usuarios expongan un marcado interés en lo que respecta a la verosimilitud de las relaciones existentes entre los pies y las diferentes partes del cuerpo físico (por ejemplo, sentir un movimiento en el estómago y que el especialista señale que está tocando la zona relacionada con ese órgano; o que el especialista exponga –ante un dolor que detecta el paciente- que está trabajando sobre una zona de bloqueo –que se pueden manifestar como “bolitas” o “granos de arena”). No obstante, estas “linealidades” orgánicas son constataciones que a los actores sociales les interesa complejizar, asociando órganos o sistemas corporales con emociones (y las situaciones vitales relacionadas a las mismas); interpretaciones que resultan del aprendizaje sobre el cuerpo que puede ir dándose en las sesiones y que depende asimismo de la acumulación de nuevas experiencias en el espacio clínico, las cuales van visibilizando la existencia de diferentes conexiones posibles, a partir de teorías diferentes pero complementarias.

Estos aspectos que los informantes aprecian de la reflexología aparecen explicitados en las narrativas recabadas, en particular cuando exponen lo que puede ser entendido como un juego de “contrastes” respecto de otras terapias que consideran similares en lo que hace a su estatuto corporal (además de que emergen como opciones habitualmente “a la mano” en sus contextos de vida), pero muestran ciertas diferencias significativas que los/las conducen a distanciarse de ellas. En términos conceptuales, tal vez una referencia que pueda constituirse en una herramienta interpretativa de interés para el análisis sea la propuesta que Mary Douglas (1998) esboza en el Capítulo 2 de su libro *Estilos de pensar*. Aquí, la antropóloga plantea que la adhesión a terapias “alternativas” puede comprenderse a

partir del esbozo de escalas valorativas que habilitan la comparación entre opciones disímiles entre sí. Así, delinea una serie de pares de oposición (grosero/sutil, rústico/refinado, tosco/delicado, mecánico/personal, brutal/tierno, puro/impuro) que permiten ubicar a las diferentes terapias en un marco de continuidad entre las más materiales y las más delicadas o espirituales. La potencialidad heurística de esta propuesta en el contexto del presente artículo radica, a nuestro entender, en que permite trascender de los dualismos taxativos al introducir una lógica de análisis relacional. En este sentido, las medicinas “holísticas” devienen en prácticas delicadas, espirituales, inmateriales frente a opciones como las biomédicas, donde “cortar la carne, los huesos o derramar sangre” (Douglas, 1998: 39) devienen en técnicas invasivas y comparativamente violentas. Pero también lo es que no todas las terapias “alternativas” admiten el mismo grado de sutileza, estableciéndose un *continuum* entre terapias corporales, las cuales pueden compararse más allá de fronteras rígidas entre “campos” terapéuticos. Para el caso de la reflexología podal, el juego de contrastes terapéuticos pone de relieve una oposición frente a dos terapias principales: la kinesiología y el reiki. En los dos apartados siguientes, esbozaré los puntos en los que se definen estas distancias, donde la reflexología ocuparía una posición más material frente al reiki, y más sutil ante la kinesiología.

### **Entre lo material y lo sutil: la reflexología en comparación con el reiki**

La relación reflexología-reiki remite a un par conceptual que distingue entre la dimensión física o tangible, y la sutil en lo que hace a las cosmologías terapéuticas analizadas. El reiki, como indica Beeler (2017) asume una doble acepción: (a) como una de las denominadas medicinas alternativas y complementarias (MAC) cuyas prácticas son definidas como de índole “espiritual”, llevadas a cabo a partir de lo que usualmente se conoce como una imposición de manos; y (b) como denominación que refiere a la energía universal que se manipula en las sesiones/tratamientos, respecto de la cual el especialista representa un vehículo o canal para su transmisión (Beeler, 2017: 12). En su variante Usui, constituye una de las terapias más difundidas en Ciudad de Buenos Aires, particularmente en lo que hace a la formación relativa al Nivel 1, al que se accede a través de un ritual de iniciación, generalmente asistido por un practicante que ha obtenido la maestría (Saizar, 2005). Ahora bien, respecto de las narrativas registradas, el reiki emerge como una referencia que los informantes consignan de modo espontáneo, lo que condujo a su inclusión como una pregunta obligada en las entrevistas. El señalamiento más interesado en este apartado es cómo la función narrativa de contraposición terapéutica termina delineando una

preferencia por abordajes que suponen contacto corporal del especialista con el paciente/usuario, mediante algún masaje o técnica manual.

Bueno, sabés que Ana [*especialista*] me hizo a mí reiki. Y ahora que me acuerdo, ahí, no sería... es contradictorio, porque cuando ella me hacía reiki a mí me costaba creer. Pero ves, debe ser, porque con reflexología vos sentís el, el masaje, en cambio en el reiki es... Cuando me ponía acá yo sentía que los pelos ¿viste cuando te peinás y te queda así? [*con estática*] bueno, este, a mí me costaba, o sea, si me hacía una sesión de reiki, igual nunca me llegó a hacer una hora, siempre me hacía reflexología porque yo creo más en lo, como en lo tangible, y en eso me cuesta creer (...) yo no me voy a ir sin dolor de espalda, porque va a costar más, yo tengo que estar predispuesta a recibir, y a mí me cuesta creer en que puedo recibir de algo que no me está tocando (Dolores, usuaria de kinesiología y reflexología)

G: En el reiki lo que pasa, yo siempre me voy a inclinar a lo que es reflexología y todo por como soy yo que me gusta el contacto.

Investigadora: *¿Y por qué te gusta el contacto?*

G: Creo que tiene que ver con, por algo mío, me gusta el contacto, me hace más efecto. El tema de la mano, de... está el ejemplo que te puse de mi mamá. Yo siento que... suena como medio romántico; pero si me siento mal y eso, la mano de mi mamá en la frente me va a curar o a hacer bien. Porque es la mano de mi mamá o de un ser querido (...) por ahí... capaz que me haría bien, no dudo que no, pero bueno, si tengo la posibilidad entre comillas, como unos mimitos, un relajo, elijo la reflexología. Yo tenía un amigo que él hacía reiki y me había dicho... pero así, no sé. ‘Dale, haceme...’ que viste que no te toca, que es con el calor y todo. Y es verdad, yo sentía el calor, no lo sé... (G., usuaria de reflexología)

Como se aprecia, la falta de contacto verificable lleva a descartar el reiki como recurso terapéutico viable, y lleva a interpretarlo como una práctica valorable solo por quienes efectivamente tengan un marco interpretativo pasible de contemplar este tipo de acción sutil sobre el cuerpo. Esto último interesa que las posturas delineadas no suponen un rechazo de los informantes, sino una declaración de adhesiones y preferencias. De hecho, en algunos fragmentos aparece explicitada la posibilidad de que el hecho de descartar el reiki como consecuencia de su sutileza se deba al propio desconocimiento acerca de terapias culturalmente distantes, antes que a un atributo del reiki en sí mismo (“*pero no sé, siento que hablo de ignorante*”, “*el que hace reiki a mí no me llama ni me llega, bueno, por ignorancia también puede ser*”). Tal vez una clave de análisis pertinente sea que ambas informantes conocen y respetan a personas comprometidas con este tipo de práctica.

Cabe resaltar, por otro lado, que esta referencia que privilegia lo que aquí denomino como contacto “corporal” no implica forzosamente una mirada dicotómica –mutuamente excluyente- entre una dimensión orgánica y otra energética de la terapia. El señalamiento de que la reflexología pone en juego algún tipo de movilización o intercambio energético –siendo esto uno de los aspectos que hacen a la terapia efectiva- constituye una afirmación generalizada en este contexto. Si bien, claro está, no todos los informantes consignan en cada caso una misma concepción de energía. Para ilustrar lo antedicho, cabe citar un fragmento de entrevista donde la antedicha dicotomía exenta de matices –que distinguiría a la reflexología como terapia *física* y el reiki como *energética*- se diluye, en la medida en que la usuaria le atribuye a la primera, por efecto de la presión resultante del contacto, un estatuto energético de mayor alcance. Lo que nos reenvía a una noción de energía como resultado del calor generado por la fricción –mecánica-, asociada además a la potencia que vehiculiza el especialista.

*Investigadora: ¿Y cómo te fue con el reiki?*

H: Mirá, yo estaba mejor, pero obviamente por el trabajo que ella hacía y lo que me cobraba... me parecía que era mucho, no... (...) porque el reiki es una cosa que no es de esfuerzo... físico, ni nada que justifique que te cobren tanto.

Como vemos, la informante realiza un balance entre los costos económicos del reiki y lo que efectivamente implica en términos terapéuticos. Luego, realiza una comparación entre el reiki y la reflexología, siendo esta última –paradójicamente, si se quiere- a la que se le atribuye mayor eficacia energética debido al contacto corporal que efectúa:

Entonces... no es como R. [*terapeuta*] que tiene que volcar toda su energía en mí, en vez el reiki no. Él vuelca toda su energía, porque toda su energía se basa en los dedos, en especial en los pulgares ¿no? Es todo a base de masajes, levantarte y estirarte (...)Y yo le comenté a él, en dos o tres oportunidades, R., no sabés la energía que vos me das, sólo con vos ponerme la mano en el pie, las piernas, (...)yo notaba cuando me bajaba de la camilla, yo ya notaba la energía que tenía, yo ya era otra persona (H., usuaria de acupuntura, digitopuntura, masajes y reflexología)

En lo que concierne a los especialistas, la referencia al par reflexología-reiki aparece recurrente, aunque la posición que ocupa cada una respecto a la otra difiere radicalmente, según las construcciones narrativas de los terapeutas que complementan ambas disciplinas o especialistas que solo ejercen la reflexología quienes construyen una identidad terapéutica que persigue el reconocimiento de la medicina oficial (vitando el recurso a cualquier instancia pasible de la mirada).

Entre las referencias al reiki en este contexto, se destacan las que expresan la falta de seriedad (*“Es como los que practican reiki, no lo veo serio”*); su potencial peligrosidad a causa de la insuficiente capacitación para la manipulación de centros y campos energéticos –cuya existencia los reflexólogos no niegan–; el carácter innecesario de su dimensión ritual, asociada más a los recursos de un culto religioso antes que a los de una práctica terapéutica.

Esto señalaba una reflexóloga que hizo un curso de Nivel 1 de reiki, pero mantiene su rechazo:

-A: Yo tengo la formación hecha de reiki porque me interesó ver qué pasaba con el reiki, cómo era, qué sé yo... me llevé una enorme decepción, soy reikista, pero no lo cuelgo [*al diploma*]

-Investigadora: *¿Ah, en serio? ¿Por qué te pareció...?*

-A: Porque es esotérico, no tiene un basamento científico... Lo único que tiene es que toda posición de mano es sanadora y esto a mí no me cabe la menor duda. Pero no cualquiera parándose desde cualquier cuerpo no trabajado le puede transmitir una energía adecuada para producir un efecto energético en tu propio cuerpo. Y es en uno o dos fines de semana, ya ni me acuerdo porque fue hace mil años... Es raro eso. (...) Y son esotéricas las iniciaciones (...) Es como... te abren unos canales, te los abren en nombre de no sé quién... yo no soy religiosa, entonces personalmente, no es que no crea que haya campos sutiles, pero no tienen que ver con maestros ascendidos... Para mí cuando uno se muere, se muere. Y no tengo un maestro que me mire ni me abra el chakra desde allá arriba. (A., psicóloga, y reflexóloga)

De acuerdo a lo señalado en el párrafo, se puede vislumbrar que si bien se caracteriza el par reflexología-reiki desde la oposición ciencia-religión, el fundamento del rechazo se vincula más con una cuestión de forma que de contenido, ya que la dimensión propiamente *sutil* de esta terapia *otra*, es decir, la manipulación de energía externa al reikista y la posibilidad de armonizar los centros energéticos del paciente/usuario no es puesta en cuestión.

Por su parte, en lo que concierne a los especialistas que ejercen ambas terapias, sus construcciones narrativas suelen girar en torno a la defensa respecto de la legitimidad de ambas terapias en tanto recursos efectivos para el trabajo sobre la corporalidad. Esto no excluye que se reconozcan diferencias, lo que involucra tanto a los aspectos técnicos de la terapia –estimulación manual vs. la “imposición de manos” propia del reiki–; la formación involucrada (la adquisición del conocimiento técnico de la reflexología se lleva a cabo a través de diferentes

asignaturas, muchas de ellas además en articulación con la medicina convencional, como la anatomía vs. la especialización vía iniciación y posterior práctica para la manipulación energética, propia del reiki); así como las afecciones respecto de los cuales cada una resulta más apropiada. Aunque las dos terapias se consideran eficaces para tratar las entidades de la persona, algunos especialistas consignan que el reiki funciona especialmente en padecimientos emocionales o psicológicos, mientras que la reflexología es adecuada para tratar dolencias físico-orgánicas.

Respecto del tema que nos ocupa, resulta sugerente subrayar que en estas narrativas aparece explicitado el reconocimiento de que la dimensión sutil que moviliza el reiki no es fácilmente evidenciable para el paciente inexperto. Por ende, cualquier valoración positiva por parte de los usuarios requiere de una actitud de apertura hacia lo nuevo, al tratarse de un abordaje cuyos efectos exigen una matriz de percepción que en muchas ocasiones sólo puede forjarse después de una serie de experiencias acumuladas. Por ejemplo, en una entrevista un especialista tanto de reflexología como de reiki señala dos experiencias. La primera, cuando él mismo recibe reiki -estando enfermo y antes de devenir en terapeuta- y se siente desconcertado por las características de este tipo de terapia sutil.

Lo único que sentí fue una sensación muy copada, muy, como algo etéreo, algo muy copado. Entonces fue... yo seguí con... creo que tenía... no me acuerdo, estaba con un poco de fiebre, estaba en cama. 'No me hizo nada' -pensé yo. Pero después, siempre, siempre, es el día de hoy que me acuerdo y decir: 'Loco, qué impresionante es esa sensación'. En el momento, no llegué a ver o captar lo que fue". (L. D., especialista de masaje tai, reiki y reflexología).

La segunda remite a lo que le ocurre con una paciente que él define como *"una persona muy mental, muy acelerada, muy de la cosa física"*, quien decide tomar cuatro sesiones de reiki previas a una intervención quirúrgica por recomendación de una amiga. El informante describe dos niveles de la experiencia involucrados en este caso. Primero, el desconcierto o desilusión inicial que expresa la usuaria, entendido por su falta de entrenamiento en estas terapias sutiles, para no contar con el esquema perceptivo y de interpretación correspondientes. Segundo, un breve comentario que la paciente señala, poniendo de manifiesto el lugar que una sensación sutil puede suponer.

Yo, de conocerla a ella, digo 'esta persona no es para reiki', porque el que no está acostumbrado a trabajar con la energía, a meditar, al yoga, a sentir lo sutil y estar familiarizado, lo primero que piensa es: 'Ah, se siente calorcito ¿estoy pagando plata para esto?' (...) dimos toda la sesión, la sesión para mi sorpresa fue impresionante (...) Fue grosísimo todo lo que se movió, lo que se liberó. Termina la sesión y ella agarra y dice: "Eh, no,

bueno... sí sentí que me relajé...” (...) ella todavía no caía. pero, fíjate ésto. Agarra y dice... ‘Lo que sí sentí en un momento, ah! que eso fue re-lindo, sentí una sensación muy rara, era como un ángel que me hacía así con el ala y me cubría’. Y no le dije nada, pero muy probablemente le ocurra lo que me ocurrió a mí. (L. D., especialista en reiki, masaje tailandés y reflexología).

Este relato se destaca por poner de manifiesto una dimensión de la eficacia cuya principal característica reside en no encontrarse incluida en las expectativas “resultadistas” del estilo de interpretación de lo que es un efecto terapéutico concreto que rige para cualquier persona enculturada, por ejemplo, únicamente en el modelo de inteligibilidad biomédico. Lo que actualiza, a su vez, la concepción de una dimensión de la corporalidad que excede las sensaciones que de ordinario son experimentadas en el nivel físico-orgánico supuesto desde este modelo. En consecuencia, “*las marcas*” que puede imprimir este tipo de técnica pueden generar transformaciones profundas, pero quizá no registrables, que impactan en la construcción de marcos de experiencia en el contexto de la vida cotidiana. Las valoraciones positivas del reiki también pueden registrarse en pacientes/usuarios de reflexología que incursionan —o han incursionado— en esta terapia. Aquí, se expresan posturas que coinciden en definir las como complementarias —generando un máximo efecto al potenciarse entre sí— o afirmando que ambas remiten a un mismo grupo de terapias ya que ambas logran hacer blanco en una dimensión intangible, aunque esto se opere de diferentes formas y niveles.

D.: Y, evidentemente al manipular... como él manipula los pies, a lo mejor el drenaje como que es más mecánico, ¿no? que no deja de ser energía, ¿no?, pero a otro nivel. Pero... sí cuando toca algunos puntos, evidentemente algo está tocando. Yo creo que eso tiene que ver con la energía.

*Investigadora: ¿en qué sentido tiene que ver con la energía?*

D.: Porque hay un... un darse cuenta que va más allá de lo concreto, va más allá de lo tangible, o sea... hay cosas que están más allá. (D., usuario de kinesiología, reflexología y drenaje linfático, usuario y especialista en reiki –Nivel 1- entre otras).

Por último, se sostiene la superioridad del reiki por sobre la reflexología en virtud de la complejización y comprensión de las coordenadas energéticas que habilita:

P: Pero con la reflexología fue con lo que menos me enganché

*Investigadora: ¿Con qué te enganchaste más?*

P: Con el reiki, por, porque leí bastante sobre los chakras, que son centro de energía sobre los que se puede actuar, que están ahí, el desbarajuste de la enfermedad se produciría por un exceso de energía o con una carencia, y eso tiene que ver con que los chakras estén más o menos abiertos. Los chakras son una especie de embudo que hace que la energía del universo pase por ese embudo... Después me parece que la reflexología es como una ayuda más, me parece que el reiki es más avanzado, como más complejo quizá, porque hay más que estudiar, esto de la energía. (P., usuaria de neo-shamanismo, yoga, reiki, reflexología, entre otras).

En pos de dotar de sentido a la reflexología, los informantes la inscriben en una matriz de ordenamiento que pone en relación —por distinción u homologación— un nivel más material (tangible) y otro más sutil (intangible) en lo que concierne a las cosmologías terapéuticas. De este modo, se estructura un régimen de preferencias que giran en torno a este tópico en particular, en el que se oscila entre el interés por uno u otro polo, o bien la aceptación de los dos por igual. Esto evidencia, cabe resaltar, que los diferentes modos *situados* de experimentar la propia corporalidad contribuyen a moldear ideales terapéuticos específicos. Lo que pone en juego es una disposición a adoptar este tipo de terapias no solo desde una correspondencia conceptual —si se cree o no en cierta concepción de energía— y depende de la constatación de alguna eficacia que contribuya a gestionar esa situación.

### **Narrativas en torno de la kinesiología**

La comprensión de la reflexología de acuerdo a la lógica relacional propuesta conduce a contemplar un segundo eje recurrente en los relatos registrados: el que pone en comparación a la reflexología con la kinesiología. De hecho, más que una comparación, lo que suele ponerse en juego sobre todo por parte de los usuarios, es una crítica descalificadora de esta especialidad —incluyendo afirmaciones del estilo “*la kinesiología no sirve para nada*”— destacándose en los relatos analizados un fuerte hincapié en torno a las falencias en términos de eficacia terapéutica de la kinesiología. En Bordes (2007) hemos señalado que la kinesiología constituye la especialidad de trabajo “físico” que ha logrado un mayor grado de reconocimiento formal en el marco de la práctica profesional de la medicina científica en Argentina, del mismo modo que otras profesiones paramédicas lograron ubicarse en una posición similar en otros países, la quiropraxia en Estados Unidos y Reino Unido, por ejemplo. Esto condujo a su inclusión en tanto especialidad de formación universitaria en las distintas facultades de medicina del país y se encuentra avalada por el Ministerio de Salud de la Nación. Gracias a esto, es parte de las ofertas médicas del subsistema público de atención de la salud (hospitales), así como también encuentra cobertura en obras sociales y medicinas privadas.

De su derivación por parte de diferentes profesionales biomédicos –sobre todo del traumatólogo- se desprende la posibilidad de que la kinesiología gestione un amplio espectro de diagnósticos, desde la necesidad de rehabilitar un miembro con una fractura o luxación, hasta la remoción de mucosa en los pulmones o el trabajo sobre contracturas cervicales, entre muchos otros.

En relación con lo registrado en nuestro trabajo de campo, una de las primeras referencias señaladas en los relatos de los usuarios de reflexología es la afirmación acerca de las falencias técnicas de la kinesiología. Se llama el paso previo a la incursión en reflexología y se expresa con un grado de descalificación de tal tenor, que se los postula en varias ocasiones como punto de partida de opciones terapéuticas alternativas. Se suele mencionar –teniendo la conciencia de estar hablando de algo repetido- las secuencias involucradas en la derivación al kinesiólogo: 1) asistencia al traumatólogo por dolores en la columna vertebral o asociados a contracturas musculares, por los consecuentes mareos o debido a lo que es reseñado genéricamente como consecuencia del estrés, 2) prescripción de la terapéutica “convencional” una serie de sesiones de kinesiología, 3) asistencia a las sesiones, 4) constatación de que los dolores persisten y búsqueda de una opción diferente.

F: Yo empecé a ir porque... tuve una época, hará dos años, que tenía mareos y tenía la columna rectificada y estuve haciendo kinesiología no sé... veinticinco mil sesiones, hice las diez primeras y tuve que pedir otras diez (...) estaba terminando la carrera, yo me recibía a fin del 2008 para estar estresada (risas) y... bueno y la verdad que fui a hacer... fui al traumatólogo, me sacaron la radiografía, tenía la columna rectificada. Kinesiología, como lo convencional...

*Investigadora: ¿Te habían dado alguna explicación en particular? ¿La postura?*

F: La postura, estar leyendo, la computadora, sí y... bueno hice un par de sesiones esto de kinesiología. Hice las primeras diez que te dan, pedí como otras diez extras y no tuve resultado, seguí igual. Y una amiga de mi mamá estaba yendo a reflexología, la conocía hacía un tiempo a M. [su reflexóloga] y me dijo ‘bueno, andá a probar’ (F. usuaria de reflexología).

En otros casos, los informantes deciden desoír la consabida indicación del traumatólogo de asistir a las sesiones de kinesiología en virtud de que ya se ha constatado su falta de eficacia. O bien, se la acepta con resignación, sobre todo en el caso de que se valore su gratuidad de acuerdo con las coberturas asistenciales de las empresas de medicina prepaga o las obras sociales:

V: El tipo tenía una cosa como muy fea del trato ¿viste?: ‘y... hacé kinesiología’. Que la kinesiología también es como algo que...

Investigadora: *¿Y fuiste al final?*

V: No, no fui porque ya en ese momento había probado varias veces y nunca me había resultado... (V., usuaria de homeopatía, reflexología, entre otras)

“[Y yo me dije a mí misma] ‘yo voy a volver a reflexología porque esto es como un bajón’. Igual lo hago porque queda cerca de mi casa, está incluido en la obra social [*prepaga*] y nada, y es lo que puedo hacer ahora... De hecho cuando me dio, cuando la [*médica*] clínica me dijo que vaya al kinesiólogo me dijo: ‘ya sabemos que no sirve para nada, pero andá igual’, porque se supone que para cosas como un poco más sutiles, cosas que no sean recuperación de fracturas expuestas, son medio toscos... y me dijo que me recomendaba mucho una terapia, me olvidé cómo se llamaba pero era tipo TCB [RCP], que es como un tipo de masajes... y me parece esto, que está mal, que te manden a todos al mismo kinesiólogo, al mismo salón para recuperarte, lo mismo para un hueso roto que para otra cosa, me parece que no les debe funcionar muy bien... (L., usuaria de yoga y reflexología).

Como comienza a explicitar el último fragmento citado, resulta interesante desbrozar las anteriores críticas ya que, lejos de suponer la descalificación terminante y definitiva de la kinesiología como especialidad paramédica, ponen de relieve el delineamiento de fronteras precisas de su ámbito de competencia y eficacia. En este sentido, los usuarios enfatizan que la kinesiología se corresponde, ante todo, con una lógica de rehabilitación. Esto involucra el tratamiento de problemas traumáticos como las lesiones postoperatorias que requieren la recuperación del movimiento de la zona afectada y, en casos de fracturas, esguinces y luxaciones. Es decir, cualquier afección que redunde en una reducción o ausencia de flexibilidad -atrofias, entumecimiento, falta de movilidad- en una articulación o extremidad. De hecho, los informantes que han recurrido a esta disciplina a los fines de la rehabilitación esbozan una mirada positiva en relación con su tratamiento kinesiológico. Por ende, la crítica general en torno a la kinesiología tiende a postularse en relación con las aspiraciones de esta disciplina de incluir padecimientos que no se corresponden con este paradigma de diagnóstico-atención. Esta última clasificación comprende una amplia gama de dolencias, incluyendo dolores difusos o de más difícil resolución, como los asociados a contracturas derivadas del estrés, las “malas posturas” adoptadas en el trabajo y el estilo de vida, así como también los dolores de origen crónico asociados sobre todo a dolencias degenerativas, como artritis y artrosis.

