



methaodos.revista de ciencias sociales

E-ISSN: 2340-8413

coordinador@methaodos.org

Universidad Rey Juan Carlos
España

Papalini, Vanina

Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad

methaodos.revista de ciencias sociales, vol. 2, núm. 2, noviembre, 2014, pp. 212-226

Universidad Rey Juan Carlos

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441542972005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad

Therapeutic Cultures: From uniformity to diversity

Vanina Papalini

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas,
Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Córdoba, Argentina.
vaninaAutor@gmail.com

Recibido: 03-08-2014
Aceptado: 25-10-2014



Resumen

Este artículo apunta a desarrollar un concepto de "culturas terapéuticas" integral en el que convergen las perspectivas de la sociología y la psicología social, la antropología de las religiones y la antropología médica. Sugiero que esta cultura no es uniforme sino que adquiere numerosas variaciones. A fin de comprenderlas, describo cuatro de sus dimensiones centrales: las concepciones de cuerpo y de subjetividad, las creencias más generales que sostienen las terapias y los modelos jerárquicos de relaciones que promueven. Mi estrategia de investigación se basa en etnografías y observaciones participantes en grupos terapéuticos, entrevistas a usuarios y expertos, análisis de materiales informativos y de divulgación, cartillas, folletos, libros y páginas web en Argentina, España y México durante el período 2007-2013, así como un extenso estudio de fuentes secundarias. Los resultados muestran cierta uniformidad en las concepciones de cuerpo y subjetividad, y gran diversidad en creencias, terapias y modos de relación. La investigación empírica permitió identificar cuatro modelos distintos de relaciones terapéuticas con diferentes estilos de ejercicio de la autoridad, que contribuyen no sólo a concebir de distintas maneras la salud y la enfermedad, sino también a ejercitar la construcción de relaciones sociales.

Palabras clave: cuerpo, cultura terapéutica, grupos terapéuticos, subjetividad, terapias alternativas.

Abstract

The aim of this article is to develop a comprehensive concept of Therapeutic Culture, in which sociology, social psychology, anthropology of religion and medical anthropology could meet. I suggest that this culture is not uniform but express a number of variations. In order to understand them, I describe four main dimensions: a conception of body and subjectivity, general beliefs that support therapies and social hierarchic models promoted. My research strategy is founded in ethnography and participant observation in therapeutic groups, expert and users interviews, and documental analysis of information sheets, publicity, brochures, books and web pages from Argentina, Spain and Mexico from 2007 to 2013. Supplementary, I review a large number of literature and secondary sources. The results show some uniformity in body and subjectivity conceptions and a great diversity in beliefs, therapies and relationship models. Empirical investigation permits to identify four different models of therapeutic relationship with different styles of exercise authority that contribute not only to conceive in different ways both health and disease, but also to practice the building of social relations.

Key words: Alternative Medicine, Body, Subjectivity, Therapeutic Culture, Therapeutic Groups.

Sumario

1. Introducción | 2. Cuerpo | 3. Subjetividad | 4. Terapias y creencias | 5. Aprestamiento societal: autoridad y funcionamiento de los grupos terapéuticos | 6. Conclusiones: sanar y curar | Referencias bibliográficas

1. Introducción

“Quiero sentirme bien” y “¿cómo puedo ser feliz?” son dos expresiones frecuentísimas que remiten a un sustrato de insatisfacción y deseos de bienestar de amplios grupos humanos. El malestar no está necesariamente ligado a la posesión de bienes materiales o un mayor estándar de vida. Con las necesidades básicas resueltas y sin referir necesariamente a situaciones críticas o problemas graves, las percepciones y sentimientos que originan las preguntas describen oblicuamente un umbral de acusada sensibilidad que reconoce las inflexiones anímicas y cartografía las ocurrencias físicas minuciosamente (Le Breton, 1995a; Le Breton, 1995b).

La sensación de malestar y la impresión de insuficiencia emergen en la comparación con un ideal de bienestar asequible pregonado en los discursos sociales (Ehrenberg, 2010). Este ideal tiende al logro del *wellness*, asociado a la salud, el optimismo y el éxito. El *wellness* incluye, pero no se agota en él, el *fitness* – el buen estado físico que se traduce en proactividad dentro de la vida laboral (Landa, 2009a)– y el “verse bien” en términos generales de apariencia (Corbin y Pangrazi, 2001) que descansa ocasionalmente en el procedimiento de las cirugías estéticas (Aafjes, 2008; Córdoba, 2014). El término apunta a englobar todas las facetas de la vida: emocional, social, económica y espiritual.

La disposición anímica propiciada (“moral alta”, equilibrio emocional, sentido de vida, salud y diligencia) no es condescendiente en relación con las aflicciones de los sujetos (ya sean físicas, anímicas o familiares) y estimula la necesidad de estar bien en todo momento, esto es: aun cuando las condiciones sean adversas y reclamen otros procesos (Sennett, 2000). A nivel subjetivo, la exacerbación de este ideal promueve el registro de la “falta”: falta de entusiasmo, de vitalidad, de juventud. Las carencias son generalmente identificadas por el propio agente, comparando sus estados habituales con los estándares de lo “normal” y lo “bueno” enaltecidos en las culturas (Ehrenberg, 1991; 1995).