G: [*Venimos hablando de cuándo decide ir al médico, y pasamos al tema de las contracturas*] Y, pero no, porque te mandan al kinesiólogo. Que pobre el kinesiólogo, que también... yo trabajé en un consultorio kinesiológico [*como empleada administrativa*] que me decían y es verdad, no son masajistas. Entonces la gente va con la idea de hacerse y el tema es de aparatos...

*Investigadora: mucha gente me comenta el tema de la kinesiología y se critica bastante ¿no?*

G: Para una contractura es el masaje, en cambio el kinesiólogo es todo lo que tiene que ver, no sé, exagerando, pero como ‘tengo el hueso mal o tal cosa’, eso. Entonces con los aparatos que te ponen, que te ayudan a ... ponele como que a fortalecer el hueso o acomodarlo o no sé, te enseñan a hacer ejercicios. O si te cansás, si la columna por si te cansás mal, bueno no sé a pararte de otra forma. Yo mientras trabajaba te mandaban ejercicios, te hacían hacer ejercicios, estiramiento, un montón de cosas. Cada cosa en su cosa, una contractura, es una contractura, porque estuviste torcido, entonces tenés que relajártelo. Y eso el kinesiólogo no lo hace porque no es masajista... El kinesiólogo es un médico (...) no sé, no es para las contracturas me parece. (G., usuaria de reflexología)

Pues bien, este tipo de afirmaciones nos conduce a sistematizar entonces los límites técnicos percibidos por los informantes para el tratamiento de estas dolencias más difusas. Las técnicas utilizadas en el tratamiento kinesiológico referidas mayormente por los informantes tienen un soporte mecánico, sustentadas en el uso de bandas, cadenas y poleas para lograr el estiramiento de determinadas partes del cuerpo, así como una serie de técnicas para la aplicación focalizada de electricidad, técnicas de electroterapia, las cuales pueden contar con diferentes modalidades de corriente, forma de onda y frecuencia, y ultrasonido, las técnicas de terapia de ondas mecánicas. En el tratamiento de zonas inflamadas se suele combinar la aplicación de frío —suministrado bajo la forma de hielo— y de calor —almohadillas con electrodos—, denominado como técnicas de termoterapia, que usan dispositivos sobre la base de radiación térmica e infrarroja. También se usan técnicas de ejercitación con barras, pequeñas pesas y pelotas para elongar, movilizar y/o desarrollar músculos debilitados por el reposo y la falta de movimiento. Como señalé en el apartado anterior, la inclusión de esta aparatología podría ser leída como parte de un fortalecimiento de la kinesiología, en tanto permite anexas al trabajo corporal que lleva adelante una faceta de relativo avance tecnológico, que redundaría efectivamente en una ampliación de la currícula necesaria para diplomarse en esta especialidad. No obstante, es interesante remarcar que el uso de estas técnicas tiene una valoración más negativa. Mientras que las técnicas de masaje —las menos utilizadas de acuerdo a los relatos recabados— son las referidas como las más eficaces que,

desde un punto de vista experiencial, contribuyen de modo más ostensible a la relajación y alivio del dolor –aunque este no sea definitivo–:

A veces sentís mucho más el masaje que si te ponen el calor o te hacen magnetoterapia y ‘andate a tu casa’... y lo que más sentís es el masaje, lo que más efecto te hace, pero también, a mí no me terminaba de resolver nunca eh... (E., usuaria de reflexología)

La reflexología deviene en una especialidad terapéutica al interior del espacio social del arte de curar, interpretada por usuarios y especialistas como una disciplina que revaloriza lo que se considera una dimensión excluida y desvalorizada desde el modelo biomédico de atención: el del contacto corporal. Como indican un reflexólogo y reikista, y una estudiante de reflexología cuya intención primera fue la de estudiar kinesiología:

Yo pienso que la persona lo recibe, de alguna manera lo recibe, más allá de trabajar bien técnicamente, el contacto físico hoy en día, ¿viste que nadie te toca? Los médicos no te tocan, los médicos apenas te auscultan ¿viste? Yo sé, bah, todos saben. Yo me voy a atender con un médico, “hacéte los análisis”, lo traigo, lo pasa a la computadora, me toma la presión, me ausculta y nada más. No te tocan (...) Lo terapéutico para nosotros viene por ese lado, la reparación. Tocar es fundamental (H., especialista en reflexología, digitopuntura, shiatsu, reiki).

Porque yo toda mi vida hice masajes, masajes en la espalda, viste. Cualquiera que venía era como que me agarrara viste como no sé, como si fuera un imán y voy a la espalda... me gusta hacer masajes (...) Bueno, entonces empecé kinesiología, pero yo no estaba totalmente convencida de que era eso lo que quería hacer. Me gustaba el hecho de ayudar a la gente, de dar masajes que me gustaban (...) Mi hermana y después una chica, compañera mía de reflex que fue al kinesiólogo me dijo que alguna vez le hicieron algún tipo de masajes, pero no es lo que se da. Un masajista es un masajista y un kinesiólogo te pone el aparatito, le dan calor, de lo que sea y chau. Entonces, bueno no estaba convencida... (A., alumna de reflexología).

La reflexología y su foco en el toque manual, el contacto energético y el involucramiento con el paciente-usuario a través de la conversación, ¿se contrasta en estos fragmentos con el “*te pone el aparatito (...) y chau!*” de la terapia kinesiológica en particular, o con el “*nadie te toca*” y “*hacéte los análisis (...) y nada más*” de la biomedicina en general. “*Tocar*” deviene en un rasgo característico que contribuye a moldear la identidad terapéutica de la reflexología podal.

## Conclusiones

El presente artículo tuvo como objetivo analizar el modo en que los actores sociales que utilizan una terapia “alternativa” en particular (la reflexología podal) justifican su preferencia por la misma, haciendo hincapié en una lectura interpretativa y relacional de los “contrastes” que construyen narrativamente, en oposición a dos opciones terapéuticas diferentes: el reiki y la kinesiología. Oponiendo la reflexología al reiki, se destaca la valoración de su dimensión tangible, en primer término, en lo que hace a las lecturas sobre la eficacia: el toque manual permite realizar un estímulo recorre distintas dimensiones del cuerpo físico/energético, “destrabando”, “drenando”, abriendo la posibilidad de trabajar sobre los desequilibrios que no sólo emergen como imágenes y sensaciones, sino que se expresan en la materialidad del pie. En segundo término, es posible afirmar que esta “objetividad” del trabajo terapéutico, hace que los principios de la terapia reflexológica puedan ser fácilmente apropiados y reelaborados en términos cercanos, familiares. En contraposición con estas afirmaciones, reiki termina siendo conceptualizado como una terapia en extremo sutil a la vez que esotérica, en virtud sobre todo de sus rasgos técnicos (imposición de manos, visualización/gestualización de símbolos sanadores). En este sentido, aquellos informantes que intentan distanciarse de la terapia pero sin descalificarla, afirman que su valor puede ser apreciado en particular por los usuarios con mayor experiencia en el universo de las terapias holísticas. Por su parte, la reflexología asume un estatuto más delicado, sutil, personal, frente a la rudeza y frialdad con la que se interpreta a la principal terapia de trabajo corporal de la medicina convencional: la kinesiología. El contacto manual se aprecia así, en contraposición al uso de aparatología, y el trabajo sobre padecimientos asociados al estilo de vida — contracturas asociadas a problemas posturales y al estrés— se diferencia de los tratamientos kinesiológicos, adecuados solo para aliviar padecimientos que requieren rehabilitación.

El enfoque relacional permite complejizar la mirada homogeneizante sobre las terapias alternativas y complementarias que prima como punto de partida en numerosos estudios, permitiendo reconstruir el continuum de preferencias y rechazos, así como las jerarquizaciones que operan los actores sociales, teniendo como horizonte la red más amplia de sus elecciones de cuidado. La potencialidad de estas comparaciones radica en la posibilidad de tender puentes entre las “alternativas” y otras opciones terapéuticas, a través

de escalas valorativas cuyas categorías, como señala Douglas, pueden incluso ser de utilidad para analizar adhesiones más allá del campo estrictamente médico.

## Bibliografía

ASTIN, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study, *JAMA*, 279(19), pp. 1548-1553.

BAER, H., HAYS, J., McCLENDON, N., McGOLDRICK, N., y VESPUCCI, R. (1998). “The holistic health movement in the San Francisco Bay area: Some preliminary observations”, *Social Science & Medicine*, 47(10), pp.1495-1501.

BEELER, D. M. (2017). *An Ethnographic Account of Reiki Practice in Britain*, Cambridge, Cambridge Scholars Publishing.

BORDES, M. (2007). “Reflexiones sobre los límites de la kinesiología desde la perspectiva de usuarios de terapias alternativas”, *Scripta Ethnologica*, 29, pp. 91-108.

——— (2013). “Esto no es una mancia”: un análisis de las formas de diagnóstico y tratamiento en las medicinas alternativas, *Ciencias Sociales Y Religión*, 15(19), pp. 49–71.

——— (2020). “Lo importante es mantener el espacio”: estrategias de inserción y permanencia de terapeutas no convencionales en hospitales, *Desacatos. Revista De Ciencias Sociales*, 63, pp. 28-43.

BORDES, M. y SAIZAR M., (2018). “‘De esto mejor ni hablar’: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios”, *Sociedad y Religión*, 28(50), pp. 161-182.

DOUGLAS, M. (1998). *Estilos de pensar: ensayos críticos sobre el buen gusto*, Barcelona, Gedisa.

GALE, N. (2011). "From body-talk to body-stories: body work in complementary and alternative medicine", *Sociology of Health and Illness*, 33(2), pp. 237-251.

HEREDIA, C. (2020). New Age en el hospital: Una etnografía de las técnicas de alivio al dolor en niños/as en Cuidados Paliativos Pediátricos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, *Religião & Sociedade*, 40, pp. 11-30.

HIRSCHORN, K. (2006). Exclusive versus everyday forms of professional knowledge: legitimacy claims in conventional and alternative medicine, *Sociology of Health & Illness*, 28, pp.533-557.

JOHANESSEN, H. (1996). "Individualised knowledge: reflexologists, biopaths and kinesiologists in Denmark", en S. Cant, y U. Sharma eds., *Complementary and alternative medicines. Knowledge in practice*, London, Free Association, pp. 116-134.

NAGAI, S., y QUEIROZ, M. (2011). Medicina complementar e alternativa na rede de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), pp.1793-1800.

NING, A. (2012). How 'alternative' is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine, *Health (London)*, 17, pp. 135-158.

MIZRACHI, N., SHUVAL J. y GROSS S. (2005). Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings, *Sociology of Health & Illness*, 27(1), pp.20-43.

McGUIRE, M. y KANTOR, D. (1988). *Ritual healing in suburban America*, Rutgers University Press.

SAIZAR, M. (2005). "Cuando el Dr. Usui meditó en el monte Kurama. Una aproximación al análisis del mito de origen del Reiki Usui en Buenos Aires", *Mitológicas*, 20, pp.41-58.

SCOTT, A. (1998). "The symbolizing body and the metaphysics of alternative medicine", *Body and Society*, 4, pp. 21-37.

SHUVAL, J. T., MIZRACHI, N., y SMETANNIKOV, E. (2002). Entering

the well-guarded fortress: alternative practitioners in hospital settings, *Social Science & Medicine*, 55(10), pp.1745-1755.

SOINTU, E. (2006). Recognition and the creation of wellbeing, *Sociology*, 40(3), pp. 493-510.

VASILACHIS DE GIALDINO, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa.

VUOLANTO, P., BERGROTH H., NURMI J.y SALMENNIEMI S. (2020). Reconfiguring health knowledges? Contemporary modes of self-care as ‘everyday fringe medicine’, *Public Understanding of Science*, 29(5), pp.508-523.

# El Tarot como espacio simbólico y sistema terapéutico

Dulce María Griselda Quiroz Bustamante <sup>1</sup>

## **RESUMEN**

El Tarot ha sido parte de un sistema de creencias que apunta hacia la adivinación, pero también al autoconocimiento. La tentación por conocer el futuro no deja de prevalecer en quienes se acercan al Tarot para hacer preguntas; no obstante, plantear una posibilidad terapéutica en el Tarot se relaciona con un proceso de transformación interna. Tradicionalmente, el Tarot es un mazo de carta cuyos arcanos mayores simbolizan arquetipos que, asociados a signos zodiacales y planetas, se plantean como un sistema que refleja el cosmos en el individuo. En este sentido, las figuras del Tarot crean las condiciones necesarias para reflejar un espacio simbólico donde se prefigura la temporalidad del individuo: pasado, presente y futuro. Esto es posible por las relaciones entre los Arcanos Mayores, los Arcanos Menores y los números, de modo que las 78 cartas del Tarot se pueden interrelacionar de distintas maneras, dando lugar a una narración capaz de responder al consultante que pregunta sobre distintos aspectos de su vida. Hoy se suele encontrar la referencia al Tarot terapéutico como alternativa al Tarot adivinatorio. La elección depende en todo caso de las necesidades del consultante.

Palabras clave: Tarot, arcanos, lectura, adivinación, terapéutica

## **Tarot as a symbolic space and therapeutic system**

### **ABSTRACT**

The Tarot has been part of a belief system that points towards divination, but also self-knowledge. The temptation to know the future continues to prevail in all those who approach the Tarot to ask questions; However, the fact of raising a therapeutic possibility in the Tarot is related to a process of internal transformation. Traditionally, the Tarot is a deck of cards whose major arcana symbolize archetypes that, associated with zodiacal signs and planets, are presented as a system that reflects the cosmos in the individual. In this sense, Tarot figures create the necessary conditions to reflect a symbolic space where the temporality of the individual is prefigured: past, present and future. This is possible through the relationships established between the Major Arcana, the Minor Arcana and the numbers, so that the 78 Tarot cards can be interrelated in unusual ways, giving rise to a narrative capable of providing answers to the consultant who Ask about several aspects of your life. Nowadays, it is common to find reference to the therapeutic Tarot, as an alternative to the divinatory Tarot. The choice depends in any case on the needs of the consultant.

**Keywords:** Tarot, arcana, reading, divination, therapy

---

1 Universidad Nacional Autónoma de México

## Introducción

Con el tiempo, entre los sistemas de creencias, el Tarot se ha configurado como parte de un método de adivinación utilizado por muchos consultantes. No obstante, también se ha configurado como un método de autoconocimiento. Preguntarse por el futuro es una constante en los seres humanos. Conocer lo que nos depara el destino no deja de generar incertidumbre y curiosidad. Ante el deseo por adelantarse al futuro, el Tarot ha sido generado como una forma de lectura que permite dar respuestas a esta interrogación por el porvenir. En cuanto al planteamiento terapéutico, se trata de construir un proceso de conocimiento interior. Tradicionalmente, el Tarot es un mazo de carta cuyos arcanos mayores simbolizan arquetipos que, vinculados con signos zodiacales y planetas, se plantean como un sistema que refleja el cosmos en el individuo. En este sentido, las figuras del Tarot crean las condiciones necesarias para reflejar un espacio simbólico donde se prefigura la temporalidad del individuo: pasado, presente y futuro. Esto es posible por las relaciones entre los Arcanos Mayores, los Arcanos Menores y los números, de modo que las 78 cartas del Tarot se pueden interrelacionar de distintas maneras, dando lugar a una narración capaz de responder al consultante que pregunta sobre distintos aspectos de su vida. Hoy se suele encontrar la referencia al Tarot terapéutico como alternativa al Tarot adivinatorio. La elección depende en todo caso de las necesidades del consultante.

En la historia de la humanidad, la constitución de un universo simbólico resulta interesante porque, según Cassirer, para el pensamiento primitivo existe una noción de espacio individual; no obstante, aún no se puede fijar la idea de un espacio abstracto. El tarot se ubica entre ese espacio geométrico y el espacio subjetivo, una vivencia individual a partir de la cual se establece una especie de intersección representada por el intérprete o lector:

Para el punto de vista de la mentalidad y de la cultura primitivas se ofrece como una tarea casi imposible la de dar ese paso decisivo, único que nos puede conducir del “espacio de la acción” a un concepto teórico o científico del espacio, el espacio de la geometría, en el cual han sido suprimidas todas las diferencias concretas de nuestra experiencia sensible inmediata (Cassirer, 1998: 93).

Hay que considerar que, para Cassirer, la cultura es un universo simbólico que se interpreta; en este sentido, apunta que “Tanto la ciencia, como el mito o el arte, forman mundos de imágenes en los que no se “refleja” simplemente

algo empíricamente dado, sino que más bien se “crea” algo con relación a un principio autónomo (Amilburu, 1998: 9). Así, se trata del restablecimiento de una temporalidad propia; al mismo tiempo, estamos inscritos en un espacio geométrico, ordenado y que se puede explicar mediante distintos sistemas de creencias. De acuerdo con el filósofo, el espacio geométrico corresponde a una concepción científica, aquella que se relaciona con el tránsito del espacio sensible e inmediato a un espacio universal y homogéneo.

Ahora bien, ¿cuál es el interés de vincular el pensamiento de Cassirer con el Tarot? El Tarot es un sistema simbólico donde se genera una noción de espacialidad al ser un escenario que, mediante la lectura y la interpretación, establece correspondencia con el consultante.

El objetivo de este artículo es mostrar la relación que el Tarot presenta entre el espacio subjetivo e inmediato, el espacio vivencial del consultante, y el espacio geométrico que corresponde a la sistematización del Tarot como sistema simbólico.

## **Metodología**

Para desarrollar el presente trabajo, abordaré algunos aspectos históricos relativos al Tarot como método adivinatorio, basándome en la perspectiva simbólica, para después ocuparme de la estructura del Tarot, de su organización y abordar una breve explicación de la simbología de los arcanos. Finalmente, me dirigiré hacia la vertiente terapéutica de este sistema a través de autores y lectores de tarot como Jodorowski y Ver Pramad.

## **Discusiones**

La historia del Tarot se difumina, por lo que es complicado fijar su origen, que, en varios momentos, se ha calificado de misterioso. Sin duda, la complejidad de su simbología nos permite comprender que el sistema de relaciones que establece favorece que su lectura se haya decantado por la creación de un método de adivinación. En lo referente a esta primera vía, desde la tradición ocultista el Tarot encierra la clave del mundo. Es preciso descifrarlo y, para ello, es preciso contar con un método; por ello, Oscar Wirth escribe:

Le langage humain n'est philosophique et précis que de très fraîche date. Primitivement, il ne se prêtait à l'expression d'aucune idée abstraite. Les premiers penseurs furent donc condamnés au silence; faute de mots, ils tracèrent des figures afin d'y rattacher leurs rêves. Puis, pour

se communiquer leurs conceptions, ils se firent un langage incompris du vulgaire, non en inventant de nouveaux termes, mais en détournant le vocabulaire courant de sa signification grossière, pour lui prêter un sens mystérieux intelligible aux sages. Ainsi naquit l'allégorisme dont usèrent tous les révélateurs. (Wirth, 1984: 29)

Por su parte, Eliphas Lévy sistematiza su concepción del Tarot que servirá de base, en gran parte, para el ocultismo contemporáneo. De acuerdo con este autor, el Tarot constituyen una obra tan fuerte y monumental como las pirámides, que resume *“toutes les sciences et dont les combinaisons infinies peuvent résoudre tous les problèmes; livre qui parle en faisant penser; inspirateur et régulateur de toutes les conceptions possibles; le chef-d'oeuvre peut-être de l'esprit humain...”*. (Wirth, 1984: 45)

De acuerdo con Lévi, el Tarot es una “máquina filosófica” cuya función es evitar que el espíritu se extravíe, pero dejando al individuo en total libertad. Hasta aquí, encontramos una explicación sobre el orden racional del Tarot. Se trata, así, de un sistema en el que los símbolos y una noción peculiar de espacio encuentran una conjunción que, según Lévi, tiene una semejanza con un plano ideal, siguiendo un contexto neoplatónico.

La estructura del Tarot se construye a partir de un mazo cartas compuesto por 78 naipes, que a su vez se subdividen en 22 Arcanos Mayores y 56 Arcanos menores; estos últimos se componen de 16 figuras de la corte y 40 cartas correspondientes a los números, que van el As al 10. Los Arcanos Mayores representan figuras arquetípicas que se vinculan con un camino de iniciación. Las cartas son un reflejo del consultante; así, la lectura se convierte en la interpretación de su alma y de su destino.

ESTRUCTURA DEL TAROT  
22 ARCANOS MAYORES

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| <b>0. EL LOCO</b>         | <b>XI. LA JUSTICIA</b>   |
| <b>I. EL MAGO</b>         | <b>XII. EL COLGADO</b>   |
| <b>II. LA SACERDOTISA</b> | <b>XIII. LA MUERTE</b>   |
| <b>III. LA EMPERATRIZ</b> | <b>XIV. LA TEMPLANZA</b> |
| <b>IV. EL EMPERADOR</b>   | <b>XV. EL DIABLO</b>     |

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| <b>V. EL SUMO SACERDOTE</b>      | <b>XVI. LA TORRE</b>     |
| <b>VI. LOS AMANTES</b>           | <b>XVII. LA ESTRELLA</b> |
| <b>VII. EL CARRO</b>             | <b>XVIII. LA LUNA</b>    |
| <b>VIII. LA FUERZA</b>           | <b>XIX. EL SOL</b>       |
| <b>IX. EL HERMITAÑO</b>          | <b>XX. EL JUICIO</b>     |
| <b>X. LA RUEDA DE LA FORTUNA</b> | <b>XXI. EL MUNDO</b>     |

### ARCANOS MENORES

DIVIDIDOS EN CUATRO PALOS:  
BASTOS, OROS, ESPADAS Y COPAS  
NUMERADOS DEL 1 (As) al 10

|               |              |
|---------------|--------------|
| <b>AS</b>     | <b>SEIS</b>  |
| <b>DOS</b>    | <b>SIETE</b> |
| <b>TRES</b>   | <b>OCHO</b>  |
| <b>CUATRO</b> | <b>NUEVE</b> |
| <b>CINCO</b>  | <b>DIEZ</b>  |

LOS ARCANOS MENORES SE AGRUPAN EN LAS FIGURAS DE LA CORTE

|              |                |
|--------------|----------------|
| <b>REINA</b> | <b>SOTA</b>    |
| <b>REY</b>   | <b>CABALLO</b> |

Aquí podemos observar el orden al que se refiere Lévy al referirse al Tarot con una maquinaria perfecta que conforma un sistema racional de pensamiento. Ahora bien, es importante considerar que, desde los inicios de la práctica de la lectura del Tarot como arte adivinatorio se hace referencia a un sistema de correspondencias. En este sentido, la pregunta inmediata tal vez sea, ¿cómo se deriva un sistema de adivinación de una armadura que se presenta como racional? La pregunta para resolver la aparente contradicción entre la adivinación y el hecho de anclarla en una base racional crea una tensión interesante que, para algunos, es imposible de sostener y, para otros, es el origen de la charlatanería.

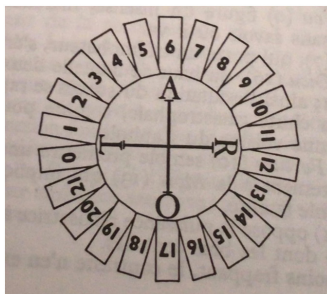
El vínculo entre maquinaria y adivinación es relativamente sencillo de comprender. Lévy buscaba un sistema científico en el Tarot; por su parte, Alester Crowley, desde su conocimiento de la Golden Dawn, explica que el Tarot es una reproducción pictórica de las enseñanzas de la Cábala hebrea. La correspondencia entre este sistema y la simbología de las cartas del Tarot es perfecta, por lo que se configura una especie de mapa que, aunque inventado por personas dotadas de gran erudición:

Con todo lo lúcidas que podamos suponerlas, no serían completamente capaces de elaborar un sistema tan complejo en su conjunto sin la ayuda de seres superiores cuyos procesos mentales correspondieran, o correspondan, a una Dimensión superior (El Maestro Therion, 1944).

Para Crowley y para muchos otros, el Tarot es una representación del universo; dicha representación cobra forma, a su vez, en el árbol de la vida. Este último se incrusta, como metáfora del cuerpo humano y, también, a través de la Gematría, en el destino individual. Sobre la relación entre Tarot y Cábala, Lévy escribe: “Las diez sefirot y los veintidós tarots, forman lo que los cabalistas llaman las treinta y dos vías de la ciencia absoluta” (Éliphas Lévy, 2004: 78). En cuanto al sistema solar, este autor afirma que es una rueda y no una esfera. Al referirse a los Antiguos, escribe:

Prestaron especial atención al arco imaginario. Dentro de los límites de este arco, concibieron que las Estrellas Fijas que están más allá se encontraban relacionadas de forma especial con el aparente movimiento del Sol. A este arco o cinturón de la rueda lo denominaron Zodíaco. Les pareció entonces que las constelaciones que están fuera de este cinturón no afectaban tanto a la humanidad, pues no estaban en línea directa con la gran fuerza giratoria de la rueda (T.A.R.O.=R.O.T.A.=rueda). (El Maestro Therion, 1944: 25).

El universo se condensa entonces en la rueda formada por los 22 Arcanos Mayores del Tarot, como lo ilustra Wirth:



El Arcano 0, que representa a El Loco, se sitúa en el punto de cruce entre el comienzo y el fin de la numeración de los Arcanos. De esta forma, según Wirth, simboliza el Infinito del que salimos y al que estamos destinados a regresar (Wirth, 1984: 47). A su vez, el círculo se divide en dos, formando dos columnas de 11 cartas cada una, de las que la línea que va del arcano I al XI se relaciona con un principio de actividad, correspondiente a la columna Jakin del árbol de la vida, mientras que la línea que va del arcano 0 al 12 se vincula con un principio de pasividad, atribuido a la columna Bohas.

El Arcano 0, que representa a El Loco, se sitúa en un punto de cruce entre el comienzo y el fin de la numeración de los Arcanos Mayores. De esta forma, de acuerdo con Wirth, simboliza en Infinito del que salimos y al que estamos destinados a regresar. A su vez, el círculo se divide en dos, formando dos columnas de 11 cartas cada una. La línea que va del Arcano I al XI se relaciona con la columna Jamin del árbol de la vida, mientras que la línea que va del Arcano XII al 0 se vincula con un principio de pasividad, atribuido a la columna Bohas. (Wirth, 1984: 47).

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

En este espacio de correspondencias exactas se introduce la adivinación. Este factor es relevante en la medida en que, de acuerdo con Crowley, las cartas del Tarot son entidades vivas. En el caso de Wirth, él afirma que místico que interpreta está siempre en posesión de sí mismo, que no recibe influencias de fuerzas externas, sino que está abierto a una receptividad especialmente cultivada.

Ahora bien, Crowley, al referirse a la forma de aprendizaje del Tarot, indica que el estudiante debe vivir las cartas, contemplarlas, para, en cierta forma, hacer una experiencia de interiorización. El lector, el tarotista, observa y establece relaciones para construir una historia:

4. Busca el Significador. Si está en el monte Yod, la cuestión se refiere a trabajo, negocios, etc.; si esta en el monte Hé, a amor, matrimonio, o placer; si está en el monte Vau, a problemas, pérdidas, escándalos,

disputas, etc.; si está en el monte Hé de la última, a dinero, bienes, y asuntos estrictamente materiales.

5. Di a consultante a lo que ha venido; si te equivocas, abandona la adivinación. Si aciertas, extiende el monte que contiene el Significador con las cartas boca arriba. (El Maestro Therion, 1944: 254).

Una vez hecha esta explicación del procedimiento adivinatorio, y que quedó claro que el Tarot tiene una estructura con coherencia y cohesión interna, la pregunta es: ¿en qué momento surge la corriente terapéutica del Tarot? ¿El método terapéutico desplaza al adivinatorio? Son preguntas interesantes, ya que en ocasiones parece hablarse de dos métodos opuestos. En ambos casos, un sistema ordenado, que podemos relacionar con el espacio geométrico al que nos hemos referido al inicio de este trabajo.

En el caso del tarot adivinatorio, autores como Jodorowsky, Enrique Esquenazlitz Greene, Zigler y Veet Pramad han trabajado con lo que han llamado Tarot de autoconocimiento. Alejandro Jodorowsky, junto con Marianne Costa, escribió *La vía del Tarot*, además de reconstruir la baraja original del Tarot de Marsella, basándose en gran parte en su método de psicomagia, ha ejemplificado casos concretos donde no se trata de adivinar sino de resolver situaciones que tienen un origen en el pasado. En dicha obra muestra su interpretación desde una postura de búsqueda interior. Veet Pramad, ha desarrollado lo que llama el método terapéutico y lo ha sistematizado en dos obras: *Curso de Tarot: el uso terapéutico del Tarot y Tarot y numerología: desafíos y lecciones de vida*.

Para Jodorowsky, el Tarot es una especie de templo. La lectura del Tarot es una metáfora de la construcción de este; por esta razón, cada uno de los arcanos que intervienen en la lectura forma parte inseparable de la totalidad. El templo es equivalente al universo y, en este sentido, el Tarot es semejante a un mandala; por esta razón, cada elemento está cargado de una simbología que es necesario interpretar. En la obra mencionada, el autor explica cómo llegó a la conclusión de que el Tarot es algo más que un mazo de cartas, cuya finalidad trasciende el concepto tradicional de adivinación:

El Tarot es una unión de arcanos. Cuando, después de muchos años, logré reunido en mi primera versión coherente del mandala, le pregunté:

¿De qué me sirve este estudio? ¿Cuál es el poder que me puedes dar?», e imaginé que el Tarot me respondía: “Sólo has de adquirir el poder de ayudar. Un arte que no sirve para sanar no es arte”.

¿Pero qué es sanar? Toda enfermedad, todo problema, es producto de un estancamiento, ya sea corporal, sexual, emocional o intelectual. La curación consiste en recuperar la fluidez de las energías. Esta concepción se puede encontrar en el Dao dejing [Tao Te Ching] de Lao zi, y de manera muy precisa en El libro de las mutaciones o Yijing [I Ching]. (Jodorowsky, 2004: 146).

Es cierto que Jodorowsky no es el primero en afirmar que el Tarot es un espejo del alma del consultante, ya que, como hemos mencionado antes, esta idea de que el Tarot es un reflejo del universo y del consultante se encuentra ya fija desde la tradición ocultista. Sin embargo, Jodorowsky establece rechazo tajante a la concepción adivinatoria del Tarot, tal como lo expresa en su libro:

De ninguna manera estaba yo dispuesto a leer hipotéticos futuros. Me repugnaba la idea del destino transportada por el antiguo teatro griego, esa superstición de que “todo está escrito” y nadie puede escapar a su suerte. Si desde que nacimos algún dios gobierna nuestros pasos, ¿para qué esforzarse en algo? ¿Podemos considerar nuestra una vida fijada de antemano, inevitable, en la que sólo se nos permite padecerla? Para encarar la lectura de las cartas, debía definir el concepto de futuro... . (Jodorowsky, 2004: 479).

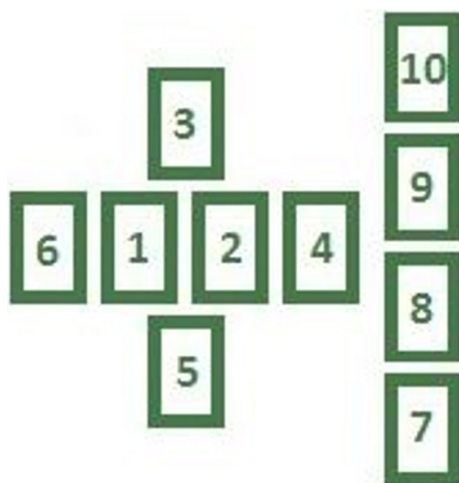
La preocupación por el futuro se origina en la incertidumbre del presente. Para el autor, esta incertidumbre se origina en la infancia, por lo que desarrolla un método en el que lo más importante es trabajar el pasado en su conjunción con el presente, dejando de lado la parte adivinatoria, tan importante en la configuración histórica del Tarot. La lectura adivinatoria del Tarot es un fraude y el autor opta por una lectura psicológica, cuya finalidad es que el consultante descubra su esencia, lo que está en él desde un principio, más allá de los hábitos adquiridos. Así, el lector de tarot se profesionaliza, no como mago o adivino sino como tarólogo.

La concepción del Tarot que desarrolla Veet Pramad tiene semejanzas con la de Jodorowsky, de manera particular, en lo referente al rechazo de la veta adivinatoria. Para este autor, también es inconcebible pensar que los individuos son espectadores de una vida ya trazada de antemano, de la cual no pueden cambiar nada porque todo está escrito por un ser supremo:

¿Qué me tiene reservado el Todo Poderoso destino? Preguntan ansiosos. Responder a estas y otras preguntas es la mayor barbaridad que podemos hacer, pues estamos negando a nuestros consultantes su libertad, escondiéndoles que especialmente hoy, en el amanecer del tercer milenio, su destino está en sus manos, y privándolos de la oportunidad de auto transformarse. (Pramad, 2011: 10).

Pramad afirma que el tarólogo tiene una responsabilidad histórica de cara a los nuevos tiempos. El sujeto no debe conformarse con ser un juguete del destino y debe asumir una responsabilidad sobre su vida; por ello, es vital resolver los conflictos que, como afirma Jodorowsky, provienen del pasado. Para llevar a cabo su propuesta terapéutica, este autor se basa en la baraja de Alester Crowley. Su lectura se fundamenta en la composición de una cruz celta con la elección al azar de diez cartas, añadiendo una carta más que es la carta testigo y que representa al consultante. Esta última carta se obtiene después de haber hecho una equivalencia entre el mapa astral del consultante y las 16 figuras de la corte. La cruz celta se ordena de la siguiente forma, de acuerdo con las siguientes directrices<sup>2</sup>:

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>1-2. Momento Actual</b>  | <b>7. Necesidad Interna</b>     |
| <b>4. Ancla</b>             | <b>5. Método</b>                |
| <b>9. Infancia</b>          | <b>6. Camino de Crecimiento</b> |
| <b>8. Relaciones</b>        | <b>3. Resultado Interno</b>     |
| <b>8. Necesidad Interna</b> | <b>10. Resultado Externo</b>    |



<sup>2</sup> O que é o Tarot Terapêutico?, <https://guiadaalma.com.br/o-que-e-tarot-terapeutico/>

## Conclusiones

Una vez hecho este breve recorrido por la historia del Tarot, tanto por su configuración adivinatoria como por la terapéutica, podemos concluir que, en este sistema, el espacio simbólico dibuja una temporalidad en donde hay un movimiento pendular entre pasado y presente, donde este último tiene el mayor peso al ser el eje actual del consultante. El Tarot, en cierto punto, se desacraliza al despojarse de su carácter original adivinatorio, que prevaleció durante mucho tiempo, exclusivo de personas elegidas portadoras de un don divino.

Actualmente, el Tarot tiene más frecuencia el vínculo del Tarot con una forma de conocimiento interior, pero no se excluye la posibilidad de una lectura adivinatoria por parte de los consultantes. Es posible que la búsqueda del autoconocimiento no esté peleada por la preocupación por el futuro. Sin embargo, la insistencia de algunos tarólogos en guiar a sus consultantes más que en el hecho de revelar una verdad o certeza nos indica que hoy en día se genera más un interés en actuar por cuenta propia y en buscar distintas vías de sanación y de resolución de los conflictos personales que constituyen el origen de la búsqueda de una lectura de cartas de Tarot. La coexistencia de diferentes tipos de terapias como flores de Bach, constelaciones familiares, reiki, sonoterapia o imanoterapia revela hasta qué punto las personas están dispuestas a emprender un camino de lo que se denomina sanación o crecimiento espiritual. En este sentido, el Tarot se ha convertido en un motor que, con un proceso simbólico, ayuda a los individuos a encontrar respuestas a múltiples interrogantes sobre la propia vida.

## Bibliografía

AMILBURU, M. (1998) “La cultura como universo simbólico en la antropología de Ernest Cassirer”. *Pensamiento*, Vol. 54, N° 209, 1998, pp. 221-244

EL MAESTRO THERION (1944). *El libro de Toth*. Madrid: Luis Carcamo.

LEVY, E. (2004). *Dogma y ritual de la alta magia*.

JODOROWSKY, A. y M. COSTA. (2004). *La vía del Tarot*. México: Grijalbo.

PLACE, R. (2005). *The Tarot: History, symbolism, and divination*. Nueva York: Jeremy P. Tarcher/Penguin.

PRAMAD, V. (2010). *Curso de Tarot: El uso terapéutico del Tarot*. México: Prana/Yug.

WIRTH, O. (1984). *Le Tarot des imagiers du Moyen Age*. París: Seuil.

# El bienestar como horizonte vital. Reflexiones en torno a los motivos para hacer yoga (Buenos Aires -Argentina)

María Mercedes Saizar <sup>1</sup>

## RESUMEN

En el contexto de la realización de una etnografía del yoga en grandes centros urbanos, hemos registrado durante los últimos años la creciente aparición de la categoría de bienestar -su búsqueda y mantenimiento- como una de las principales razones de la práctica de esta disciplina de raigambre oriental en Buenos Aires. En este sentido, el bienestar aparece asociado a las nociones de salud, espiritualidad y conexión con lo sagrado, cuerpo, cuidado y estilos de vida. A pesar de su persistencia argumentativa, los significados otorgados y las experiencias asociadas presentan diferencias y matices que deben ser considerados. Proponemos analizar la categoría de bienestar en cuanto a categoría polisémica, que reflejaría aristas de un fenómeno de aparición de paradigmas individualistas, que proponen o promulgan el imperativo de la salud y el bienestar en cuanto a responsabilidad individual.

Palabras clave: Yoga- Bienestar- Espiritualidad y salud.

## Well-being as a life horizon. Reflections on the reasons for practicing yoga (Buenos Aires, Argentina)

### ABSTRACT

In the context of conducting an ethnography of yoga in large urban centers, we have observed in recent years the growing emergence of the well-being category - its pursuit and maintenance - as one of the main reasons for the practice of this Eastern-rooted discipline in Buenos Aires, Argentina. In this regard, well-being is associated with notions of health, spirituality, connection to the sacred, body, self-care, and lifestyles. Despite its persistent argumentation, the meanings attributed to well-being and the associated experiences exhibit differences and nuances that must be considered. We propose to analyze the well-being category in terms of a polysemic category, which would reflect facets of a broader phenomenon of the emergence of individualistic paradigms that propose or advocate the imperative of health and well-being in terms of individual responsibility.

**Keywords:** Yoga- Well-being - Spirituality and Health

---

<sup>1</sup> Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Centro Argentino de Etnología Americana-Argentina, Profesora Titular en el Departamento de Folklore- Universidad Nacional de las Artes, email: mercedessaizar@conicet.gov.ar

## Introducción

La categoría de bienestar ha cobrado relevancia en el campo de las ciencias sociales en las últimas décadas, especialmente en las áreas de antropología y sociología de la salud, así como en el entrecruzamiento de ambos campos con los estudios de la religión y lo sagrado.

Si bien el concepto de bienestar estaba presente en el campo de la medicina desde 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud propuso entender la salud de la población como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948), fue durante los últimos años que la idea de bienestar ha devenido una categoría de interés para las ciencias sociales. En este sentido, los estudios que abordan los aspectos de la atención de la salud relacionados a la religión, la salud y la espiritualidad (Giumbelli y Toniol, 2017; Heelas, 2008; Krmpotic, 2016; Martins, 1999; Papalini, 2018; Papalini y Echavarría, 2016; Toniol, 2015; Turrini, 2015; Viotti, 2018, entre otros) han dado cuenta de que la categoría de bienestar se presenta como un término de utilidad que permite abordar las experiencias de los actores sociales en torno a la construcción de sus subjetividades y la agencia personal del cuidado de sí, pero también muestran la utilidad del término para comprender los motivos de elección de las prácticas terapéuticas y la relación entre éstas y la esfera de lo sagrado.

El objetivo central de este trabajo es abordar las razones para hacer yoga en Buenos Aires (Argentina) y su relación con las búsquedas de bienestar, retomando la perspectiva de los practicantes/adherentes hoy. Elegimos esta disciplina en virtud de su presencia en el país desde principios del siglo XX, su posterior masividad y popularización en nuestro país. Inscribimos el análisis en un debate sobre el surgimiento de paradigmas individualistas que —entre otras cuestiones— promulgarían el imperativo de la salud y el bienestar en términos de responsabilidad individual.

## Metodología

Los materiales originales que dan sustento a este artículo forman parte de una etnografía del yoga realizada en diferentes períodos entre el año 2002 y el presente en la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores<sup>2</sup>, en la que se abordaron

---

2 El presente artículo se inscribe en una línea de investigación más amplia que aborda los

tanto los aspectos que hacen a las características de los diversos espacios en sí -origen, propuesta y uso del espacio físico-, como a la descripción y análisis de los especialistas y usuarios -analizando trayectorias, motivaciones y reflexiones en torno a la elección de la disciplina-. En esta oportunidad, nos centramos en el análisis de los motivos para practicar yoga, así como para continuar/abandonar la práctica.

A continuación, presentaremos las principales categorías de análisis, para luego describir brevemente el yoga y su desarrollo en las sociedades occidentales y en la Argentina en particular, para luego abocarnos al análisis de las reflexiones de los practicantes y sus motivaciones para elegir esta práctica.

### **De la salud como hecho biológico al bienestar como proceso individual**

Desde mediados del siglo XX, progresivamente, la salud pasó de ser un hecho biológico, asociado a una instancia temporal definida —inicio y cese de la enfermedad—, a describirse en términos holísticos y remarcando su condición de proceso. En tanto la salud empezó a definirse como un estado permanente más que como una condición puntual, la denominación de “paciente” como aquel sujeto que de manera pasiva se presentaba frente al profesional médico para recibir un diagnóstico -y por ende una atribución etiológica de su dolencia- y una prescripción terapéutica -mayoritariamente asociada al uso de medicamentos alopáticos- dejaría de reflejar la percepción de los individuos frente a estas situaciones; impactando también en los discursos y los debates en torno a la salud y a las expectativas de bienestar. El giro de la atención hacia un ideal de salud, en el que el sujeto se transformaría en el responsable de la agencia de su propio cuidado, se pondría en evidencia en la búsqueda de bienestar individual, experimentados en un proceso de (auto)conocimiento e incorporación de prácticas de cuidado tanto corporales como psicológicos, emocionales y espirituales. En el proceso personal, buscar y mantener estados saludables, mostró una concepción del bienestar asociada más al ámbito de las obligaciones individuales y a la moral (Rose, 2012) que al devenir de la materialidad biológica. Como señalan Papalini y Echavarría (2016), *estar bien* es tanto un atributo del cuerpo como de

---

fenómenos de complementariedad terapéutica entre la biomedicina y las medicinas y terapias de raigambre oriental entre individuos de clases medias en sectores urbanos de la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, línea que forma parte de mis tareas como parte del equipo del Centro Argentino de Etnología Americana y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, instituciones a las que agradezco el soporte y el financiamiento de mis investigaciones.

la mente y el espíritu; atañe también a las relaciones sociales, la situación laboral e incluso impacta en la definición de la estética corporal.

El giro hacia lo individual se asocia al desarrollo de ciertos movimientos sociales y culturales ocurridos durante la segunda mitad del siglo XX. La New Age, en tanto movimiento social, se vería asociada a los procesos de globalización y supondría la difusión de un ideario que pregona la sacralización de la naturaleza, un self no socializado y la existencia de un locus interno de autoridad (Heelas, 2008). La sanación, expresada en lenguaje de la energía, acentuaría el carácter inmanente de lo sagrado en la interioridad y en la superación de conflictos a través de la liberación de los cuerpos (Martins, 1999); cuerpos y corporalidades que implican una idea superadora de lo biológico. En ese sentido, las expectativas de transformación y autonomía individual (Carozzi, 2001) pasarían a formar parte de las trayectorias personales y también serían motivo de adhesión a nuevas terapias.

Sumado al impacto de la new age y la globalización, el proceso de medicalización de los cuerpos aportaría nuevas aristas a la asociación entre las ideas de cuidado de la salud y responsabilidad individual. En palabras de Turrini (2015), la noción de autocuidado comenzó a percibirse en términos de imperativo moral de lo sujetos. En este marco de sentidos, el individuo dejó de considerarse solo el locus de la explicación e intervención médica, y devino en un sujeto responsable de su salud, y en ese sentido, responsable de que su estilo de vida, actitudes, emociones y conductas prevengan la enfermedad, mantener la salud y lograr el bienestar. A este ideario, Rose lo denominaría el surgimiento de una ética somática (2012). Asimismo, se produjo un cambio de perspectiva en torno a lo sagrado/espiritual, esfera que pasó a ser considerada un vector de la salud, definida en términos biomédicos (Toniol, 2015), considerada incluso como un indicador plausible de cuantificarse.

El bienestar o *wellness* se define como una propiedad de los individuos, un estado individual a alcanzar (Papalini 2018: 91), que compromete la consideración de aspectos corporales -nutrición, deporte y vida saludable- y de estados subjetivos -familia, trabajo, actividad creativa y la dimensión terapéutica-espiritual-. En este sentido, las acciones y elecciones de los individuos son centrales: qué elijo hacer para lograr el bienestar general es una decisión no ya sólo de salud en términos biológico/corporales, sino de (auto)responsabilidad y cuidado de su persona. Palabras como agencia, autocuidado y responsabilidad

individual pasarían a formar parte de los discursos institucionales y de las reflexiones de los actores sociales.

Este giro hacia lo individual se visualiza en las trayectorias de los sujetos. Desde mediados del siglo XX, la responsabilidad individual de mantenerse saludable ha implicado la existencia de procesos de búsquedas personales, en los que se eligen adoptan diferentes prácticas en función de alcanzar un horizonte de bienestar. En estos itinerarios variados y complejos, la elección de prácticas terapéuticas alternativas, como el caso del yoga, es cada vez más frecuente.

## **El yoga en la actualidad**

En el contexto de las sociedades occidentales urbanas, el estudio del yoga abarca un conjunto de prácticas diversas y en constante transformación (De Michelis, 2005 y 2009; Newcombe, 2005 y 2009; Muñoz, 2018; Muñoz y Martino, 2019; Jain, 2015; Saizar, 2009; Singleton, 2018, entre otros). La popularización de esta disciplina la ha convertido en una “actividad globalizada y convencional” (Bartos, 2021: 12), o, en palabras de Csordas (2009), en una “práctica portátil”.

De modo sintético, podemos decir que el yoga es una práctica que consiste en la ejecución de posturas corporales -asanas- acompañadas de respiración consciente, prestando tanto atención a la inhalación, como a la exhalación y al vacío que se produce entre ambas instancias (Saizar, 2009). Hay que destacar que existen múltiples formas de hacer yoga y de definir al yoga actualmente. El yoga ha adquirido una dimensión multifacética en las sociedades occidentales urbanas, lo que lo convierte en un campo de estudio complejo y en constante evolución (Bartos, 2021; Jain, 2015; Muñoz, 2018; Saizar, 2018). La diversidad de prácticas, motivaciones y enfoques abre un abanico de posibilidades para explorar cómo esta disciplina se entrelaza con diferentes aspectos de la vida contemporánea.

A continuación, analizaremos las variantes en los motivos que llevan a elegir la disciplina y el rol que cumple la búsqueda de bienestar en tales motivaciones: en algunos casos asociada a la idea de un bienestar espiritual, en otras al bienestar entendido como el estado saludable física, mental y emocional y, en otras al desarrollo de vínculos sociales o a la agencia personal como un modo de alcanzar el bienestar.

## ***Bienestar comprendido como bienestar espiritual***

A diferencia de aquellas búsquedas de principios del siglo pasado que asociaban lo espiritual con lo filosófico/cosmovisional (De Lucia 2019), hoy en día las trayectorias e intereses de los practicantes actuales reflejan interés por una espiritualidad comprendida en el marco de un estado individual más amplio, en el que se incorporan aspectos como el físico, el psíquico, el emocional e incluso sociales como los vínculos afectivos y el desarrollo laboral:

*“Porque buscaba un camino para conocerme. Intenté con varios profesores de distintas cosas, control mental, grupos de autoayuda, psicólogos, de todo un poco, pero al final me quedé acá”. (María Elena, 42 años)*

*“Empecé a hacer yoga por una búsqueda espiritual. No es lo primero que he hecho, fui a terapia, a grupos de meditación y terapia Gestalt” (Pablo, 22 años)*

Las búsquedas espirituales suelen ser el núcleo de trayectorias personales amplias, en las que el individuo gestiona su desarrollo, eligiendo o rechazando ofertas y de las que se ha enterado por personas de su entorno, por los medios de comunicación o por las redes sociales.

*“El yoga no es acrobacia, es una práctica total que necesitas involucrar todas las esferas de tu vida, lo físico, sí, obvio, pero también lo emocional y lo espiritual. Para mí es una forma de cubrir todo de manera armoniosa” (Brígida, 56 años)*

*“Espiritual para mí en el sentido que es trabajar el cuerpo, pero mucho más que hacer algo con el cuerpo y con la mente. Te ocupas de tu parte espiritual también, no como religión, sino más amplio, entiendo yo, tu conexión con lo Superior trascendente” (Joaquín, 59 años)*

Si bien la asociación espiritualidad-bienestar aparece con mayor frecuencia en los relatos que la de espiritualidad-filosofía, ésta también se registra en algunos relatos:

*“La conexión que sentís sobre el mat es lo que más me interesa...Trato de extrapolar esa conexión con lo espiritual, conectar con el Todo, volver a mi verdadero ser; mi esencia.” (Nuria, 27 años)*

Un argumento similar es aquel que refiere a las búsquedas de nuevas formas de expresión y autoconocimiento como una razón para hacer yoga:

*“...dieciséis o diecisiete años hace que hago yoga. Empecé buscando algo distinto, que no fuera sólo gimnasia. Hice hathayoga en Indra Devi muchos años, como seis, y después empecé en Dharma. Era un trabajo mucho más puntual e individualizado, eso me gustaba porque hacíamos un trabajo más focalizado, intenso... cuando Dharma cerró, me fui con Ana y acá sigo. Te diría que ahora hago un trabajo más individual todavía. Más interno, no tan corporal” (Virginia, 69 años).*

En estos casos, los usuarios refieren una intencionalidad en la práctica marcada por el interés en adquirir una nueva perspectiva vital en la que el objetivo se asocia al logro de nuevas formas de autoexpresión y conocimiento de sí como un modo de obtener el bienestar.

### ***Bienestar definido como el mantenimiento de la salud física, mental y emocional***

Al igual que otras disciplinas orientales -como el tai chi chuan o el reiki-, el yoga moderno es comprendido como un modo de acceder a estados de bienestar, contrarrestando en muchos casos los efectos asociados al estilo de vida moderno, el cansancio y stress que derivan del cumplimiento de las obligaciones laborales y familiares. La experiencia se valida con el logro de la sensación de bienestar obtenida mediante la práctica:

*“Porque me resultaba difícil trabajar manejando tanta gente...yo me contracturo enseguida, mis cervicales me pasan factura de las 12 o 14 horas que trabajo por día. Haciendo yoga, estoy desde hace cuatro años, voy dos veces por semana... relajo, estiro, silencio... y me calmo. Es la única manera que encontré de mantener el ritmo y no morir en el intento” (Rodolfo, 52 años)*

*“El yoga es una manera de hacer algo para sentirme bien, con mi cuerpo y con mi mente... Estoy jubilada, pero sigo activa. A mí me sirve para relajar y dejar la mente tranquila durante un rato” (Ana María, 72 años)*

La elección de la disciplina suele asociarse en estos casos a los beneficios obtenidos a nivel corporal, incluso emocional y mental -como aristas que, englobadas, se asocian al bienestar-, pero es poco frecuente encontrar

asociaciones con la esfera de la espiritualidad. En este sentido, en algunos casos el rechazo a toda alusión a la esfera de lo trascendente es incluso un motivo frecuente de reflexión:

*“Te digo que cuando la profesora empieza a hablar de reencarnación, karma, trascender, bla bla, cierro los ojos y pienso en otra cosa. Yo no quiero ser hindú, sólo quiero sentirme mejor de mi columna” (Susana, 68 años)*

Otras personas iniciaron la práctica del yoga buscando respuestas específicas a problemas de salud, generalmente de orden físico y asociado a malestares del sistema óseo o circulatorio. En general, estos usuarios se mantienen comprometidos con la disciplina por los beneficios generales que se les han encontrado, asociados a la salud física en un sentido material/biológico —mayor flexibilidad y equilibrio, fortaleza del sistema musculoesquelético, mejora de la capacidad pulmonar, etc.—.

*“Tenía problemas de insomnio crónico y no le encontraba la vuelta. Odio empastillarme y no quería tomar ansiolíticos, no creo en la alopatía. Creo en hacerme cargo, mirar hacia adentro y enfrentar. Así que hice yoga por eso al principio, me sirvió mucho, y seguí haciendo para mantenerme en eje y porque me cambió la vida, salgo de ahí y por un rato soy solo yo sin el peso de los problemas” (Susana, 38 años)*

Aunque la idea de bienestar parece asociada a una cuestión material por la importancia atribuida a los efectos de determinados sistemas biológicos, hay que destacar que hay un rechazo hacia los tratamientos de índole alopático, tradicionalmente asociados a las prescripciones biomédicas frente a la dolencia. En este sentido, si bien la etiología del malestar puede aparecer asociada a las dolencias del cuerpo y por ende a las aristas biológicas, el tratamiento eficiente se asocia a una práctica holística que, mediante su constancia en el tiempo, permite abordar su afrontamiento. En este sentido, la desaparición del malestar se presenta como un argumento de validación, que reafirma la elección de la disciplina y sostiene la decisión de continuar con su práctica.

### ***Bienestar como vinculación social y pertenencia***

Durante los últimos veinte años se ha incrementado notoriamente la incorporación de prácticas orientales en contextos institucionales biomédicos, a través de la oferta de talleres de promoción de salud y bienestar en hospitales

públicos y gratuitos de Buenos Aires (Bordes, 2020; Bordes y Saizar, 2018; Saizar y Korman, 2012). La razón de asistencia a estos espacios suele ser la derivación para la (re)vinculación social de los pacientes y el manejo de estados de stress o de procesos de pérdida y duelo, como ha sido notado por Chesir et al (2022) para el caso de Inglaterra y por nosotros para el caso de Argentina (Saizar y Korman, 2012). Un asistente a uno de los talleres de yoga en un Hospital General nos decía:

*“Desde que enviudé, ahí empecé...el día se me hacía eterno y no encontraba una actividad que me hiciera sentir menos solo... Fui al médico y me dijo que estaba un poco deprimido, me recomendó que fuera a probar qué me parecía un taller de yoga que dan ahí mismo en el hospital a la mañana. Va mucha gente, señoras y viejos como yo, es un lindo grupo y nos acompañamos” (Víctor, 79 años)*

La valoración de la práctica —en este caso el yoga— se asocia con la adquisición de nueva rutina en ausencia de laboral, así como la creación de un sentido de comunidad y pertenencia a un grupo más que a la práctica en sí misma, que, aunque se aprecia positivamente, no es elegida por sus características diferenciales.

*“Toda mi vida trabajé, desde maestra de jardín de infantes a directora, hice toda la carrera. Y un día te jubilan y ya no tenes qué hacer... Empecé haciendo los cursos del centro de jubilados, cocina, crucigramas, hasta bordé manteles. Cuando empezó yoga me anoté y la verdad es que me encanta. El grupo es precioso y la profesora es un amor”. (Stella, 68 años, Centro de Jubilados)*

En casos como este, también se refiere la experiencia de la práctica como un modo de aprender el manejo del stress de la vida cotidiana y el logro de nuevos vínculos sociales, sobre todo en situaciones de duelo, el cese de la vida laboralmente activa y la pérdida del núcleo familiar. Entre todas las actividades terapéuticas posibles de ser realizadas en estos contextos, el yoga es fácilmente prescriptible en virtud de su naturaleza social y su grado de conocimiento social, que la hacen aceptable para públicos diversos.

### ***Bienestar como resultado de la agencia individual***

Crawford (1980) señaló que la preocupación por la salud es el foco más importante para la definición y el logro del bienestar. Se trata, dice el autor, de un objetivo individual pero compartido culturalmente, que se logra a través ciertas modificaciones en los estilos de vida, que puede o no implicar la asistencia a un

especialista en búsqueda de ayuda terapéutica. La responsabilidad última recae en el individuo, y es él/ella quien debe dar cuentas frente a los otros de su propio bienestar/malestar. En el caso de algunos practicantes del yoga entrevistados, se menciona la búsqueda de bienestar en términos de responsabilidad individual:

*“Todos somos responsables de nuestro propio bienestar...y nuestro malestar también. “Hacerse cargo de uno mismo”, es eso si lo analizas, es cargarse a uno mismo sobre los hombros y ocuparse, una gran tarea, de toda la vida, pero es lo que hay que hacer” (Mariela, 34 años)*

La gestión del bienestar se presenta como una acción individual persistente en el tiempo, que asociada a la noción de autocuidado implica una serie de conductas que, más allá de su variabilidad, coinciden en la necesidad de su transformación en hábito cotidiano:

*“Creo que la idea siempre fue hacer algo que me mantenga en forma, pero no sólo el cuerpo, para eso camino todos los días una hora...hablo de algo que cubra mi lado espiritual, mis emociones, y a través de trabajarlas entonces, el cuerpo se acomoda solo.” (Adriana, 53 años)*

Cuidar(se) se asocia no sólo con la atención al cuidado del cuerpo en su materialidad, sino que también implica llevar adelante acciones que se asocian con el cuidado de las emociones y la esfera de la espiritualidad. Las emociones, al igual que los pensamientos, se conciben disparadoras de enfermedad o dolencias cuando no son atendidas. En cierto sentido, podría decirse que las emociones cobran materialidad cuando se menciona su capacidad de “estancarse”, “liberarse”, “atravesarlas”. Por ello, la búsqueda de bienestar involucra la atención a todos los planos y no sólo al corporal-biológico.

*“Voy y vuelvo en los años, con la práctica. No es barato, y no siempre puedo pagármelo. Pero te digo que lo extraño horrores cuando no voy. Me gusta porque siento que me ocupo de mí, me escucho, me silencio también, jajaj.... después de la clase vuelvo en eje, es impresionante”. (Magdalena, 43 años)*

En tanto el bienestar es una condición a alcanzar (Papalini y Echavarría, 2016) que requiere del cumplimiento de múltiples acciones que involucran variadas esferas de la vida, el foco del proceso está puesto en el bienestar personal y para ello se debe desarrollar el potencial propio; tarea que es responsabilidad de cada uno:

*“Mi idea es construir y mantener un camino de cuidado y de crecimiento personal. Hice muchas cosas y probé de todo lo que me recomendaron. En este momento, voy a un médico homeópata, voy a yoga tres veces por semana y estoy en un grupo de terapia de regresión... Hago lo que me hace bien, sentirme bien y sentir que crezco y no me estanco” (Adriana, 42 años).*

La elección del yoga no ocurre fuera del ámbito de otras elecciones que tienden también a la comprensión de la salud en un sentido holístico, y en ese sentido, suele presentarse en el contexto de otras opciones terapéuticas similares. La idea de camino como alusión al proceso de búsqueda de bienestar se asocia a la posibilidad de gestionar el crecimiento personal; camino en el que el cuerpo anatómico se transforma en un vehículo o un medio de acceso que posibilita la agencia del sujeto en el camino a su bienestar (Ben Hamed 2021). La agencia personal del bienestar aparece en algunos casos asociada a la autogestión de la práctica:

*“En plena pandemia, con el encierro... (una amiga) me contó que se había suscripto a Gaia... así me decidí probar. Hice clases de yoga, las de 45 minutos, en casa, te diría que casi todos los días que duró el encierro. Ahora sigo, ya no tanto, pero me gusta hacer la corta de 10 minutos, a veces lo hago sola y a veces me acompañan mi hija y hasta el gato...Lo sostengo en el tiempo porque me hace bien, antes con el encierro y ahora con las complicaciones del afuera” (Miranda, 38 años)*

Durante la crisis sanitaria por el COVID-19 la práctica del yoga fue recomendada por organismos internacionales como la WHO y por profesionales de la salud pública como una práctica de autoatención para mitigar los efectos en la salud mental de las medidas de confinamiento prolongadas entre 2020 y 2021. Las acotadas condiciones de movilidad asociadas al encierro social preventivo y obligatorio que en nuestro país duró casi dos años, impedían la asistencia a espacios de encuentro con otros, tanto en centros comerciales, como en centros educativos, instituciones públicas y hasta centros de yoga. Impedidos de asistir a sus clases, muchos practicantes habituales eligieron la modalidad virtual como una forma de mantener la rutina de práctica. En ese sentido, registramos que muchos de los centros tradicionales ofertaron a sus grupos -previamente formados- la posibilidad de hacer la clase online, por plataformas como Zoom o Meet. Esta modalidad ofertada por centros presenciales finalizó una vez reestablecidos los permisos de libre circulación. Por otro lado, durante la pandemia las modalidades

de streaming como Gaia -preexistentes a la pandemia de COVID-19- cobraron visibilidad pública al permitir llevar adelante la práctica más allá de las condiciones de encierro. D'Angelo(2021) analiza la presentación del yoga como una “nueva tendencia” en el imaginario mediático nacional y su presentación como la respuesta de los sectores sociales más favorecidos a sus malestares, mostrando la presencia y actualidad de la disciplina en su asociación con el campo de la salud y el bienestar durante la pandemia del COVID-19.

Esta modalidad autogestiva incluye la asistencia a espacios de práctica, pero también la modalidad hogareña, en soledad o en compañía de familiares convivientes (Bird 2021). La compañía de otros practicantes es bienvenida pero no considerada esencial; el fin es la propia introspección como un medio para alcanzar un estado general que impacte positivamente en la vida cotidiana. Cada practicante puede decidir cuál será la duración de la clase, el tiempo que le dedicará a la meditación y a las posturas y cómo se organizará el espacio físico donde se realice. En ese proceso la agencia del propio bienestar se visualiza en múltiples aspectos que hacen a la práctica (espacio físico, instructor, duración de la clase, posturas elegidas, etc.).

## **A modo de conclusión**

En un movimiento similar al de otros países de la región, el yoga ingresó en nuestro país a principios del siglo XX como interés de las elites intelectuales y económicas y devino, durante más de cien años de presencia, en una práctica masiva y popular entre las clases medias urbanas. Este fenómeno debe comprenderse en el marco de una serie de cambios culturales, entre ellos, aquel que refiere a la emergencia de un paradigma de responsabilidad individual en el cuidado de la salud, que implicó el traspaso de la responsabilidad por la salud desde la esfera pública a la esfera individual; modificando la manera en que se construye/n la/s subjetividad/es. En ese marco, el proceso de medicalización de la vida cotidiana superó con creces las prescripciones específicas sobre el modo de cuidar el cuerpo físico, propias de la lógica biomédica, e integró, paulatinamente, las esferas de las emociones, los pensamientos y la vida espiritual como áreas de gestión y responsabilidad individual. Desde esta perspectiva, “estar bien de salud” es tanto un horizonte de lo material como de lo trascendente. En el relato de los usuarios se registran interpretaciones de la experiencia que abrazan lo sagrado y lo trascendental al tiempo que valoran lo físico, psíquico y emocional.

El vector común que pareciera cohesionar las distintas razones para hacer yoga es la emergencia de una agencia de gestión del cuidado de sí y de construcción de una manera de estar/ser en el mundo, en la que el sujeto cobra centralidad en la toma de decisiones respecto a qué prácticas elegir, en cuáles persistir o abandonar, y de qué manera combinarlas. Esa misma agencia se renueva en la evaluación permanente de la práctica, validada cuando responde a los objetivos centrales de la búsqueda y reemplazada o rechazada cuando no. La elección del yoga moderno en virtud de los beneficios asociados con alguna de las prácticas que implica -posturas corporales, meditación, respiración-, se sostiene mientras exista una valoración de los efectos positivos, construyendo un tipo de adherencia débil, que puede trasladarse a otra práctica similar en cualquier instancia.

En los argumentos para hacer yoga, más allá de las diferencias señaladas en el artículo, la mención generalizada de una búsqueda de bienestar permite comprender que la categoría admite diversidad de atribuciones: físicas, mentales, emocionales, espirituales, vinculares o todas juntas; por otro, que lograr un estado deseable de existencia, un horizonte vital de bienestar es una tarea cotidiana que se constituye en una responsabilidad del sujeto.

## Bibliografía

BARTOS, H. K. (2021) *Modern Transnational Yoga: The Transmission of Posture Practice*. London: Taylor & Francis Group, Routledge.

BEN HAMED, M. (2021) "Healing myths, yoga styles and social bodies: sociologies of yoga as health practice in the socially stratified city of Marseille, France." *Anthropology & Medicine* 28, n° 3: 374-94. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1949963>

BIRD, T. (2021) "Being alone together: yoga, bodywork, and intimate sociality in American households." *Anthropology & Medicine* 28, N.º 3: 395-410. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1949960>

BORDES, M. (2020) "Lo importante es mantener el espacio": estrategias de inserción y permanencia de terapeutas no convencionales en hospitales, *Desacatos. Revista De Ciencias Sociales*, 63, pp. 28-43.

BORDES, M. y SAIZAR, M. (2018) De esto mejor ni hablar: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y Religión*, Vol. 28 (50) pp.161-182.

CAROZZI, M. J. (2001) *Nueva era y terapias alternativas: construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina.

CHESIR, A. , RICHARDS, R. y CARTWRIGHT, T. (2022) “Joining a group was inspiring: a qualitative study of service user’s experience of yoga on social prescription.” *BMC Complementary Medicine and Therapies* 22, nº 67:1-15.

CRAWFORD, R. (1980) “Healthism and the medicalization of everyday life.” *International Journal of Health Services Volume* 10, nº 3: 365-88.

CSORDAS, T. (2009) “Modalities of Transnational Transcendence. Introduction.” In *Transnational Transcendence. Essays on Religion and Globalization*, edited by Thomas Csordas, 1–29. Berkeley: University of California Press.

D’ANGELO, A. (2021) “Practicar yoga, mucho yoga: autoatención de aflicciones durante la crisis por COVID-19.” *Aiken, Revista de Ciencias Sociales y de la Salud* 1, Nº 2: 31-45.

DE LUCÍA, D. O. (2019) “La India en la Argentina. Imaginarios, capitales intelectuales y debates (1948-1976).” *Pacarina del Sur* (en línea) año 10, Nº 9, april-june.

De MICHELIS, E. (2005) *A History of Modern Yoga*. Londres: Continuum International Publishing Group.

————— (2009) “Modern Yoga. History and Forms.” En *Yoga in the modern world: Contemporary Perspectives*, editado por Byrne, Jean & Mark Singleton. London: Routledge.

GIUMBELLI, E. y TONIOL, R. (2017) What is spirituality for? New relations between religion, health, and public spaces. En: Blanes, R., J. Mapril & E. Giumbelli (orgs). *Secularisms in a Postsecular Age? Religiosities and Subjectivities in Comparative Perspective*, Palgrave McMillan, pp. 147-167.

HEELAS, P. (2008) *Spiritualities of Life: New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*. Wiley Blackwell.

JAIN, A. (2015) *Selling Yoga: from counterculture to pop culture*. Nueva York: Oxford University Press.

KRMPOTIC, C. S. (2016) “La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. Exploraciones conceptuales de una investigación en curso”. *Scripta Ethnologica*, XXXVIII, pp.105-120.

MARTINS, P. H. (1999) “As terapias alternativas e a libertação dos corpos”. En *A Nova Era no Mercosul*, edited by María Julia Carozzi. Petrópolis: Vozes: 80-105.

MUÑOZ, A. (2018) “Yoga”. En *Diccionario de religiones en América Latina*, editado por Roberto Blancarte. México: El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica: 669-676.

————— (2021) “Yoga in Latin America. A critical overview.” En *Routledge Handbook of Yoga and Meditation Studies*, editado por Suzanne Newcombe y Karen O’Brien-Kop. Routledge: Londres y Nueva York: 335-349.

MUÑOZ, A. y MARTINO, G. (2019) *Historia mínima del Yoga*. México: El Colegio de México.

NEWCOMBE, S. (2005) “Spirituality and ‘Mystical Religion’ in Contemporary Society: A Case Study of British Practitioners of the Iyengar Method of Yoga.” *Journal of Contemporary Religion* 20, N° 3: 305-322. <https://doi.org/10.1080/13537900500249806>

————— (2009) “The development of Modern Yoga. A survey of the field.” *Religion Compass* 3, n° 6. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8171.2009.00171.x>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)

PAPALINI, V. (2018) “De la máquina perfecta al empleado amigable. Transformaciones en los discursos sobre el sujeto que trabaja.” En *Procesos de Subjetivación y control. Una mirada crítica a discursos del disciplinamiento*,

editado por Elvira Narvaja de Arnoux, Vanina Papalini and Isabel Gutiérrez Giraldo. Colombia: Universidad del Valle editora: 77-98.

PAPALINI, V. y ECHAVARRÍA, C. (2016) Los significados contrapuestos del bienestar: de la felicidad al wellness. *Revista Ensamblés* 3 n° 4/5: 33-53.

ROSE, N. (2012) *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.

SAIZAR, M. (2009) *De Krishna a Chopra. Filosofías y Prácticas del Yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia.

————— (2018) Between tradition and change: appropriation dynamics and integration processes of Hinduism in Argentina. *International Journal of Latin American Religions* 2, n°2. <https://doi.org/10.1007/s41603-018-0042-9>

SAIZAR, M. y BORDES, M. (2019) Terapias no-convencionales en contextos hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires. Un estudio exploratorio de las motivaciones de especialistas alternativos y biomédicos. *Saúde & Transformação SocialHealth & Social Change* 10, n°1-2-3: 34-43.

SAIZAR, M. y KORMAN, G. (2012) Interactions Between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. *Sage Open*. July.

TONIOL, R. (2015) Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, Políticas Públicas e Práticas Clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde, *Sociedad y Religión*, 43 (25).

TURNER, B. S. (1995) *Medical Power and Social Knowledge*. University Of New York

TURRINI, M. (2015) A genealogy of “healthism”: Healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control. *Eä Journal*, vol. 7 N° 1.

VIOTTI, N. (2018) Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar. *Salud Colectiva* [online]. 2018, v. 14, n. 2 pp. 241-256.

# **“Espacio de bienestar” y “Encuentros saludables”: experiencias de inserción de yoga en hospitales públicos de Córdoba**

Juliana Sol Gelerstein Moreyra <sup>1</sup>

## **RESUMEN**

A pesar de la falta de legislación sobre las medicinas alternativas y complementarias en Argentina, su uso está cada vez más extendido, tal como lo documentan distintas investigaciones que abordan la temática. La expansión de su uso se constata inclusive en su presencia en instituciones de salud, introduciendo prácticas y discursos sobre los cuidados y el bienestar, que difieren del paradigma biomédico. Esto ha sido investigado sobre todo en la ciudad de Buenos Aires, no así en la ciudad de Córdoba, donde se sitúa el presente trabajo. En este artículo indagamos sobre la incipiente incorporación de terapias no biomédicas en el sistema formal de salud de la ciudad de Córdoba, centrándonos en la práctica de yoga en dos hospitales públicos. Indagamos sobre las modalidades de inserción de esta terapia y los vínculos que se entretienen con las especialidades biomédicas, que posibilitan su permanencia en los hospitales, caracterizadas por una marginalidad que, a la vez que otorga un lugar subordinado a estas prácticas, también posibilita ciertas libertades, que aquí son exploradas.

Palabras clave: yoga, hospital, Córdoba, terapias alternativas, márgenes

## **“Well-being space” and “Healthy encounters”: yoga insertion experiences in public hospitals in Córdoba**

### **ABSTRACT**

Despite the lack of legislation on alternative and complementary medicines in Argentina, their use is increasingly widespread, as documented by various research that addresses the topic. The expansion of its use is confirmed even in its presence in health institutions, introducing practices and discourses on care and well-being, which differ from the biomedical paradigm. This has been investigated especially in the city of Buenos Aires, but not in the city of Córdoba, where this work is located. In this article we investigate the incipient incorporation of non-biomedical therapies in the formal health system of the city of Córdoba, focusing on the practice of yoga in two public hospitals. We investigate the modalities of insertion of this therapy and the links that are interwoven with biomedical specialties, which enable its permanence in hospitals, characterized by a marginality that, while granting a subordinate place to these practices, also enables certain freedoms, which are explored here.

**Keywords:** yoga, hospital, Córdoba, alternative therapies, margins

1 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Córdoba -CIECS, Argentina, email: juli.gelerstein@gmail.com

## Introducción

Las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias son un campo en creciente expansión, así como los estudios que las abordan (Bordes y Saizar, 2018; Freidin y Abrutzky, 2011; Idoyaga Molina, 2005; Krmpotic y Saizar, 2016; Menéndez, 2003; Saizar, Bordes y Sarudiansky, 2011). Su reconocimiento es institucional, como la Organización Mundial de la Salud, que, como estrategia para la Medicina Tradicional para el período 2014-2023, insta a los Estados miembros a establecer políticas para su reconocimiento, regulación e integración en los sistemas nacionales de salud (OMS, 2013).

No obstante, a diferencia de varios países desarrollados, en los países de la región son excepcionales los casos en los que han desarrollado políticas nacionales en la materia. En Argentina, esta creciente legitimación social no se corresponde con el reconocimiento legal ni con la creación de organismos especializados<sup>2</sup>, salvo excepciones, como es el caso de la acupuntura, tema explorado por Freidin y Abrutzky (2011).

Desde las humanidades y las ciencias sociales son variadas las clasificaciones que los autores han realizado sobre los distintos sistemas médicos. Recuperamos la propuesta de Idoyaga Molina (2005), quien propone la siguiente clasificación para abordar el pluralismo de sistemas médicos coexistentes en Argentina: biomedicina, medicinas tradicionales, medicinas religiosas, medicinas alternativas y tratamientos de legos. Si bien encontramos debates sobre las dificultades y las diferencias en las maneras de clasificar y definir las distintas medicinas y terapias, tal como muestra el trabajo de Freidin y Ballesteros (2011), consideramos que la propuesta de Idoyaga Molina posibilita dar cuenta de la complejidad de aspectos que inciden en los procesos de selección y combinación terapéutica, más allá de que las categorías presentes en su clasificación puedan presentar vasos comunicantes entre sí.

Respecto a las categorías de “medicina” y “terapia”, Krmpotic y Saizar (2016) señalan que con ‘terapias’ se hace referencia a prácticas específicas,

---

<sup>2</sup> La falta de voluntad política para regularlas, hasta el momento, se pone en evidencia con la presentación en 2018 y en 2020, de un proyecto de ley sobre Medicina Tradicional y Complementaria (N° de expediente S-427/2018 y S-0390/2020, respectivamente), que en ambas ocasiones perdió estado parlamentario al no ser tratado, así como con el actual proyecto presentado a principios del año pasado (N° de expediente S-0415/2022), que continúa en la cámara de origen, por lo que aún no ha sido tratado.

que no se inscriben necesariamente dentro del conjunto de conceptos, procedimientos y recursos que hacen a un sistema médico.

Con base a lo anteriormente dicho, en este trabajo nos ocuparemos de las medicinas y terapias alternativas y complementarias (MAC, para simplificar), para referirnos a las prácticas terapéuticas no biomédicas, que no son originarias de Argentina y Latinoamérica, y que, a la vez, suelen ser utilizadas en combinación con otras medicinas y terapias, incluso en un mismo episodio de enfermedad, dentro de la llamada complementariedad terapéutica (Idoyaga Molina, 2005; Saizar, 2016).

Más allá de las especificidades de las prácticas terapéuticas que conformarían este campo, el abordaje holístico de la salud se constituiría como término síntesis de su definición, operando como principio clave (Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez, 2013; Idoyaga Molina, 2005; Saizar, 2019; Toniol, 2017), así como las ideas de energía, que son centrales para entender las teorías etiológicas de la enfermedad y los significados de los tratamientos terapéuticos (Idoyaga Molina, 2005). Dentro de esta visión holística, se considera la espiritualidad como variable de la salud necesaria a considerar. Toniol (2017) plantea que la espiritualidad -categoría cuya utilización contemporánea se ha expandido hacia amplios sectores- se configura tanto como término que alude a una modalidad de relación con lo sagrado establecida a partir de contornos desinstitucionalizados y subjetivos, como una categoría de reciente adopción por parte de la biomedicina, como variable no biológica que incide en las condiciones de salud y bienestar.

Diversos autores vinculan la proliferación de las MAC en occidente con el fenómeno de la nueva era, cuyo origen se puede rastrear en la contracultura de la década de 1960 en Estados Unidos (Carozzi, 2000; Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez, 2013; Idoyaga Molina, 2005; Semán y Viotti, 2015). Su expansión actual (caracterizada frecuentemente por sus costos elevados, ofertadas en el medio urbano y con usuarios de sectores medios y altos), así como de una espiritualidad contemporánea estilo nueva era representa, para Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez (2013), la convergencia de las esferas de la salud y la espiritualidad, constituyendo lo que llaman -retomando la propuesta de Heelas y Woodhead (2008)- el “ambiente holístico”.

Los resultados de la encuesta de 2022 del P-UE del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, que indagó sobre

prácticas de salud y creencias en Córdoba, muestran que más de un cuarto de la población recurre a las MAC frente a un problema de salud. De las MAC, el yoga y la meditación son las más difundidas y aceptadas, aunque son opciones frecuentes, también, el reiki, la homeopatía, la osteopatía y acupuntura. Esto coincide con lo observado hasta ahora también en las instituciones de salud: en hospitales y clínicas de la ciudad de Córdoba en donde se han incorporado terapias no biomédicas, encontramos la presencia de yoga, meditación y reiki.

En el presente trabajo nos centraremos en la oferta de la práctica de yoga en dos hospitales públicos de la ciudad de Córdoba: en un caso, se trata de un hospital general de agudos, del segundo nivel de atención y de administración pública nacional. La práctica de yoga se encuentra dentro de la oferta de talleres dependientes del Servicio de Medicina Familiar, bajo el nombre de “Encuentros saludables”. En el otro caso, se trata de un hospital especializado en oncología, de administración pública provincial. La práctica de yoga se encuentra dentro de la oferta de talleres dependientes del Servicio de Salud Mental, bajo el nombre de “Espacio de bienestar: actividades para el cuerpo y el alma”.

En este marco, en el presente trabajo exploramos las modalidades de inserción de esta terapia en las instituciones mencionadas y los vínculos que se entretienen con las especialidades biomédicas, para comprender de qué modo(s) una práctica terapéutica alternativa, perteneciente a un sistema médico diferente al de la biomedicina, se incorpora y se sostiene en estos hospitales, caracterizadas por una marginalidad que, a la vez que les otorga un lugar subordinado, también posibilita ciertas libertades de acción práctica y discursiva en torno a la salud y el bienestar.

## **Metodología**

Para el análisis recuperamos las entrevistas en profundidad, las conversaciones informales y la observación participante realizadas en el marco del trabajo de campo, que forma parte de una investigación doctoral en curso. Estos materiales fueron documentados en forma escrita (notas de campo) y audiovisual (grabación de audios, videos y fotos en el dispositivo telefónico), previo acuerdo y consentimiento informado de las personas involucradas.

El abordaje de este trabajo parte de un enfoque etnográfico, esto es, una práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los “nativos”, atendiendo a los términos en los que las propias personas caracterizan sus acciones (Guber, 2005). De este modo, la etnografía permite dotar de contenido categorías conceptuales, sin volverlas nociones estáticas que rectifican complejos procesos sociales, ya que les concede múltiples sentidos, resultado del análisis detallado de sus usos por parte de actores socialmente situados.

### **Antecedentes de investigación**

El proceso de salud/enfermedad/atención constituye un universal, dentro del cual se construyen las causales de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Dicho proceso “supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar, y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencias generadas por los daños a la salud” (Menéndez, 1994:72). Esto implica reconocerlo como hecho técnico y social, ya que se aplica a sujetos y grupos, entrando en relación con sus propias representaciones y prácticas sociales.

A partir de una propuesta relacional, Menéndez llama la atención sobre cómo el proceso s/e/a se desenvuelve dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad. En el contexto argentino la biomedicina aparece como única práctica médica autorizada por el Estado nacional, heredera del proyecto positivista, para la cual la alteración tiene su cimiento en el plano biológico y material del cuerpo doliente (Ceriani Cernadas, 2006). Esa noción de cuerpo deriva del paradigma cartesiano que instala la dualidad mente/cuerpo, en donde la mente tendría una supremacía sobre el cuerpo y las emociones (Le Breton, 1995 [1990]).

Menéndez (2003) caracteriza al Modelo Médico Hegemónico (MMH), apuntando al biologicismo como su rasgo central. La praxis del modelo biomédico predominante sienta sus bases en la patología orgánica individual, en la etiología fisiológica unicausal y en terapias que actúan por la contra (Laplantine, 1999). En el marco de la hegemonía de la biomedicina, los estudios tanto extranjeros (Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez, 2013; Fadlon, 2005; Good, 2003[1994]; Laplantine, 1999; Menéndez, 2003; Toniol, 2015 y 2017) como nacionales (D’Angelo, 2013; Idoyaga Molina, 2005; Idoyaga Molina y Luxardo, 2005;

Saizar, 2008; Krmpotic y Saizar, 2016) documentan el pluralismo médico (la oferta variada de posibilidades médicas y terapéuticas en una sociedad) y la complementariedad terapéutica (la combinación de medicinas y prácticas terapéuticas) (Saizar, 2016). Inclusive, son cada vez más las experiencias de incorporación de prácticas terapéuticas no biomédicas al sistema formal de salud en Argentina que se conocen y se estudian, a pesar de la falta de legislación nacional al respecto (Bordes, 2020; Bordes y Saizar, 2018; Freidin y Abrutzky, 2011; Heredia, 2020; Saizar, 2019; Saizar, Bordes y Sarudiansky, 2011). Respecto a esto último, los estudios que se han llevado adelante en Argentina sobre la inserción de terapias no convencionales dentro del sistema formal de salud, se distancian de la mirada que sitúa a la institución hospitalaria como un territorio exclusivamente biomédico, para pasar a interpretarla como un espacio complejo, de márgenes porosos, en el que una diversidad de fenómenos, agencias y agentes se encuentran en permanente tensión y redefinición (Bordes, 2020; Bordes y Saizar, 2018; Saizar, 2019; Saizar, Bordes y Sarudiansky, 2011).

Estos análisis coinciden en poner de manifiesto las tensiones y negociaciones que se producen al incorporar a las MAC en contextos biomédicos. Entre ellos, el trabajo de Saizar y Bordes (2018) profundiza sobre las estrategias de gestión de lo religioso/sagrado desplegadas por reflexólogos y reikistas, a partir de omisiones y reformulaciones, en pos de evitar conflictos emergentes o potenciales con el campo de la biomedicina. Más recientemente, Bordes (2020) indaga sobre las prácticas de construcción de vínculos, de comportamiento mimético y de apropiación del espacio, llevadas a cabo por terapeutas alternativos, para estabilizar su inserción y permanencia dentro de la estructura hospitalaria.

Estos trabajos, centrados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, constituyen antecedentes teórico-conceptuales centrales para el presente trabajo, en pos de explorar qué sucede al respecto en la ciudad de Córdoba.

## **Yoga en los hospitales**

En los casos que aquí se analizan, la modalidad de inserción de prácticas terapéuticas alternativas, específicamente, yoga y meditación<sup>3</sup>, se da de manera similar en ambas instituciones de salud: en el marco de talleres, gratuitos, como una opción extra a la oferta médica del hospital.

---

3 Si bien en ambos espacios también se practicaba la meditación, ésta formaba parte de la práctica misma del yoga, por lo que nombraremos solamente ésta última.

En el caso del hospital general, la apertura de los talleres se dio en el año 2013, coordinados por el Servicio de Medicina Familiar, en la búsqueda de *trabajar más en las comunidades y fortalecer las redes, en espacios más recreativos, vinculados al placer y al bienestar*, tal como mencionaba la jefa del servicio. Así fue que, con la autorización de las autoridades del hospital, comenzaron a ofrecer inicialmente talleres de yoga y de mandalas y posteriormente se sumaron otras actividades como teatro, tejido, caminatas, folklore, zumba y cocina, algunas de las cuales se sostuvieron en el tiempo y otras se interrumpieron. Las clases de yoga son dictadas por la jefa del Servicio de Medicina Familiar<sup>4</sup>, en compañía de otra médica del mismo servicio, como actividad complementaria a su trabajo habitual. La mayoría de las personas que asisten son pacientes del Servicio de Medicina Familiar o de otros Servicios del hospital, pero también participan personas de la comunidad en general.

En el caso del hospital especializado en oncología, se ofrecen clases de yoga desde el año 2018, entre otros talleres coordinados por el Servicio de Salud Mental, que incluye, además, baile, arte y psicoterapia grupal. Desde el año 2009 el Servicio de Salud Mental del hospital comenzó a ofrecer talleres grupales psico-educativos, orientados a acompañar a pacientes de cáncer, así como a sus familiares y allegados. Luego estos talleres se orientaron exclusivamente a pacientes oncológicos, con una dinámica de psicoterapia grupal, y, finalmente, desde el año 2018, se incorporaron las clases de yoga, de baile y de arte, a partir de la iniciativa de las mismas profesoras, que realizan las actividades de manera gratuita y voluntaria. En el caso del yoga, la terapeuta que lo ofrece atravesó la enfermedad de cáncer, y, luego de recuperarse, sintió que debía *devolver a la vida lo que le dió*, a partir del aprendizaje que había incorporado del hinduismo, el yoga y la meditación. Eso fue lo que la motivó a buscar un hospital donde ofrecer yoga, para que otras personas pudieran incorporarlo como herramienta de sanación, igual que ella. Las personas que asisten a estos talleres son pacientes oncológicos (tanto con tratamiento en curso, como ya recuperados), la mayoría de ese mismo hospital, pero también de otras clínicas y hospitales.

Podemos observar, en primera instancia, que en ambos casos la práctica de yoga se incorpora de la mano de lo que Bordes menciona los servicios hospitalarios más “blandos”: “aquellos en los que la cura en términos estrictos

---

<sup>4</sup> La jefa del Servicio de Medicina Familiar, formada en Medicina en la Universidad Nacional de Córdoba, hacía clases de yoga desde que era joven. Luego se formó en un Instructorado de Yoga. Explicaba que el yoga le *cambió la vida*, porque se pudo *conectar con ella misma y con lo trascendente*. Mencionó, además, estar interesada en el *chamanismo* y en la *medicina vibracional*.

no constituye el principal objetivo” (2020: 40). La autora señala que se trata de servicios en los que la búsqueda de la calidad de vida y la atención del paciente se ubican en un lugar prioritario.

En este sentido, la jefa del Servicio de Medicina Familiar y terapeuta en yoga mencionaba que la Medicina Familiar es disruptiva en el hospital, por la mirada integral sobre la persona y su ambiente y al paradigma de la determinación social de la salud desde la que trabajan, vinculado a la salud colectiva.

Sobre el cáncer en particular, distintos estudios han señalado cómo el uso de MAC adquiere notoriedad dentro de lo que Laplantine (1999) denomina las “nuevas enfermedades”, esto es, aquellas dolencias que no responden al paradigma de las infectocontagiosas (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005; Laplantine, 1999). En esta misma línea lo planteaba la jefa del Servicio de Salud Mental:

*El proceso oncológico es un proceso muy complejo, en donde desde que te dan el diagnóstico te dan como la certeza de que sos finito y que podés morirte, las personas a lo primero que recurren es a la cuestión espiritual. [...] En psico-oncología se da apertura a todo lo complementario, porque todo lo que al paciente lo pueda ayudar, en esta enfermedad tan compleja, bienvenido sea. Por supuesto que no sea justamente iatrogénico, que no sea algo ni que se inyecte, ni que se contamine, ni que sea una práctica que desarme al paciente psíquicamente.*

El nombre mismo de los talleres en los que se enmarca la práctica de estas terapias - “Encuentros saludables” y “Espacio de bienestar-, da pistas de cómo apuntan a la búsqueda de condiciones de vida asociadas a un bienestar más general, que excede una patología en particular. La antropología y sociología médicas han problematizado de manera extensa cómo, frente a un paradigma biomédico en el que se forman profesionales de la salud cada vez más hiperespecializados, la perspectiva holística que se propone desde las MAC implica abordar de manera integral las dimensiones humanas, otorgando especial atención a las emociones, a la historia personal, a la experiencia subjetiva y a la espiritualidad. Dentro de esta perspectiva se sostiene una idea de persona en la que el equilibrio y el desequilibrio cumplen un rol fundamental tanto en la etiología de la enfermedad como en el restablecimiento de la salud, en donde el bloqueo o la correcta circulación de la energía ocupa un lugar. Es así que estas terapias se orientan en gran medida a restablecer dicho flujo energético, de manera que su estancamiento no contribuya al origen de malestares o enfermedades<sup>5</sup>.

---

5 Respecto a la noción de “energía”, Idoyaga Molina (2015) y Saizar (2019) plantean que las MAC, en su mayoría de origen oriental, se enraízan en cosmovisiones religiosas y en

Esta concepción de salud, que no se limita a la dimensión biológica, exige un saber de cura -o, más bien, de *sanación*<sup>6</sup> - que excede a la biomedicina. El abordaje de estas terapias no se focaliza necesariamente en la especificidad de una patología particular, sino en la amplitud de una búsqueda de condiciones de vida asociadas al bienestar individual y social, en un sentido más general. La noción de bienestar es significativa dentro de estos análisis, puesto que ofrece pistas para entender la utilización cada vez mayor de MAC, así como las reconfiguraciones que se han ido dando sobre las maneras de entender la salud, partiendo de la misma definición de la OMS, que abre el abanico de posibilidades en relación a la complementariedad terapéutica, así como al diálogo entre el campo de lo terapéutico y lo religioso/espiritual, en donde el lenguaje del “holismo” gana cada vez más presencia (Viotti, 2018).

A pesar de que en principio en ninguno de los espacios se ofrecen como terapias alternativas, lo que podría pensarse como una de las omisiones y reformulaciones de lo sagrado que realizan los terapeutas en contextos hospitalarios (Bordes y Saizar, 2018), esto no impide que en la práctica el discurso se desenvuelva en torno al bienestar, la circulación de la energía, el trabajo sobre los chakras, la espiritualidad y la divinidad, todas nociones relativas a la salud vinculadas a la espiritualidad estilo nueva era (Carozzi, 1999; Ceriani Cernadas, 2013; Saizar, 2019; Viotti, 2018). Como lo describía la médica y terapeuta de yoga del servicio de Medicina Familiar: *el propósito del yoga es la conexión de nuestro ser con el ser universal, con el ser superior. Por eso el yoga no es una gimnasia más, sino que nos permite conectarnos con la divinidad*. En este sentido, no se la entendía solamente como una práctica física de estiramiento y relajación, en pos de adecuarla al discurso biomédico.

En relación a lo señalado por Bordes (2020), sobre que el ingreso y la permanencia en el hospital de las terapias alternativas dependen en buena medida del vínculo personal establecido con las autoridades hospitalarias, generalmente los jefes de servicio, para los casos aquí analizados, en el hospital su incorporación en las sociedades occidentales han generado el concepto de energía como expresión de lo sagrado. De este modo funcionaría como un “paraguas semántico” (Saizar, 2019: 175), que posibilita traer a colación al ámbito terapéutico una noción asociada a la espiritualidad -y no a la religiosidad-, de manera que pueda ser aceptada y utilizada por individuos con diferentes o ninguna adscripción religiosa.

6 Papalini (2017), en su trabajo sobre los diferentes modos de apropiación de la literatura de autoayuda, plantea la diferenciación entre dos categorías: la de curar, como una perspectiva objetiva de remediar una dolencia, y la de sanar, como una sensación subjetiva de salud. Esto resulta de gran importancia, teniendo en cuenta lo usual que es, dentro de los circuitos de las MAC, la utilización del término “sanar”.

general, la presencia del yoga puede pensarse que goza de la posibilidad de mayor estabilidad a futuro, puesto que es la misma jefa de servicio quien abrió el espacio de talleres, junto a su equipo de trabajo, y quien dicta la práctica. En el hospital especializado en oncología, fue mediante el vínculo de la terapeuta en yoga con la jefa del Servicio de Salud Mental que posibilitó el ingreso de la práctica. Además, la jefa del Servicio de Salud Mental comenzó a participar también de las clases de yoga que la terapeuta dicta por fuera del hospital, dando indicios de que su experiencia con la terapia y sus beneficios es un factor que se suma a su predisposición de la permanencia de esta práctica en el hospital.

Finalmente, la marginalidad de estas prácticas terapéuticas se pone de manifiesto en el espacio físico donde se llevan a cabo: en el caso del hospital general, se utiliza el comedor del edificio, por lo que, antes del inicio de cada clase, primero es necesario correr todas las mesas y sillas a los costados, de manera de adecuar el espacio, además de poner música, encender un sahumerio y disponer colchonetas en el piso. En el caso del hospital oncológico, se utiliza la sala de reuniones, alejada de los consultorios, en días y horarios en que no es utilizada. Aquí también se adecúa el espacio poniendo música, encendiendo sahumerios, disponiendo colchonetas en el piso, además de decorándolo con plantas llevadas por los mismos participantes de la práctica. Se trata, en ambos casos, de espacios marginales, separados y distanciados de la atención de las especialidades biomédicas. Respecto a esto, retomando a Lewin y Reeves, Bordes plantea que “el espacio se constituye en uno de los dominios en los que se plasman de manera más evidente las disparidades de poder y jerarquía en el ámbito hospitalario, a la vez que contribuye a reproducirlas” (2020: 39). Además de que estos espacios geográficos puedan aparecer dentro del hospital como marginales, al ser una práctica grupal, requiere de un espacio amplio y despejado, que no es fácil de disponer en un hospital.

Las características de la modalidad de incorporación y permanencia de la práctica de yoga en los hospitales analizados pueden ser pensadas desde el análisis que Das y Poole realizan sobre “El estado y sus márgenes” (2008), entendiendo que es en los márgenes territoriales y sociales del estado (en este caso, la práctica de terapias alternativas dentro del sistema formal de salud, a pesar de no estar reguladas legalmente), donde más visibles se hacen las formas creativas y alternativas de las poblaciones, que no se someten pasivamente a estas condiciones.

## Discusión

Se puede pensar el ingreso del yoga de la mano de los talleres como una estrategia de entrada y permanencia en los hospitales de un modo no disruptivo para la hegemonía biomédica. En primera instancia, porque no se presentan inicialmente como una terapia alternativa, pero también porque en ambos espacios la práctica de estas terapias se coordina y supervisa a un profesional biomédico, e incluso en uno de los hospitales es una misma profesional biomédica la que ofrece la terapia.

Algo que adquiere centralidad es que el yoga y la meditación (así como el reiki, que no se analiza aquí), son las disciplinas más conocidas y aceptadas dentro de las MAC, como indican los estudios y los resultados de la encuesta mencionada al inicio. Se trata de las prácticas terapéuticas alternativas más aceptadas, también, por distintos especialistas biomédicos. En principio, son disciplinas que no presentan grandes incompatibilidades con la epistemología biomédica. Hemos visto en el apartado anterior cómo las terapias alternativas y complementarias se desenvuelven en torno a nociones como holismo, bienestar y espiritualidad, que se presentan, la mayoría de las veces, como un continuum. Son nociones asociadas a cierta perspectiva sobre la salud, que pueden ser compatibles con la biomédica, dependiendo de cómo se formulen y pongan en práctica, así como del contexto en el que circulan.

Frigerio analiza la relación de las visiones espirituales y religiosas con el sistema biomédico, en base al grado de holismo y desencantamiento. El grado y la modalidad de interrelación entre religión/espiritualidad y salud depende de qué tan desencantada sea la variante religiosa/espiritual que consideremos: mientras más “encantada” sea -esto es, “cuanto más conciba como posible y deseable la incidencia de seres suprahumanos en el tratamiento de la salud” (2020: 4)-, mayor será el grado de conflicto con el sistema biomédico.

Para este análisis Frigerio postula un gradiente de los distintos tipos de holismo y su desigual nivel de desencantamiento, que depende de qué planos de existencia lo integran (cuerpo-mente-espíritu-naturaleza-Dios-intermediarios). Cuando se trata de un “nivel bajo de holismo”, formulado muchas veces como “bienestar”, en el que la dimensión espiritual no es reconocida, o sólo casi nominalmente, sin un grado de elaboración respecto de sus características o modalidades de integración con los otros niveles, presenta mayor compatibilidad con el sistema biomédico. Al tratarse de visiones holistas desencantadas o poco

encantadas, que no enfatizan la agencia de seres suprahumanos en la salud, no involucran un quiebre del “orden natural” de la ciencia. Además, la categoría de energía, frecuentemente presente en estas visiones, tiene posibilidades de compatibilizar con el discurso con el científico.

El autor concluye planteando que es necesario, por un lado, tener en cuenta el contexto nacional para ver los grados de holismo y de encantamiento religioso que resultan tolerables o apreciados socialmente, y, por otro lado, no rectificar el término “espiritualidad” ya que sus usos son múltiples en distintos contextos. En este sentido, sus referentes empíricos implican distintos grados de holismo y desencantamiento: aún una misma disciplina puede mostrar distintos grados de holismo en diferentes contextos, como sucede en el caso del yoga. No obstante, señala que, de manera general, muchas de las disciplinas que caen bajo este término de ‘espirituales’ son mayormente adaptables discursivamente a la cosmovisión científica.

Respecto a esto último, Saizar plantea que la amplia divulgación de las terapias alternativas en general y del yoga en particular tiene que ver no sólo con factores externos, que hacen a su visibilidad, sino también con “la posibilidad de apropiación y refiguración de las nociones propias de estas disciplinas de raigambre oriental y a la eficacia terapéutica atribuida a la práctica por los mismos usuarios” (2008: 120). Esta posibilidad de apropiación y refiguración permite que el mismo campo biomédico acepte y hasta sugiera ciertas prácticas a los pacientes como estrategias de complementariedad terapéutica, aunque los conceptos con los que profesionales biomédicos refieran a la eficacia de las terapias sean ajenos a sus marcos explicativos. Por su parte, Fadlon (2005) ha propuesto el concepto de “domesticación” para referirse a la traducción de las nociones de la otra práctica terapéutica en términos propios, descartando las nociones que no resultan asimilables a la lógica biomédica en virtud de su ajenidad. Se trata sobre todo de terapias que implican el uso del cuerpo físico en actividades suaves y de elongación -como yoga y tai chi chuan-, y que suelen ser aceptadas e incluso recomendadas por especialistas biomédicos, pero que en dicha recomendación subyace una concepción de las mismas como una gimnasia (Saizar, 2008).

Siguiendo lo anteriormente desarrollado, y retomando la escala de gradientes propuesta por Frigerio (2020), en los contextos indagados, las prácticas terapéuticas alternativas presentan un bajo nivel de encantamiento, ya que el uso contemporáneo de “espiritualidad” al que refieren se diferencia del de “religión” a partir de considerarla como subjetiva, experiencial y desinstitucionalizada

(Carozzi, 1999; Ceriani Cernadas, 2013; de la Torre, 2016; Frigerio, 2016; Heelas y Woodhead, 2008; Puglisi, 2012; Toniol, 2017; Viotti 2018; Wright, 2018). Por el cual podemos entender que son compatibles con la biomedicina.

En el trabajo de campo, hay ciertos aspectos y no se observan igual que los estudios plantean. Como fuera mencionado anteriormente, si bien en los espacios analizados, la práctica de yoga no se presenta de manera inicial como una terapia alternativa y complementaria, e ingresa dentro de la oferta de talleres, en lo que es nombrado como “Espacio de bienestar” y “Encuentros saludables”, en lo concreto de la práctica, no hemos observado esfuerzos por adaptar el discurso, para hacerlo más compatible con explicaciones biomédicas. *Circulación de la energía, trabajo para desbloquear los chakras, conexión de nuestro ser con el ser universal, conexión con la divinidad, trascendencia del cuerpo físico, la sacralidad interior*, son nociones y explicaciones más que frecuentes dentro de los espacios explorados. Asimismo, recuperando nuevamente lo mencionado por la jefa del Servicio de Medicina Familiar (profesional biomédica) y terapeuta en yoga, ella no consideraba al yoga *como una gimnasia más, sino que permite conectarse con la divinidad*. La jefa del Servicio de Salud Mental se refería a los beneficios de la práctica del yoga de la siguiente manera: los mismos pacientes te dicen que, mediante meditaciones, ejercicios de respiración o de la energía, los tranquiliza, los calma, les calma el dolor. *El poder elevar a una energía más potente*. Así, los beneficios percibidos no se limitan a la esfera de lo físico, ni siquiera de lo psíquico-emocional, sino que son las mismas especialistas biomédicas quienes reconocen una dimensión espiritual, energética y/o sagrada en esta práctica.

Finalmente, tampoco se observó un comportamiento mimético que ajustara a los parámetros de los profesionales biomédicos: en el caso del hospital general, la jefa del Servicio de Medicina Familiar suele usar una vestimenta suelta, cómoda y colorida y a veces se la observó usando un ambo. En el caso del hospital especializado en oncología, la terapeuta en yoga acude a las clases vestida de blanco, turbante incluido, correspondiente a la práctica de kundalini yoga (tipo de yoga que ella da).

## Conclusión

En el trabajo procuramos una aproximación inicial a la incorporación de terapias no biomédicas en el sistema formal de salud de la ciudad de Córdoba: el caso de la práctica de yoga y meditación en dos hospitales públicos, para reflexionar sobre las características que hacen que estas terapias se inserten y desenvuelvan

en un contexto biomédico. Para ello, recuperamos antecedentes sobre la temática, que se han desarrollado, principalmente, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De esta manera, pretendemos realizar un aporte a estos estudios, desde las características que asume el fenómeno en la ciudad de Córdoba, donde aún no había sido explorado.

Es necesario considerar la heterogeneidad de prácticas que se pueden hallar dentro de las MAC, ya que la mayor aceptación de la complementariedad terapéutica por parte de los biomédicos se da de manera selectiva:

El límite de aceptación de la complementariedad por parte de la biomedicina hacia las otras medicinas pareciera estar asociado en las últimas décadas a la posibilidad de tratar al paciente sin que el tratamiento implique la ingesta de medicamentos o intervenciones sobre el interior del cuerpo del doliente. Ambas medidas terapéuticas registran la mayor censura (Saizar, 2008: 23).

La presencia de las terapias no biomédicas en el sistema formal de salud en Córdoba registradas hasta ahora son el yoga, la meditación y el reiki (aunque esta última no se haya explorado en este trabajo).

En este sentido, más allá de que en los casos analizados no se hayan observado esfuerzos por adaptar la práctica y el discurso de la terapia a los parámetros biomédicos (siendo frecuente la referencia a nociones como *energía*, *espiritualidad*, *divinidad*, *chakras*, entre otras), se trata de prácticas terapéuticas que son consideradas inocuas, no son invasivas, no implican penetrar o diseccionar el cuerpo material, no son contrarias a la cirugía o la quimioterapia, así como tampoco son una amenaza per se para el tratamiento biomédico -tal como mencionaba la jefa del Servicio de Salud Mental, haciendo referencia a su carácter no iatrogénico-. En este sentido, es interesante mencionar que la disposición de especialistas biomédicos, no involucrados en estos espacios de incorporación y diálogo con el yoga, en los contextos indagados y de lo observado hasta ahora, se caracteriza más bien por una aceptación a partir de la indiferencia.

## Bibliografía

BORDES, M. (2020). “Lo importante es mantener el espacio”. Estrategias de inserción y permanencia de terapeutas no convencionales en hospitales. *Desacatos*, 63, 28-43

BORDES, M. y SAIZAR, M. (2018). “De esto mejor ni hablar”: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y Religión*, XXVIII (50), 161-182.

CAROZZI, M. J. (1999). La autonomía como religión: La nueva era. *Alteridades*, 9 (18), 19-38. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

(2000). *Nueva Era y terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina.

CERIANI CERNADAS, C. (2006). El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26(3), 87-93.

\_\_\_\_\_ (2013). La religión como categoría social: encrucijadas semánticas y pragmáticas. *Revista Cultura y Religión*, 7(1), 10-29.

CORNEJO VALLE, M. y BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M. (2013). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. *Revista de Antropología Experimental*, 13, 11-30.

DAS, V. y POOLE, D. (2008). El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de antropología Social*, 27, 19-52. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

D'ANGELO, A. (2013). Tendiendo puentes. La apropiación terapéutica del yoga ante la dimensión emocional de los padecimientos. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, João Pessoa*, v. 12, n. 34, 252-291.

DE LA TORRE CASTELLANOS, R. (2016). “Presentación: la espiritualización de la religiosidad contemporánea”. *Ciencias Sociales y Religión*, 18(24), 10-17.

FADLON, J. (2005). *Negotiating the Holistic Turn: the domestication of alternative medicine*. Albany: State University of New York Press.

FREIDIN, B. y ABRUTZKY, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 37, (15), 505-518.

FREIDIN, B. y BALLESTEROS, M. (2011). Dificultades en la conceptualización y cuantificación de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias. *Medicina y Sociedad*, 31, 1-16.

FRIGERIO, A. (2016). La “¿nueva?” espiritualidad: on-tología, epistemología y sociología de un concepto controvertido. *Ciências Sociais e Religião*, 18 (24), 209- 231.

————— (2020). *Religión y salud: la relación menospreciada en el análisis de la secularización. Seminario virtual Reações religiosas à COVID-19 na América Latina*. Campinas, Brasil.

GOOD, B. (2003[1994]). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona, Bellaterra.

HEELAS, P. y WOODHEAD, L. (2008). *The Spiritual Revolution. Why religion is giving way to spirituality*. Oxford: Blackwell.

HEREDIA, R. C. (2020). New Age en el Hospital: una etnografía de las técnicas de alivio al dolor en niños/as en Cuidados Paliativos Pediátricos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, 40(2), 11-30.

IDOYAGA MOLINA, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, XXVII, 111-147.

————— (2015). Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina. *Ciências Sociais e Religião*, 17 (22), 15-37.

IDOYAGA MOLINA, A. y LUXARDO, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina*, v.65, 390-4.

KROMPOTIC, C. y SAIZAR, M. M. (Eds.). (2016). *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas*. Buenos Aires: Espacio.

LAPLANTINE, F. (1999) *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.

LE BRETON, D. (1995 [1990]). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

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

————— (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207, Río de Janeiro.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. <https://www.who.int/es>

PAPALINI, V. (2017). Curar o sanar. Distintos modos de apropiación de las lecturas terapéuticas. *Forum. Qualitative Social Research*, 18(1), 1-21.

PUGLISI, R. (2012). *Cuerpos Vibrantes: Un análisis antropológico de la corporalidad en grupos devotos de Sai Baba*. Tesis de Doctorado en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

SAIZAR, M., BORDES, M. y SARUDIANSKY, M. (2011). La inserción de terapias no-biomédicas en los intersticios del sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires: el nuevo voluntariado terapéutico. *IX Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

SAIZAR, M. (2008). Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Sociedade e Cultura*, 11 (1), 112-122.

————— (2016). De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. En C. Krmpotic & M. M. Saizar (Eds.), *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas*. Buenos Aires: Espacio. 25-42.

————— (2019). Las marcas de lo sagrado en el campo público de la salud. Abordajes desde la religión y la espiritualidad en Argentina. *Religiones Latinoamericanas Nueva Época*, 4, 161-182, ISSN: 0188-4050.

SEMÁN, P. y VIOTTI, N. (2015). <<El paraíso está dentro de nosotros>>. La espiritualidad de la Nueva Era, ayer y hoy. *Nueva Sociedad*, 260.

TONIOL, R. (2015) Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, Políticas Públicas e Práticas Clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y Religión*, 43 (25).

——— (2017). Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico* [Online], 42 (2).

VIOTTI, N. (2018). Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar. *Salud Colectiva*, 14, (2), 241-256.

WRIGHT, P. (2018). “Espiritualidades: entre la ontología y la pragmática”. Esquivel, Juan Cruz y Verónica Giménez Béliveau. *Religiones en cuestión: campos, fronteras y perspectivas*. Buenos Aires: Biblos.

# Una aproximación al análisis de los actos del habla durante la Alabanza Corporativa en Iglesias Evangélicas del Noroeste mexicano

Roberto Agúndez Márquez <sup>1</sup>

## RESUMEN

Una de las prácticas más características de las iglesias y creyentes cristianos es conocida como la alabanza. Esta situación tiene una fuerza motivadora, que permite acercar al sujeto creyente o no a las iglesias. La Alabanza Corporativa ha sido estudiada como ritual, como una situación litúrgica y pocas veces como una situación sociorreligiosa. El propósito de este texto fue identificar los tipos de interacciones sociorreligiosas que se proponen en las iglesias evangélicas por medio de los discursos pronunciados durante el ritual de la Alabanza Corporativa. Para esto se realizó un análisis pragmático de dichos discursos con base en las teorías de la Enunciación y de los Actos del habla. Como principales resultados se encontraron variaciones en el ritual y perfiles de los locutores que inciden en la enunciación de los discursos y orientan actos del habla que motivan interacciones sociales en las iglesias.

Palabras clave: Enunciación, actos del habla, alabanza corporativa, evangélicos.

## An Approach to the Analysis of Speech Acts During Corporate Worship in Evangelical Churches in Northwest Mexico

### ABSTRACT

One of the most characteristic practices of churches and Christian believers is known as worship. This situation has a motivating force that allows bringing the believing or non-believing subject closer to the churches. Corporate worship has been studied as a ritual, as a liturgical situation and rarely as a socio-religious situation. The purpose of this text was to identify the types of socio-religious interactions that are proposed in evangelical churches through the speeches pronounced during the ritual of Corporate Worship. For this purpose, a pragmatic analysis of these speeches was carried out based on the theories of Enunciation and Speech Acts. As main results we found variations in the ritual and profiles of the speakers that influence the enunciation of the speeches and guide speech acts that motivate social interactions in the churches.

Keywords: Enunciation, speech acts, corporate worship, evangelicals.

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Administrativas y Facultad de Ciencias Humanas de la misma universidad. Sus áreas de interés son: sociología y antropología de la religión con énfasis en la religiosidad. Estudio sobre estilos de vida, comunidades, simbolismo y consumo, email: roberto.agundez@uabc.edu.mx

## Introducción

La frase “Quita tus sandalias de tus pies” es un fragmento que se encuentra en la Biblia en el capítulo 3 del libro de Éxodo. Según el texto es una instrucción que Jehová da a Moisés en su primer encuentro<sup>2</sup>. La instrucción completa presenta como argumento la proximidad de Moisés hacia un lugar considerado sagrado, santificado por la presencia de Dios. Esto se puede considerar como un esbozo de un rito de purificación para presentarse ante Dios. Este simbolismo ha sido utilizado por iglesias cristianas evangélicas dentro de su liturgia y por los llamados ministerios<sup>3</sup> en eventos dedicados a la llamada alabanza y adoración. El significado que le atribuyen a esta frase tiene que ver con la necesidad de despojarse de todo aquello que impida presentarse ante Dios sin mediación negativa alguna.

La alabanza y adoración como suele conocerse por los creyentes cristianos es fuertemente asociada como una “práctica”, “un tiempo” y “un espacio” donde el creyente como individuo y como parte de una comunidad religiosa se presenta y convive con la “presencia de Dios”. Esta práctica ritual ha sido estudiada en lo individual y en lo comunitario, como parte de los hábitos que permiten incorporar las creencias religiosas (Garma, 2004; Olivas y Odgers, 2015; Canto, 2018); siendo una forma de interacción colectiva y comunitaria (Olivas y Odgers, 2015; Jaimes y Valtierra, 2017; Tec-López, 2020); como un espacio donde se conjugan emociones sentimientos y creencias asociadas a lo sagrado (Algranti, 2018; Tec-López, 2020); como un elemento de la identidad religiosa (Jaimes y Valtierra, 2017; Canto, 2018); como un ritual (Rolero, 2018; Mora, 2022); como espacio de producción de bienes de salvación (Ibarra, 2021; Ibarra y Gomes, 2022); como parte de la liturgia (Agúndez, 2020, 2022; Benjamins, 2021; Abernethy, Rice, Rold, Kurian, Grannum, y Jones, 2015; Scott, 2020); y como un elemento funcional de la estructura organizacional (Agúndez, 2020, 2022).

Más allá del estudio de la alabanza como ritual introductorio a la ceremonia religiosa, conocida dentro de los grupos cristianos como servicio, culto o más recientemente como “la reunión”, existen enfoques interesados en la práctica y sus actores. El término al que hacen referencia los autores antes

<sup>2</sup> Esta situación se da en el monte Horeb (Sinai) tiempo después de la huida de Moisés de Egipto.

<sup>3</sup> Ministerios es un término común en las iglesias cristianas y se utiliza para identificar funciones o áreas funcionales de servicio.

mencionados en sus estudios es *Corporate Worship*<sup>4</sup>, refiriéndose al culto comunal que celebra una congregación cristiana de manera semanal. Desde un enfoque teológico Scott (2020) analiza las nuevas formas de interacción entre los creyentes como parte de una comunidad y de estos con la divinidad en un contexto post-pandemia. Desde una perspectiva psicológica Abernethy, Rice, Rold, Kurian, Grannum, y Jones (2015) ponen énfasis en la influencia que los líderes (o directores) de la alabanza reciben y que ejercen entre los congregantes creyentes. Esto significa una aproximación a los sentimientos, prácticas, creencias y discursos utilizados, así como los efectos motivadores en los enunciantes y los receptores. Con especial interés en la función educativa, Benjamins (2021), revisa el papel del líder de la Alabanza Corporativa (AC) describiéndolo como un director-educador que planea y guía la preparación doctrinal, musical y performativa todos los participantes (músicos, cantantes, equipo de apoyo técnico y la congregación general) antes, durante y después del ritual comunal. Considerando a la AC como parte de una ceremonia pública donde se expone una fe en común, Jaspers y Jaspers (1990) plantean la necesidad de un lenguaje común para que genere eco o resonancia entre quienes dirigen y la audiencia. Dado lo anterior, la propuesta de David Calvert (citado en Benjamins, 2021) sobre Actos del Habla Litúrgicos toma relevancia y hace consonancia con el propósito del presente trabajo. Calvert (2018) en su análisis sobre el lenguaje utilizado en el ritual de la Santa Cena (Comunión), destaca la agencia de los enunciadorees y la importancia que los hechos institucionales tienen, siendo los marcos de referencia de los significados expresados a través de los discursos y prácticas de una comunidad.

En la revisión de la literatura sobre la AC desde sus diferentes perspectivas se observa la importancia que este ritual tiene como etapa preparatoria que induce ciertos estados de ánimo, creencias y prácticas sociorreligiosas para la comunión de una iglesia. El rol que juega quien dirige este ritual ya sea de manera formal o situacional, permite elaborar y enunciar discursos que pueden influir en las creencias y prácticas, modelando de esta forma las interacciones con la divinidad y con su entorno sociocultural. Aunado a lo anterior, estos son discursos enunciados por las personas que dan inicio al ritual de la AC, y los cuales se analizaron tratando de dar respuesta a las siguientes preguntas, ¿qué tipo de interacciones sociorreligiosas se proponen en las iglesias evangélicas por medio de los discursos pronunciados durante el

---

4 Para efectos de este artículo la traducción del término es Alabanza Corporativa y se utilizarán las siglas AC durante el escrito.

ritual de la Alabanza Corporativa? Y ¿qué tipos actos del habla son utilizados durante estos discursos?

### ***La Enunciación, los Actos del Habla y las Interacciones***

Los dirigentes o conductores del ritual de la AC juegan el rol de locutores que enuncian discursos lo que lleva a revisar este proceso. Benveniste caracteriza la enunciación como un acto individual de utilización de la lengua. Aquí el locutor utiliza los caracteres lingüísticos según la forma en que este se relaciona con la lengua, “La enunciación supone la conversión individual de la lengua en discurso” (1999: 83-84). Como elementos de este acto se consideran las situaciones donde se realiza y los instrumentos que lo ponen en juego. Benveniste sugiere que la enunciación como acto individual puede definirse como una apropiación. “El locutor se apropia el aparato formal de la lengua y enuncia su posición de locutor mediante indicios específicos, por una parte, y por medio de procedimientos accesorios, por otra” (1999: 84-85). Todo acto de enunciación implica una alocución implícita o explícita. “Lo que en general caracteriza a la enunciación es la acentuación de la relación discursiva al interlocutor, ya sea este real o imaginado, individual o colectivo” (1999: 88).

Al referirse a la enunciación, Ducrot destaca la polifonía o presencia de distintas voces en el proceso de enunciación: El locutor, que es la persona que dice el enunciado; el enunciadore, la persona a quien se atribuye la responsabilidad del enunciado; el destinatario, la persona a quien se dice el enunciado; el auditor, que son las personas que por alguna razón oyen o escuchan el enunciado; y, el alocutario que es la persona a quien el locutor declara dirigirse (2001: 136-137). Al explicar esta polifonía, Ducrot enfatiza cómo estas voces pueden estar combinadas, por ejemplo, el locutor puede ser a la vez el enunciadore.

Considerando lo anterior, los discursos enunciados por quienes dirigen el ritual de la AC integran los significados atribuidos a las creencias y prácticas socializadas en su comunidad sociorreligiosa, y son compartidos con los demás miembros motivando y modelando formas de interacción a través de actos del habla propios del contexto de una iglesia.

Para realizar el análisis pragmático de los discursos, se revisó la teoría de los actos del habla propuesta inicialmente por J. L Austin y continuada

por John R. Searle. El primero propone distinguir entre las expresiones realizativas de las constatativas

Ha llegado el momento, pues, de comenzar de nuevo. Es menester, que reconsideremos de un modo más general los sentidos, en que decir algo puede ser hacer algo, o en que al decir algo hacemos algo (y, también, quizá, considerar el caso diferente en el que por decir algo hacemos algo) (Austin, 2014: 139).

A este acto de “decir algo”, Austin lo llamó acto locucionario (2014: 141). El mismo autor explica que en este mismo análisis de las expresiones, se puede advertir un sentido diferente al explícito, esto es, si llevan la “fuerza de”, el cual identifica como un acto del habla y lo llama acto ilocucionario (2014: 146). Un tercer sentido permite apreciar el contraste entre el acto locucionario del ilocucionario, y es que al decir algo se producen consecuencias o efectos en quienes reciben estas expresiones, aun cuando pueden o no haber sido provocados a propósito. A esto Austin lo llama acto perlocucionario (2014: 148).

Para John Searle, “hablar un lenguaje es tomar parte en una forma de conducta gobernada por reglas” (2017: 29). Hablar consiste en realizar actos de habla considerando reglas para el uso de los elementos lingüísticos. Al realizar actos de emisión un hablante puede estar haciendo actos proposicionales e ilocucionarios, “Los actos de emisión consisten simplemente en emitir secuencias de palabras. Los actos ilocucionarios y proposicionales consisten característicamente en emitir palabras dentro de oraciones en ciertos contextos, bajo ciertas condiciones y con ciertas intenciones” (Searle, 2017: 40). Estos actos del habla son una categoría para análisis pragmático de los discursos pronunciados durante el ritual de la AC.

En un análisis pragmático sobre publicidad malaya de Mansor y Ridruejo se observa cómo revisan los actos del habla directivos y se distinguen dos tipos en función a quién beneficia su acción. Los primeros, “los actos directivos impositivos benefician al hablante (como en el caso de ruegos, súplicas, mandatos, etc.) y los segundos (no impositivos) benefician el oyente (como aconsejar, sugerir, dar instrucciones, invitar, etc.)” (2014: 68). Dadas las características de los discursos introductorios para la AC, se considera la existencia de actos del habla directivos tanto impositivos como no impositivos.

Los discursos como actos del habla propician formas de interacción. Como Herbert Blumer señala, las tres premisas en la que se basa el interaccionismo son “que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él”; “que el significado de estas cosas se deriva de, o surge como consecuencia de la interacción social que mantiene con su prójimo”; y, “que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso” (1982: 2). Entonces los discursos pronunciados durante la AC enuncian creencias, prácticas e interacciones que pueden ser modeladas a los congregantes por la utilización de actos del habla.

## Método

Para dar respuesta a las interrogantes de este trabajo, se realizó un análisis pragmático de actos del habla a un corpus integrado por los discursos de inicio de las reuniones generales (cultos dominicales) de dos iglesias evangélicas ubicadas en la ciudad de Mexicali, al noroeste de México. De enero a diciembre de 2022, se revisaron los vídeos transmitidos por redes sociales digitales (Facebook y YouTube). En ambos casos, las redes sociales digitales fueron el recurso que permitió a ambas iglesias mantener sus actividades religiosas y de comunicación con sus miembros durante la pandemia por COVID-19. El año 2022 representó la continuidad de reuniones generales dominicales bajo un formato híbrido. Esto es, los cultos dominicales se llevaron a cabo de manera presencial y de manera simultánea eran transmitidos en tiempo real por medio de las redes sociales digitales *Facebook y YouTube*.

Es importante destacar algunas características sobre lo que se documenta en los videos de las transmisiones en vivo. Si bien los sujetos que aparecen en dicha reunión saben que se está transmitiendo en tiempo real, no siempre están conscientes de esto. Ya que, concentrados en las actividades y discurso de la situación de culto religioso, casi siempre se comportan en la situación de un culto presencial. Sólo en algunas ocasiones y al inicio del video, al parecer recuerdan e incluyen a las personas que están siguiendo la transmisión. Por otro lado, los sujetos frente a las cámaras de los dispositivos transmisores no siempre consideran que estas situaciones se registran, almacenadas en la memoria digital de las redes sociales digitales, y que serán de acceso público y libre mientras no se retiren o se restrinja su acceso.

Los videos, que forman parte del contenido en las redes sociales digitales de las iglesias, dan cuenta de situaciones tal y como se dieron y que fueron captadas, sin edición posterior. Por lo que en los videos revisados se pueden observar situaciones no planeadas, por ejemplo, fallas técnicas de audio y video; inicios en falso de las reuniones, pruebas de audio y video, o transmisiones truncas. Además, a partir de estos videos se observan otras actividades propias del programa que no precisamente forman parte del acervo de tipo litúrgico. Un ejemplo de esto son las indicaciones que quien dirige la alabanza da los músicos o encargados del audio, mientras se encuentra realizando la oración de inicio.

Las transmisiones de la iglesia Cedes Comunidad Cristiana (CCC) se realizaron en dos periodos durante el año 2022: El primero del 16 al 30 de enero; el segundo del 10 de julio al 18 de diciembre. Este corte de transmisiones fue una decisión del pastor principal como una estrategia para motivar el regreso de una gran parte de sus miembros a las reuniones generales dominicales de manera presencial. Esto no cambió de manera sustancial la asistencia por lo que se tomó la decisión de retomar el formato híbrido. En total se revisaron 27 videos. En el caso de la iglesia Vástago Ministerios (VM), se revisaron 52 videos que documentan las transmisiones de las reuniones dominicales del periodo del 2 de enero al 25 de diciembre del 2022. De estos videos fueron útiles para el análisis sólo 45, ya que, siete videos presentaron fallas durante la transmisión y no fue posible registrar los discursos de inicio.

### ***Unidades de Análisis y Variables***

Se revisó el corpus y se transcribieron los discursos tratando de respetar la oralidad de los sujetos locutores. Para el análisis se utilizó el software ATLAS.ti. Se identificaron inicialmente siete componentes en los discursos: saludo, instrucciones iniciales, la comunicación del propósito del ritual, instrucciones para la oración inicial, oración inicial, introducción a un canto y en algunos casos, lectura de un fragmento de la Biblia. Estos componentes se consideraron como las unidades de análisis. Las variables para análisis fueron los actos del habla (AH), tipos de interacción propuesta (TIP) y voces de la enunciación (VE). Para afinar el análisis se asignaron códigos a las variables como se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1***Asignación de Códigos*

| <b>Variables de análisis</b>         | <b>Códigos</b>                            |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| Actos del Habla (AH)                 | Acto Declarativo (AD)                     |
|                                      | Acto Representativo (AR)                  |
|                                      | Acto Expresivo (AE)                       |
|                                      | Acto Comisivo (AC)                        |
|                                      | Acto Directivo-Petición (ADP)             |
|                                      | Acto Directivo-Mandato (ADM)              |
|                                      | Acto Directivo Indirecto-Petición (ADI-P) |
| Tipos de interacción propuesta (TIP) | Asimétrica                                |
|                                      | Simétrica                                 |
| Voces de la enunciación (VE)         | Alocutario                                |
|                                      | Locutor                                   |
|                                      | Destinatario                              |

Para conocer las características generales del corpus a analizar se realizó un conteo de palabras utilizando las siguientes variables: acciones (de congregantes y divinidad), conceptos religiosos (por ejemplo, oración, alabanza, gloria), corporeidad (pie, manos, corazones), lugar (reunión, iglesia, casa) y referencia (divinidad y congregantes). Este conteo permitió visualizar la diversidad de palabras que los enunciantes usan en su discurso y que son socializadas en las congregaciones.

*Los Sujetos Locutores*

Los directores o conductores del ritual de AC tienen la responsabilidad de dar la bienvenida e introducir a la congregación a la liturgia de la iglesia. Por lo general, este ritual inicia con un saludo e instrucciones para iniciar; le siguen algunos comentarios sobre el propósito del ritual de AC, como el momento para establecer una relación íntima (colectiva-individual) con la divinidad (Dios, Jesús y/o Espíritu Santo); después, quien dirige la AC invita a elevar una oración a la divinidad (agradecimiento e invitación); a continuación, se entonan cantos; y se finaliza con una oración de cierre de la alabanza. La duración aproximada de este ritual es de 30 a 45 minutos. Los discursos tienen una duración promedio de uno a dos minutos.

Los directores del ministerio de alabanza<sup>5</sup> suelen ser personas que tienen conocimientos y habilidades musicales para tocar un instrumento y cantar; algunos han recibido educación teológica formal en institutos o vía extensión de estos en sus iglesias; son personas de confianza de los pastores de las iglesias y muchas veces son fundadores o hijos de los fundadores de las iglesias; pueden ser voluntarios o empleados de las iglesias. Otros sujetos miembros del ministerio de alabanza pueden conducir el ritual, por lo general son aquellos con mayor antigüedad en el ministerio o con experiencia probada en esto; al igual que los directores, tienen conocimientos y habilidades musicales, y por lo general son voluntarios.

En la iglesia Cedes Comunidad Cristiana (CCC) se identificaron seis sujetos locutores: La directora del ministerio de alabanza, otra mujer y cuatro hombres, todos ellos adultos. Los sujetos que se identificaron en la iglesia Vástago Ministerios (VM) son nueve diferentes sujetos locutores: El director del ministerio de alabanza (adulto), tres mujeres (dos adultas y una joven) y cinco hombres (dos adultos y tres jóvenes). En la Tabla 2 se puede observar el número y distribución de los discursos enunciados por iglesia y por sujeto.

**Tabla 2**

*Locutores por Sexo, Etapa de Vida y Número de Discursos*

| CCC        |      |        |           | VM          |      |        |           |
|------------|------|--------|-----------|-------------|------|--------|-----------|
| Locutor    | Sexo | Etapa  | Discursos | Locutor     | Sexo | Etapa  | Discursos |
| Locutor 1  | F    | Adulto | 7         | Locutor 1*  | M    | Adulto | 30        |
| Locutor 2  | M    | Adulto | 1         | Locutor 2   | F    | Adulto | 1         |
| Locutor 3  | M    | Adulto | 5         | Locutor 3   | M    | Joven  | 1         |
| Locutor 4  | M    | Adulto | 6         | Locutor 4   | M    | Joven  | 4         |
| Locutor 5* | F    | Adulto | 7         | Locutor 5   | M    | Joven  | 4         |
| Locutor 6  | M    | Adulto | 1         | Locutor 6   | F    | Adulto | 1         |
|            |      |        |           | Locutor 7   | F    | Joven  | 1         |
|            |      |        |           | Locutor 8** | M    | Joven  | 2         |
|            |      |        |           | Locutor 9   | M    | Adulto | 1         |

\* Director del ministerio de alabanza de la iglesia.

\*\* Hijo del pastor de la iglesia.

Al comparar el número de discursos emitidos por sexo en cada iglesia, se observa una considerable diferencia. Mientras que en CCC la distribución se aprecia más equilibrada (mujeres 51.85% y hombres 48.15%), en el caso de VM existe

5 Término con el que se denomina al área o función que prepara y conduce el ritual de AC.

una marcada concentración en los hombres (mujeres 6.67% y hombres 93.33%). En CCC, se compararon la distribución de discursos emitidos por las personas que ostentan la responsabilidad del ministerio, siendo en total seis emisores (locutores), donde la directora participó con un 25.93% del total de discursos emitidos; en VM el director participó con en 66.67% del total de los discursos pronunciados.

## Resultados de Uso de Palabras en los Discursos de la AC

A partir del análisis del conteo de palabras asociadas a cinco categorías, se pudo observar que la categoría que tiene gran peso en cuanto a la proporción de palabras es la de acciones (CCC 30.62% y VM 31.70). Es relevante al revisar las subcategorías, cómo se ve una inversión entre las de referencia a congregantes y divinidad (CCC 87.70% y VM 89.83%) (ver tabla 3). Del análisis de conteo de palabras se puede inferir que la AC, como una etapa del rito comunal de las dos iglesias, se trata de manera central sobre la divinidad y las acciones que los congregantes hacen durante el mismo.

**Tabla 3**

*Uso de Palabras Sobre Acciones y Quién las Realiza*

|                     | CCC        | %PT           |                     | VM          | %PT           |
|---------------------|------------|---------------|---------------------|-------------|---------------|
| <b>Acciones</b>     | <b>496</b> | <b>30.62%</b> | <b>Acciones</b>     | <b>1091</b> | <b>31.70%</b> |
| <b>Congregantes</b> | <b>435</b> | <b>87.70%</b> | <b>Congregantes</b> | <b>980</b>  | <b>89.83%</b> |
| queremos            | 36         | 8.28%         | juntos              | 95          | 9.69%         |
| vamos               | 28         | 6.44%         | vamos               | 69          | 7.04%         |
|                     |            |               | estamos             | 61          | 6.22%         |
|                     |            |               | podemos             | 53          | 5.41%         |
|                     |            |               | queremos            | 49          | 5.00%         |
| <b>Divinidad</b>    | <b>61</b>  | <b>12.30%</b> | <b>Divinidad</b>    | <b>111</b>  | <b>10.17%</b> |
| has                 | 12         | 19.67%        | darte               | 27          | 24.32%        |
| está                | 11         | 18.03%        | permities           | 11          | 9.91%         |
| darte               | 6          | 9.84%         | bendecirte          | 10          | 9.01%         |
|                     |            |               | cantarte            | 8           | 7.21%         |
|                     |            |               | alabarte            | 7           | 6.31%         |

Al revisar el total de las palabras se pudo identificar que algunas se asocian directamente con el discurso común en lo religioso. Dentro de los términos que destacan son aquellos que expresan gratitud; y en ambos casos la palabra gracias tiene una proporción mayor al 20%. Como se observa en la Tabla 4, los términos propios del argot religioso aparecen una proporción menor al 10%, por ejemplo, adoración, amén, oración, alabanza y bendición.

**Tabla 4***Uso de Palabras Sobre Conceptos Religiosos*

|                      | CCC | %PT    |                      | VM  | %PT    |
|----------------------|-----|--------|----------------------|-----|--------|
| Conceptos religiosos | 178 | 10.99% | Conceptos religiosos | 471 | 13.68% |
| Gracias              | 53  | 29.78% | Gloria               | 100 | 21.23% |
| poder                | 15  | 8.43%  | Gracias              | 99  | 21.02% |
| Adoración            | 13  | 7.30%  | Amén                 | 47  | 9.98%  |
| Vida                 | 13  | 7.30%  | Oración              | 37  | 7.86%  |
| Amén                 | 12  | 6.74%  | Alabanza             | 35  | 7.43%  |
| Oración              | 11  | 6.18%  | honra                | 24  | 5.10%  |
| Alabanza             | 10  | 5.62%  | honor                | 24  | 5.10%  |
| Bendición            | 10  | 5.62%  |                      |     |        |

En los discursos también se hace referencia a partes del cuerpo. Resaltan dos variaciones sobre el corazón, en discursos de los locutores de ambas iglesias el uso del singular es mencionado en mayor proporción con relación al plural (ver Tabla 5). Esto podría tener explicación en la idea del sacrificio simbólico e individual que cada creyente hace a la divinidad en el ritual de la alabanza corporativa. Se participa de un ritual de sacrificio individual en comunidad (Scott, 2020).

**Tabla 5***Uso de Palabras que se Refieren al Cuerpo*

|           | CCC | %PT    |           | VM  | %PT    |
|-----------|-----|--------|-----------|-----|--------|
| Cuerpo    | 94  | 5.80%  | Cuerpo    | 109 | 3.17%  |
| corazón   | 34  | 36.17% | pie       | 39  | 35.78% |
| pie       | 22  | 23.40% | manos     | 26  | 23.85% |
| ojos      | 12  | 12.77% | corazón   | 25  | 22.94% |
| manos     | 11  | 11.70% | corazones | 14  | 12.84% |
| voz       | 8   | 8.51%  |           |     |        |
| corazones | 7   | 7.45%  |           |     |        |

Sobre las palabras que refieren a emociones, al comparar el número de menciones se observa una gran diferencia entre iglesias en las palabras “amor” y “libertad”. Los locutores de la iglesia CCC al parecer dan más énfasis a la palabra “amor”: el énfasis que los locutores de la iglesia VM es en la palabra “libertad” como se aprecia en la Tabla 6.

**Tabla 6***Uso de Palabras Sobre Emociones*

|           | CCC | %PT    |           | VM | %PT    |
|-----------|-----|--------|-----------|----|--------|
| Emociones | 51  | 3.15%  | Emociones | 44 | 1.28%  |
| amor      | 24  | 47.06% | libertad  | 24 | 54.55% |
| gratitud  | 8   | 15.69% | amor      | 10 | 22.73% |
| libertad  | 7   | 13.73% | alegría   | 10 | 22.73% |
| alegría   | 6   | 11.76% |           |    |        |
| gusto     | 6   | 11.76% |           |    |        |

Sobre la dimensión espacial del contexto donde se desarrollan los discursos (ver Tabla 7), los locutores usan en mayor medida los términos “lugar”, “familia” e “iglesia”. En CCC el término más utilizado es “iglesia”, esta palabra puede referirse tanto al lugar físico como a la congregación de creyentes. En contraste, en VM el uso del término “iglesia” es significativamente menor y mencionado en su mayoría por los locutores más jóvenes. Para referirse al lugar utilizan la palabra “familia”.

**Tabla 7***Uso de Palabras que Refieren al Lugar de Reunión*

| CCC     |      |        |           |           |             |           |             |           |             |
|---------|------|--------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Locutor | Sexo | Etap   | Discursos | Lugar     | Promedio    | Familia   | Promedio    | Iglesia   | Promedio    |
| 1       | F    | Adulto | 7         | 2         | 0.29        | 2         | 0.29        | 12        | 1.71        |
| 5       | F    | Adulto | 7         | 6         | 0.86        | 5         | 0.71        | 9         | 1.29        |
| 2       | M    | Adulto | 1         | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        | 1         | 1.00        |
| 3       | M    | Adulto | 5         | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        | 8         | 1.60        |
| 4       | M    | Adulto | 7         | 2         | 0.29        | 0         | 0.00        | 9         | 1.29        |
| 6       | M    | Adulto | 1         | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        | 3         | 3.00        |
|         |      |        | <b>28</b> | <b>10</b> | <b>0.36</b> | <b>7</b>  | <b>0.25</b> | <b>42</b> | <b>1.50</b> |
| VM      |      |        |           |           |             |           |             |           |             |
| Locutor | Sexo | Etap   | Discursos | Lugar     | Promedio    | Familia   | Promedio    | Iglesia   | Promedio    |
| 2       | F    | Adulto | 1         | 1         | 1.00        | 1         | 1.00        | 0         | 0.00        |
| 6       | F    | Adulto | 1         | 1         | 1.00        | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        |
| 7       | F    | Joven  | 1         | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        |
| 1*      | M    | Adulto | 30        | 24        | 0.80        | 13        | 0.43        | 1         | 0.03        |
| 3       | M    | Joven  | 1         | 2         | 2.00        | 1         | 1.00        | 0         | 0.00        |
| 4       | M    | Joven  | 4         | 1         | 0.25        | 7         | 1.75        | 1         | 0.25        |
| 5       | M    | Joven  | 4         | 1         | 0.25        | 5         | 1.25        | 2         | 0.50        |
| 8       | M    | Joven  | 2         | 0         | 0.00        | 3         | 1.50        | 1         | 0.50        |
| 9       | M    | Adulto | 1         | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        | 0         | 0.00        |
|         |      |        | <b>45</b> | <b>30</b> | <b>0.67</b> | <b>30</b> | <b>0.67</b> | <b>5</b>  | <b>0.11</b> |

En el discurso inicial de la AC de ambas iglesias el acto de referirse a la divinidad, así como a los mismos congregantes tiene la mayor proporción de palabras (CCC 45.00% y VM 47.56%). Al revisar las subcategorías de advierte que la mayor proporción se usan para hacer referencia a la divinidad (CCC 73.94% y VM 74.16%).

Aún con los resultados del análisis cuantitativo, no se puede tomar por sentado que las palabras de mayor frecuencia de uso signifiquen o impliquen un tipo de interacción sociorreligiosa. Por ejemplo, en ambos casos la palabra que más aparece en los discursos para referirse a la divinidad es “Señor” (ver Tabla 8). Al revisar por sujeto cada discurso, se observa que esta palabra suele ser utilizada como una muletilla, como una palabra de transición entre enunciados. Como se puede ver en los siguientes fragmentos:

Gracias Padre porque tú eres bueno Señor, y [...] a pesar de las circunstancias que nos rodean Señor, sabemos que tú estás con nosotros. Tu palabra nos enseña Señor que tú has cambiado nuestro lamento en alegría Señor, la tristeza en baile Señor (Cedes Comunidad Cristiana, 2022a).

Gracias Padre porque eres muy bueno, Señor, nos permites levantarnos el día de hoy. Despertar Señor, y estar aquí Padre, en familia reunimos para exaltar al único Rey. Exaltar Señor, a aquel que nos creó, a aquel Señor, que ha hecho todo esto que vivimos Señor, que experimentamos Padre. Señor tú nos has dado la voz Señor, para declarar quién eres tú Señor. Tú eres grande y poderoso Señor. Tú resplandeces Señor, el día de hoy Padre y das vida Señor a nuestro corazón Señor. (Vástago Ministerios, 2022a).

**Tabla 8**

*Uso de Palabras por Sujeto Para Referirse a la Divinidad*

| CCC     |      |        |           |       |          |      |          |     |          |    |          |       |          |
|---------|------|--------|-----------|-------|----------|------|----------|-----|----------|----|----------|-------|----------|
| Locutor | Sexo | Etapas | Discursos | Señor | Promedio | Dios | Promedio | Tú  | Promedio | Él | Promedio | Padre | Promedio |
| 1       | F    | Adulto | 7         | 34    | 4.86     | 9    | 1.29     | 12  | 1.71     | 9  | 1.29     | 16    | 2.29     |
| 5*      | F    | Adulto | 7         | 31    | 4.43     | 41   | 5.86     | 24  | 3.43     | 13 | 1.86     | 6     | 0.86     |
| 2       | M    | Adulto | 1         | 6     | 6.00     | 1    | 1.00     | 2   | 2.00     | 0  | 0.00     | 2     | 2.00     |
| 3       | M    | Adulto | 5         | 5     | 1.00     | 22   | 4.40     | 4   | 0.80     | 7  | 1.40     | 1     | 0.20     |
| 4       | M    | Adulto | 7         | 32    | 4.57     | 19   | 2.71     | 4   | 0.57     | 11 | 1.57     | 1     | 0.14     |
| 6       | M    | Adulto | 1         | 5     | 5.00     | 3    | 3.00     | 1   | 1.00     | 0  | 0.00     | 3     | 3.00     |
|         |      |        | 28        | 113   | 4.04     | 95   | 3.39     | 47  | 1.68     | 40 | 1.43     | 29    | 1.04     |
| VM      |      |        |           |       |          |      |          |     |          |    |          |       |          |
| Locutor | Sexo | Etapas | Discursos | Señor | Promedio | Dios | Promedio | Tú  | Promedio | Él | Promedio | Padre | Promedio |
| 2       | F    | Adulto | 1         | 10    | 10.00    | 0    | 0.00     | 1   | 1.00     | 0  | 0.00     | 4     | 4.00     |
| 6       | F    | Adulto | 1         | 7     | 7.00     | 1    | 1.00     | 0   | 0.00     | 2  | 2.00     | 3     | 3.00     |
| 7       | F    | Joven  | 1         | 0     | 0.00     | 3    | 3.00     | 1   | 1.00     | 0  | 0.00     | 1     | 1.00     |
| 1*      | M    | Adulto | 30        | 200   | 6.67     | 122  | 4.07     | 108 | 3.60     | 54 | 1.80     | 42    | 1.40     |
| 3       | M    | Joven  | 1         | 4     | 4.00     | 1    | 1.00     | 1   | 1.00     | 0  | 0.00     | 1     | 1.00     |
| 4       | M    | Joven  | 4         | 22    | 5.50     | 9    | 2.25     | 15  | 3.75     | 2  | 0.50     | 6     | 1.50     |
| 5       | M    | Joven  | 4         | 43    | 10.75    | 3    | 0.75     | 7   | 1.75     | 5  | 1.25     | 0     | 0.00     |
| 8       | M    | Joven  | 2         | 27    | 13.50    | 3    | 1.50     | 6   | 3.00     | 2  | 1.00     | 15    | 7.50     |
| 9       | M    | Adulto | 1         | 7     | 7.00     | 0    | 0.00     | 6   | 6.00     | 0  | 0.00     | 1     | 1.00     |
|         |      |        | 45        | 320   | 7.11     | 142  | 3.16     | 145 | 3.22     | 65 | 1.44     | 73    | 1.62     |

No se aprecia un uso diferenciado significativo de los términos por perfil del locutor. En su mayoría las formas para referirse a la divinidad siguen siendo las tradicionales “Señor”, “Dios” y “Padre”. El uso de la palabra “Tú” es más común en los locutores más jóvenes. Esto puede resultar de cambios en los significados de las interacciones de nuevas generaciones con la divinidad. En esto radica la importancia de analizar la enunciación y pronunciación de los discursos en el ritual se estudió.

## **El Ritual de la Alabanza Corporativa y los Actos del Habla**

El ritual de la AC en CCC implica ocho actos identificables, los que más se repiten y parecen formar el proceso ritual son: el saludo inicial, instrucciones muy específicas para iniciar, otras instrucciones muy específicas para elevar una oración y la oración inicial. Otros actos que aparecen de manera repetida son la comunicación del propósito del propio ritual y la introducción a los cantos. Además, en algunas situaciones, pero en menos casos, se presentan una reflexión orientada por la Biblia y un momento de lectura de un fragmento de la Biblia. El orden de estos actos de la AC es el siguiente: por lo general se inicia con un saludo de cortesía a los congregantes, por ejemplo, “buenos días Iglesia”; al saludo le siguen instrucciones para iniciar, (siempre son para ponerse de pie); después de esto puede variar, en la mayoría de las situaciones le siguen las instrucciones para elevar una oración, posteriormente se eleva una oración y en seguida se hace una introducción a los cantos. En otros casos a las instrucciones para iniciar le pueden seguir la comunicación del propósito del ritual, o una reflexión, o una breve lectura de la Biblia seguida de una reflexión, de aquí se puede elevar una oración y después la introducción a los cantos.

En VM se identificaron nueve actos como parte del ritual de la AC. Salvo en dos ocasiones el orden de los actos fue el siguiente: saludo inicial, siendo el de los locutores adultos, “Buenos días” o “Buenas tardes”; mientras que el de los locutores jóvenes, “Buenos días familia”. A este le siguen las instrucciones para iniciar que, siendo las más frecuentes las que indican ponerse de pie, pero a manera de pregunta, “¿qué le parece si se pone de pie?” o “por qué no nos ponemos de pie”, al parecer una forma cortés de dar instrucciones. Sigue la comunicación del propósito del ritual; paso seguido, se dan instrucciones para elevar una oración; le sigue la oración de inicio; y, finaliza con la introducción a los cantos. Sólo en una ocasión el locutor leyó un fragmento de la Biblia e hizo una reflexión sobre esta lectura.

Para los locutores de CCC el ritual de la AC es el momento en que se reúnen los creyentes para juntos adorar, alabar, reconocer, agradecer a su dios: “Estamos unidos de corazón para adorar a nuestro Dios y para aprender más de su palabra. Así que esta mañana no importa dónde te encuentres, en tu casa, en tu cuarto, con tu familia, solo” (Locutor 1 en Cedes Comunidad Cristiana, 2022b). En este momento se puede aprender más de su palabra (Biblia), se pueden traer las cargas personales, preocupaciones y aflicciones para entregarlas a Dios y darle gracias por su amor y por la libertad. Es el momento donde los creyentes se reúnen de corazón para gozarse con todo y sin reservas, para estar juntos para adorar a Dios. Es la oportunidad que hay que aprovechar para acercarse a Dios, a su trono: “¿Cuántos vienen listos en esta mañana... para lo que Dios quiere hacer? Este es un tiempo especial, así es que te invitamos nuevamente a que [...] no desaproveches esta oportunidad” (Locutor 5 en Cedes Comunidad Cristiana, 2022b). Como se observa en los discursos de VM, los locutores describen el ritual de la AC como un tiempo para disfrutar: “disfrutamos de estar juntos en [...] en armonía” (Locutor 1, en Vástago Ministerios, 2022b); “y disfrutar de este tiempo especial en el cual podemos estar reunidos en su nombre” (Locutor 1, en Vástago Ministerios, 2022c). Es el tiempo para adorar y exaltar a Dios: “Le decimos Dios [...] eh [...] lo mucho que estamos agradecidos porque nos da un día más para poder alabarle” (Locutor 4 en Vástago Ministerios, 2022d). El ritual colectivo para reconocer, adorar y exaltar a su dios.

Para identificar los actos del habla Austin propone (aunque no muy satisfecho) cinco clases generales de verbos: judicativos, ejercitativos, promisorios, comportativos y expositivos (2018: 118). En las palabras del autor:

Para resumir, podemos decir que usar el judicativo es enjuiciar; usar el ejercitativo es ejercer una influencia o una potestad; usar el promisorio es asumir una obligación o declarar una intención; usar el comportativo es adoptar una actitud; y usar el expositivo es clarificar razones, argumentos y comunicaciones (Austin, 2018: 211).

Por su parte Searle al analizar la propuesta de Austin, propone su Taxonomía Alternativa para lo que consideró categorías básicas de los actos ilocucionarios: “Representativos. El objeto o propósito de los miembros de la clase de los representativos es comprometer al hablante (en diferentes grados) con que algo es el caso, con la verdad de la proposición expresada (1976: 57)”;

“Directivos. Su objeto ilocucionario consiste en el hecho de que son intentos (de varios grados, y por eso más precisamente, son determinados del determinable que incluye intentar) del hablante de llevar al oyente a hacer algo” (1976: 58);

Comisivos, “Los comisivos son, entonces, aquellos actos ilocucionarios cuyo objeto es comprometer al hablante (de nuevo en grados varios) con algún futuro curso de acción” (1976: 59); “Expresivos. El objeto ilocucionario de esta clase es expresar el estado psicológico especificado en la condición de sinceridad sobre el estado de las cosas especificado en el contenido proposicional” (1976: 60); y, “Declaraciones. La característica definitoria de esta clase es que la realización con éxito de uno de sus miembros da lugar a la correspondencia entre contenido proposicional y la realidad” (1976: 62).

Las condiciones que se deben dar para que los discursos sean entendidos en su contexto para ambas iglesias son señaladas de manera explícita, implicante e incluyente para el locutor y los destinatarios-congregantes. Al proponer la doctrina de los Infortunios, Austin (2018), menciona las condiciones necesarias para que un acto realizativo sea afortunado: “Tiene que haber un procedimiento convencional aceptado que posea cierto efecto convencional” (1976: 59); “las personas y circunstancias particulares deben ser las apropiadas para recurrir al procedimiento particular que se emplea” (1976: 59); “El procedimiento debe llevarse a cabo por todos los participantes de forma correcta, y en todos sus pasos” (p. 60); “el procedimiento requiere que quienes lo usan tengan ciertos pensamientos o sentimientos, o está dirigido a que sobrevenga cierta conducta correspondiente de algún participante” (1976: 60); “los participantes tienen que comportarse efectivamente así en su oportunidad” (1976: 60).

Como se ha propuesto, los actos del habla deben ser analizados bajo ciertos contextos socioculturales donde existen condiciones para que estos cumplan su propósito. Los tipos de actos identificados en los discursos durante el ritual de la AC son de mayor a menor uso: directivos, representativos, comisivos, y con diferencia significativa entre declarativos y expresivos.

Por Iglesia, Cedes Comunidad Cristiana. Los locutores usan actos directivos para indicar instrucciones, momentos y actitudes durante el ritual. La forma en que realizan estos actos es a manera de peticiones o invitaciones a hacer algo. La mayor proporción de actos directivos-mandato se observaron en los discursos de la Locutor 5, identificada como la líder formal del ministerio. La proporción en el uso de actos del habla representativos y comisivos es muy equilibrada y se encontró un escaso uso de actos declarativos. Ver Tabla 9.

En los rituales de la AC donde se incluyeron la lectura de la Biblia y/o un espacio para la reflexión aparecen más actos representativos y comisivos. Aun así,

existe una relación entre el tema del fragmento de la Biblia que se lee y los actos del habla. Por ejemplo, Locutor 1 dice: “Hoy es un buen día para recordar un pasaje que encontramos en Tito 3:5: “Y nos salvó, pero no lo hizo porque nosotros hubiéramos hecho algo bueno. Sino porque nos ama y quiso ayudarnos” (Locutor 1 en Cedes Comunidad Cristiana, 2022d). En este discurso en particular aparecen ocho actos representativos como parte de la meditación sobre la lectura y sólo un acto comisivo dentro de otro representativo: “Es un amor eterno que nunca vamos a llegar a entender, pero que sí podemos agradecer. Con acciones de gratitud, de obediencia, una vida entregada a él” (Locutor 1 en Cedes Comunidad Cristiana, 2022d). El tema de la lectura es que el amor de Dios no dependió de acciones humanas, por lo que solo le resta al humano agradecer ya que no existe forma de compensar la salvación recibida, de ahí que el acto comisivo lleve el grado de intención.

**Tabla 9***Ejemplos de Actos del Habla CCC*

| <b>Tipo de Acto del Habla</b> | <b>Cita</b>                                                                                                                                                | <b>Locutor</b> | <b>Fecha</b> |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
| Acto directivo-Petición       | Los invitamos a tomar de pie, este tiempo especial que vamos a tener el día de hoy.                                                                        | 1              | 16-ene-22    |
| Acto directivo-Petición       | Quisiéramos[...] esta mañana invitarlos a que podamos[...] exaltar su nombre en gratitud.                                                                  | 4              | 10-jul-22    |
| Acto directivo-Petición       | Así que te invito a que estés cierres tus ojos esta mañana y le digas de todo corazón[...]                                                                 | 1              | 14-ago-22    |
| Acto directivo-Mandato        | Dile gracias Señor, gracias por tu amor.                                                                                                                   | 1              | 16-ene-22    |
| Acto directivo-Mandato        | Con tus propias palabras empiézale a expresar lo que hay en tu corazón.                                                                                    | 5              | 17-jul-22    |
| Acto directivo-Mandato        | Si no lo sientes decláralo en fe. Y dílo el Señor ha sido bueno conmigo y siempre lo será.                                                                 | 5              | 30-oct-22    |
| Acto representativo           | Es porque su gracia y su misericordia se derramó sobre cada uno de nosotros.                                                                               | 1              | 16-ene-22    |
| Acto representativo           | Y entonces somos amados, escogidos por él[...] y eso es un gran privilegio que debemos tener en cuenta siempre.                                            | 1              | 04-sep-22    |
| Acto representativo           | Iglesia gracias al amor tan grande que Jesús nos demostró en la cruz, hoy tú y yo podemos acercarnos como dice en su palabra... con libertad directamente, | 5              | 28-ago-22    |
| Acto comisivo                 | Yo los quiero invitar a que este tiempo nos enfoquemos en adorar a Dios con un corazón dispuesto.                                                          | 3              | 30-ene-22    |
| Acto comisivo                 | Hoy nos humillamos a ti Señor. Hoy nos rendimos completamente Padre. Llena este lugar con tu presencia Jesús.                                              | 5              | 17-jul-22    |
| Acto comisivo                 | Hoy decidimos estar aquí Dios para levantar tu nombre Señor.                                                                                               | 4              | 10-jul-22    |
| Acto declarativo              | Ponemos este tiempo en tus manos Señor, te adoramos Jesús.                                                                                                 | 4              | 21-ago-22    |
| Acto declarativo              | Así que esta mañana no importa dónde te encuentres, en tu casa, en tu cuarto, con tu familia, solo.                                                        | 1              | 14-ago-22    |
| Acto declarativo              | Yo quisiera, primero que nada darte la bienvenida a esta que es tu casa[...]                                                                               | 1              | 04-sep-22    |

**Por Iglesia, Vástago Ministerios.** En los discursos pronunciados durante el ritual de la AC los actos de habla que más aparecen son de tipo directivo-petición. Dos locutores concentran los actos directivo-mandato, Locutor 1, líder formal del ministerio de AC y Locutor 6, quien es la pastora del grupo de jóvenes. Se usan de forma muy equilibrada la proporción de actos representativos y comisivos y en menor cantidad los actos declarativos y expresivos. Ver tabla 10.

**Tabla 10***Ejemplos de Actos del Habla VM*

| Tipo de Acto del Habla  | Cita                                                                                                                                                    | Locutor | Fecha     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| Acto directivo-Petición | Bueno, ¿qué les parece si en esta mañana adoramos a nuestro Rey?                                                                                        | 5       | 27-feb-22 |
| Acto directivo-Petición | Los invito a que se pongan de pie y que nos acompañen a hacer esta oración.                                                                             | 7       | 24-abr-22 |
| Acto directivo-Petición | ¿Y por qué no nos acompañan en esa oración para entregarle nuestra alabanza a él?                                                                       | 5       | 27-feb-22 |
| Acto directivo-Mandato  | Vamos a cerrar nuestros ojos y ponemos en manos de él. Porque él es el Todopoderoso, digno de alabanza y de adoración                                   | 1       | 03-jul-22 |
| Acto directivo-Mandato  | Y ahí en tu lugar dile al Señor:                                                                                                                        | 6       | 17-jul-22 |
| Acto directivo-Mandato  | No permitas que nada te lo quite.                                                                                                                       | 6       | 17-jul-22 |
| Acto representativo     | Este tiempo especial de alabanza y adoración delante de nuestro Dios en un nuevo día que nos permite estar juntos.                                      | 1       | 03-jul-22 |
| Acto representativo     | Nos da ese privilegio Jesús, de entrar en tu presencia Señor y adorarte con todo nuestro corazón.                                                       | 4       | 27-mar-22 |
| Acto representativo     | Señor tú nos has dado la voz Señor para declarar quién eres tú Señor. Tú eres grande y poderoso Señor.                                                  | 8       | 16-ene-22 |
| Acto comisivo           | Nuestros corazones se abren, se rinden delante de tu presencia Señor para darte la gloria y el honor debido a tu nombre.                                | 1       | 03-jul-22 |
| Acto comisivo           | Venimos ante ti Señor rendidos, eh[...] adorándote Señor.                                                                                               | 5       | 31-jul-22 |
| Acto comisivo           | Queremos alabarte Señor en espíritu y en verdad. Te tributamos honor Señor en esta mañana en el nombre de Jesús, amén.                                  | 6       | 17-jul-22 |
| Acto declarativo        | Este es un tiempo entre nosotros y el Señor.                                                                                                            | 6       | 17-jul-22 |
| Acto declarativo        | Padre aquí estamos delante de ti Señor, para reconocer tu grandeza y tu poder.                                                                          | 1       | 03-jul-22 |
| Acto declarativo        | Que este día nos presentamos delante de ti en agradecimiento con todo nuestro ser Señor queriendo dar la gloria y la honra Señor solamente a tu nombre. | 1       | 06-mar-22 |
| Acto expresivo          | Estamos aquí reunidos, estamos gozosos de estar juntos.                                                                                                 | 1       | 03-jul-22 |
| Acto expresivo          | Bienvenidos, un[...] un domingo más en el que podemos celebrar juntos y podemos reunirnos.                                                              | 4       | 20-nov-22 |
| Acto expresivo          | Gracias porque, tenemos la oportunidad de[...] y libertad de llegar delante de tu presencia Señor con alegría, con gozo Señor con estos cantos.         | 1       | 02-ene-22 |

La diversidad de perfiles de los Locutores de VM permitió observar formas de enunciación determinadas por la etapa de vida y rol social. De los nueve locutores identificados, cuatro son jóvenes no mayores de 30 años. Como estrategia de preparación y como posible fuente de relevo generacional, las iglesias capacitan a algunos jóvenes para ministerios estratégicos como la AC y para futuros pastores. La participación de los jóvenes en el rol de conductores del ritual de AC forma parte de esta capacitación. Por esto, en el uso de actos del habla se pudo observar que ninguno utilizó de tipo directivo-mandato, sino de tipo directivo-petición y directivo-indirecto-petición, como ejemplos de este último tipo: “¿Así que por qué no oramos?” (Vástago Ministerios, 2022d), y “¿Y por qué no nos acompañan en esa oración para entregarle nuestra alabanza a él?” (Vástago Ministerios, 2022e).

### ***Modelando Interacciones Sociorreligiosas***

Una vez revisados los resultados sobre los actos del habla identificados en los discursos, es momento de pensar en las interacciones sociorreligiosas que se proponen en las iglesias evangélicas durante el ritual de la Alabanza Corporativa. Si bien las variables propuestas para el análisis son muy claras (simétricas y asimétricas), las interacciones son más complejas al asociarlas con los actos del habla. Se identificaron cinco tipos de interacciones: cuatro asimétricas y una simétrica, estas implican a la divinidad, creyente y locutor. Para distinguir el sentido de la relación de jerarquía se señaló con mayúscula al sujeto referido de mayor jerarquía y con minúscula al de menor jerarquía, quedando: las de tipo asimétrico, Divinidad-creyente (A D-c), Divinidad-locutor (A D-l), Locutor-creyente (A L-c) y Locutor-divinidad (A L-d); y una de tipo simétrica, locutor-creyente (S l-c). Además, se distinguió el alcance incluyente de la interacción señalando si es individual (I) o colectiva (C). En la tabla 11 se pueden observar los resultados de una muestra aleatoria de 30 discursos de las dos iglesias.

El contexto en que se pronuncian los discursos incluye que: se realizan dentro de una organización sociorreligiosa; como parte de un ritual introductorio; y, con la función de los locutores de conducir a la congregación hacia un ambiente sociorreligioso y anímico adecuado. Como se observa en la tabla 11, las interacciones motivadas y modeladas en mayor proporción son de tipo asimétricas, del locutor hacia el creyente y asociadas a actos del habla de tipo directivo en forma de petición con un alcance colectivo. Esto es, los discursos analizados expresan instrucciones a los congregantes de manera respetuosa y cortés incluyéndose el mismo locutor como parte de estas.

Las interacciones identificadas son asimétricas, es decir, de la divinidad hacia el creyente mediante actos del habla de tipo comisivo con un alcance colectivo. Por la naturaleza del ritual de la AC, este representa un ritual preparatorio donde el creyente se “quita las sandalias de sus pies” despojándose de todo lo que no le permite estar puro para convivir con la presencia de Dios. Los locutores animan a los creyentes a entregar todo, a entregarse como sacrificio simbólico, a adorar y honrar a la divinidad con intención verdadera y como un acto de fe. Los locutores se incluyen dentro de este sacrificio, de ahí su alcance colectivo.

En una proporción casi igual se observaron interacciones asimétricas de la divinidad hacia el locutor, y simétricas de locutor hacia el creyente todas estas asociadas a actos del habla de tipo representativo y de alcance colectivo. De esta manera se observó cómo los locutores comparten expresiones relacionadas con sus creencias, con la Biblia y con la forma de alabar a la divinidad. Los locutores expresan las razones del ritual, de las acciones, y de las emociones adecuadas. El carácter colectivo que los locutores dan a los actos del habla permite crear un ambiente de comunidad como lo señala Scott (2020).

**Tabla 11***Relación de Tipos de Interacciones y Actos del Habla*

| Tipo de Interacciones y Alcance de Inclusión |       |    |   |       |    |   |       |    |    |       |    |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
|----------------------------------------------|-------|----|---|-------|----|---|-------|----|----|-------|----|---|-------|----|---|----|----|---|---|---|
| Iglesia-Acto del Habla                       | A D-c | C  | I | A D-l | C  | I | A L-c | C  | I  | A L-d | C  | I | S l-c | C  | I |    |    |   |   |   |
| Acto comisivo                                | 37    | 31 | 6 |       |    |   | 4     | 2  | 2  | 2     | 2  |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto declarativo                             | 1     | 1  |   |       |    |   |       |    |    |       |    |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto directivo indirecto-Petición            |       |    |   |       |    |   | 8     | 7  | 1  |       |    |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto directivo-Mandato                       |       |    |   |       |    |   | 16    | 5  | 11 |       |    |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto directivo-Petición                      |       |    |   |       |    |   | 26    | 9  | 17 |       |    |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto expresivo                               |       |    |   |       |    |   | 8     | 8  |    | 7     | 7  |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto representativo                          |       |    |   | 16    | 16 |   |       |    |    |       |    |   | 25    | 25 |   |    |    |   |   |   |
| Total CCC                                    | 38    | 32 | 6 | 16    | 16 | 0 | 62    | 31 | 31 | 9     | 9  | 0 | 25    | 25 | 0 |    |    |   |   |   |
| Acto comisivo                                | 17    | 16 | 1 |       |    |   |       |    |    | 6     | 4  | 2 |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto declarativo                             | 15    | 15 |   |       |    |   |       |    |    |       |    |   |       |    |   |    |    |   |   |   |
| Acto directivo indirecto-Petición            |       |    |   |       |    |   |       |    |    |       |    |   |       |    |   | 11 | 6  | 5 |   |   |
| Acto directivo-Mandato                       |       |    |   |       |    |   |       |    |    |       |    |   |       |    |   | 14 | 10 | 4 |   |   |
| Acto directivo-Petición                      |       |    |   |       |    |   |       |    |    |       |    |   |       |    |   | 13 | 12 | 1 |   |   |
| Acto expresivo                               |       |    |   |       |    |   |       |    |    |       |    |   |       |    |   | 5  | 5  |   | 6 | 6 |
| Acto representativo                          | 1     | 1  |   | 19    | 19 |   |       |    |    |       |    |   | 9     | 9  |   |    |    |   |   |   |
| Total VM                                     | 33    | 32 | 1 | 19    | 19 | 0 | 43    | 33 | 10 | 12    | 10 | 2 | 9     | 9  | 0 |    |    |   |   |   |
| Total Iglesias                               | 71    | 64 | 7 | 35    | 35 | 0 | 105   | 64 | 41 | 21    | 19 | 2 | 34    | 34 | 0 |    |    |   |   |   |

## Consideraciones finales

El análisis pragmático de los actos de habla en los discursos durante el ritual de la alabanza corporativa aporta otros elementos para observar en las prácticas rituales de las iglesias evangélicas. Enfatiza la importancia de etapa de la liturgia, donde la congregación se identifica, es enseñada y dirigida en una dimensión social, religiosa y anímica. La Alabanza Corporativa es una situación donde se establecen interacciones entre la iglesia como estructura y con la divinidad como origen. Los resultados del análisis presentado muestran la diversidad de discursos, la apropiación de la lengua en la enunciación que hacen los locutores, y cómo las creencias y funciones de los discursos llegan a armonizarse entre sí.

Con los resultados y hallazgos se observa cómo no sólo la figura del pastor de la iglesia es quien utiliza la plataforma para enseñar y motivar creencias e inducir estados anímicos. El ritual inicial de la Alabanza Corporativa es una plataforma simbólica que da una posición privilegiada a quien conduce para motivar, enseñar e inducir creencias, prácticas y estados emotivos. A diferencia de la situación de predicación, quien conduce la alabanza corporativa lo hace en una situación enmarcada por otros estímulos visuales y auditivos que pueden influir en la congregación.

Si bien este análisis contempló sólo los discursos iniciales del ritual se considera que como aproximación logró su propósito al responder a las preguntas propuestas identificando los tipos de interacciones que se proponen en las iglesias evangélicas, así como los tipos de actos del habla que más se utilizan durante el ritual de la Alabanza Corporativa. El corpus seleccionado y documentado por su formato audiovisual y de acceso público puede ser analizado desde otros enfoques y de esta manera enriquecer el conocimiento de las prácticas religiosas contemporáneas de las iglesias evangélicas. Hace falta también documentar y analizar los efectos de los discursos en los congregantes, a quienes se les pide que se quiten las sandalias de sus pies para entrar de manera individual y comunitaria en la presencia de la divinidad.

## Bibliografía

ABERNETHY, A., *et al.* (2015). Corporate Worship and Spiritual Formation: Insights from Worship Leaders, *Journal of Psychology and Christianity*, 34(3), pp. 266-279.

AGÜNDEZ, R. (2020). Y no dejemos de congregarnos... Adecuaciones a la práctica de congregarse de tres iglesias cristianas evangélicas durante la pandemia de COVID-19 en Mexicali, México. *Culturales*, 8, pp. 1-35.

——— (2022). Experiencias religiosas compartidas de misioneros evangélicos mexicanos en tiempos de COVID-19. *Cultura y Religión*, 16(1), pp. 137-170

ALGRANTI, J. (2018). Objetos en acción. Estudio sobre instituciones, consumo y cultura material en el neopentecostalismo argentino. *Estudios Sociológicos*, 36(107), pp. 393-416.

AUSTIN, J. (2014). *Cómo hacer cosas con palabras*. Paidós.

BENJAMINIS, L. (2021). Musicking as Liturgical Speech Acts: An Examination of Contemporary Worship Music Practices, *Studia Liturgica*, 51(2), pp. 143-158.

BENVENISTE, E. (1999). *Problemas de Lingüística general II*. Siglo XXI Editores.

BLUMER, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*. Hora S.A.

CALVERT, D. (2018). Liturgical Speech Acts in the Lord's Supper. Theology & Worship, *Southeastern Baptist Theological Seminary*.

CANTO, M. (2018). Alfombrado Rojo, la dimensión comunicativa de un grupo neopentecostal de jóvenes en Mérida, Yucatán, *Península*, 13(1), pp. 63-85.

CEDES COMUNIDAD CRISTIAN. (23 de enero de 2022a). Vivencias Pt. II. [Archivo de video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=pc\\_xDWO9QGE](https://www.youtube.com/watch?v=pc_xDWO9QGE)

---

\_\_\_\_\_ (14 de agosto de 2022b). Mensaje: Ps. Fidencio Burqueño. [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xKiAmlEUL0U>

\_\_\_\_\_ (28 de agosto de 2022c). No soy fan pt XIII. [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=DfbjYjqEEvc>

\_\_\_\_\_ (16 de enero de 2022d). Vivencias Pt. I. [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hctx0xwVrmI>

\_\_\_\_\_ (30 de enero de 2022e). Vivencias Pt. III. [Archivo de video]. <https://www.youtube.com/watch?v=v6TGfGCuMjw>

\_\_\_\_\_ (10 de julio de 2022f). No soy fan pt VIII. [Archivo de video]. <https://www.youtube.com/watch?v=pSyzk66m96A>

\_\_\_\_\_ (17 de julio de 2022g). Laura & Oivind Labraten|Corazón misionero. [Archivo de video]. <https://www.youtube.com/watch?v=cMYdoivST3I>

\_\_\_\_\_ (4 de septiembre de 2022g). La Iglesia pt I. [Archivo de video]. <https://www.youtube.com/watch?v=gu4plHMw-gA>

\_\_\_\_\_ (30 de octubre de 2022g). La Iglesia pt VIII. [Archivo de video]. <https://www.youtube.com/watch?v=a7HfSZDWzTc>

DUCROT, O. (2001). *El decir y lo dicho*. (3ª ed.). Edicial S. A.

IBARRA, C. S. (2021). Beards, Tattoos, and Cool Kids: Lived Religion and Postdenominational Congregations in Northwestern Mexico. *International Journal of Latin American Religions*, 5, pp. 76–103.

IBARRA, C. S. y GOMES, E. F. (2022). Cismas y reavivamientos: la ruptura postdenominacional y sus contrastes con las iglesias evangélico-pentecostales y neopentecostales en México. *Ciencias Sociales Y Religión/Ciências Sociais E Religião*, 24, pp. 1-37.

GARMA, C. (2004). *Buscando el espíritu: pentecostalismo en Iztapalapa y la*

ciudad de México. UAM, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades.

JAIMES, R. y RUIZ, R. (2017) (coord.). *Atisbos de nación y memoria desde la historia y los estudios culturales*. México: Universidad Autónoma de Baja California.

JASPER, D. y JASPER, R. (1990). *Language and Worship in the Church*. Estados Unidos: St. Martin Press.

MANSOR, S. y RIDRUEJO, E. (2014). Análisis pragmático de los actos del habla directivos en la publicidad malaya, *Lenguas Modernas* 44 (Segundo Semestre 2014), pp. 67-79.

MORA, F. (2022). La restauración de la adoración y de la alabanza: pilar de la cultura de la Nueva Reforma Apostólica, *Protesta y Carisma*, 2(4), pp. 1-36.

OLIVAS, O. y ODGERS, O. (enero-julio de 2015). Renacer en cristo. Cuerpo y subjetivación en la experiencia de rehabilitación de adicciones en los centros evangélico-pentecostales. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, 17(22), pp. 90-119.

RIVAS, D. (2020). *El ritual de Oración: una estrategia de las iglesias cristianas para enfrentar la violencia e inseguridad en Minatitlán*, Veracruz [Tesis de maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].

ROLLERI, J. (septiembre 2018). “Es que Dios está ahí”: reflexiones etnográficas sobre el ritual del paso al altar en el Movimiento Misionero Mundial en Lima. *Revista Peruana de Antropología*, 3(4), pp. 9-26.

SCOTT, H. R., (2020), ‘Worship in a post-lock down context: A ritual-liturgical perspective’, *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 76(1), pp. 1-8.

SEARLE, J. R. (2017). *Actos de habla*. (9ª ed.). Ediciones Cátedra.

——— (1976). Una taxonomía de los actos ilocucionarios. *Teorema: Revista Internacional de Filosofía*, 6(1), pp. 43-78.

TEC-LÓPEZ, R. (2020). El neopentecostalismo y sus caracterizaciones. *América Latina, Política y Cultura*, 54, pp. 105-132.

VÁSTAGO MINISTERIOS. (16 de enero de 2022a). *Una vida de oración*. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/4800750436675122>

\_\_\_\_\_ (2 de enero de 2022b). Dios conmigo. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/1899977043539751>

\_\_\_\_\_ (13 de febrero de 2022c). Promesa de Dios (Invitado - Joseph Livingston). [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/1091639248071306>

\_\_\_\_\_ (27 de marzo de 2022d). 27 marzo 2022. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/1413112579145014>

\_\_\_\_\_ (27 de febrero de 2022e). 27/02/2022. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/4693375080760785>

\_\_\_\_\_ (6 de marzo de 2022f). Buenas noticias ante la crisis mundial. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/271765448447475>

\_\_\_\_\_ (24 de abril de 2022g). ST. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/515254073603687>

\_\_\_\_\_ (17 de julio de 2022h). Dios Muestra Su Compasión. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/1031725631045957>

\_\_\_\_\_ (3 de julio de 2022i). Invitado especial. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/599546051499305>

\_\_\_\_\_ (20 de noviembre de 2022j). Caminar en el temor de

Dios. [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/MinisteriosVastago/videos/526074946079628>

VILLAGE, A. y FRANCIS, L. (2022). Introducing the Scale of Perceived Affect Response to Online Worship (SPAROW): a psychometric assessment of ritual innovation during the pandemic. *Mental Health, Religion & Culture*, pp.1-11.