Aunque no necesariamente impliquen enfermedad o padecimiento, estos estados inferiores a lo óptimo son de escasamente tolerados. Así, la impresión de malestar se generaliza (Ehrenberg, 2000; Manonelles Moner, 2007a, 2007b) en las sociedades occidentales y occidentalizadas,¹ creando las bases de la demanda que impulsa la proliferación de prácticas y productos terapéuticos dirigidos tanto al tratamiento de las experiencias dolorosas o sufrientes –físicas o psíquicas–, como a alcanzar un mayor grado de bienestar y plenitud. Para muchos autores (Ehrenberg, 1991; Zarifian, 1996; Healy, 1999; Galende, 2008), esta demanda de bienestar y felicidad, esta compulsión al optimismo constante y el rechazo a emociones e inclinaciones consideradas paralizantes (como la tristeza, la vacilación, la introspección o el cansancio), es movilizadora por los intereses de industrias farmacológicas o biomédicas que se expresan, paradigmáticamente, en los medios masivos, pero también por boca de los especialistas, dando lugar a un lucrativo mercado que comercializa bienestar, salud y belleza (Díaz Rojo et. al, 2006) bajo el manto de una pretendida objetividad informativa y científica (D’angelo, 2014).

Sea cual sea el origen, el panorama descrito, donde de manera concurrente se encuentran ofertas y demandas orientadas al cuidado de sí mismo en todos sus aspectos, se ha generalizado y ya no es privativo de sectores medios y altos. El lenguaje “psy”, ampliamente divulgado (Illouz, 2008; Plotkin y Damousi, 2009) operó una suerte de aprestamiento o “preparación cultural” (Mumford, 1997) que facilitó la familiarización con un conjunto de nociones abocadas a las percepciones subjetivas. El giro hacia el sí mismo de la década de 1990 –tematizado por las teorías de la posmodernidad (Lipovetsky, 1983; Lasch, 1999; Sibilia, 2008)– y el bienestar establecido como meta integral de las sociedades (Sen, 1998) han dado lugar a un número de configuraciones culturales que se engloban bajo la denominación de “cultura terapéutica”.

El significado del término adquiere un cariz distinto según el campo disciplinar del que provenga la definición. Desde la psicología social y la sociología, se asocia a la extensión del vocabulario emocional y terapéutico que conduce a una comprensión autorreflexiva del sí mismo. Este lenguaje aparece como parte

¹ Me refiero a sociedades que han sufrido históricamente procesos de aculturación de parte de metrópolis occidentales, cuyos rasgos han sido actualizados por los efectos de la transnacionalización, como es el caso de los países latinoamericanos, especialmente en sus grandes urbes. La occidentalización en su fase transnacional alcanza también a China, donde las culturas terapéuticas comienzan también a hacerse visibles. No obstante, la diferencia cultural es tan importante que se requeriría un trabajo de investigación específico anterior a toda conjetura.

de un modelo disciplinario (Rose, 1989, 1998),² un guión cultural (Furedi, 2004)³ o un discurso que permite un monitoreo constante sobre el sí mismo (Illouz, 2007; 2008),⁴ en consonancia con las nuevas modalidades de control social (O'Malley, 1996) y el "nuevo espíritu" del capitalismo (Boltanski y Chiapello, 1999).

Desde la antropología, el término surge en un espacio de convergencia entre salud y religiones, con énfasis en uno u otro aspecto (Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez, 2013). En la vertiente de la antropología de las religiones, Heelas y Woodhead (2005: 82-94) proponen estudiar los "ambientes holísticos" (*holistic milieu*),⁵ en donde se produce el sincretismo entre la espiritualidad y prácticas terapéuticas concretas. El componente religioso –aun cuando fuera heterodoxo– es enfatizado mediante el concepto de "espiritualidades vitales" (*spiritualities of life*).⁶ Del lado de la antropología de la salud, se sistematizan modelos etiológicos y repertorios de terapias asociados a cosmovisiones religiosas y visiones de lo sagrado (Laplantine, 1999). La categoría de "configuración etnomédica" (Idoyaga Molina y Sacristán Romero: 2010) permite comprender las complementariedades terapéuticas que expresan "la atención de la salud a través del traslape entre diversas medicinas" (Idoyaga Molina y Sacristán Romero, 2012:132). La complementariedad terapéutica, que implica "la combinación, frente a un mismo episodio de enfermedad, de estrategias terapéuticas diversas" (Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013:453), parte de una clasificación que diferencia distintos tipos de medicina.⁷

Como se observa, existen distintas formas de conceptualización de esta dimensión de la vida social. Mi análisis apunta, justamente, a señalar algunos componentes centrales que engloba el término "cultura terapéutica" concebido originalmente, como hemos visto, esencialmente en relación con el dominio "psy" y ciertas transformaciones culturales. Por mi parte, intento incorporar tanto la perspectiva médica cuanto la dimensión religiosa o espiritual de modo que contemple integralmente los tres enfoques antes mencionados. Mi esfuerzo no está puesto en acentuar su carácter global e indistinto sino a la inversa, en esclarecer el término en relación con sus diferenciaciones y particularidades: no existe una única cultura terapéutica, ni ésta es uniforme. Al desagregar sus componentes, se hacen visibles algunas de sus variaciones, habilitando su conformación en plural.

Hablaré, pues, de "culturas terapéuticas". A mi juicio, estas variaciones aludidas en el plural pueden establecerse analíticamente a partir de la consideración de cuatro dimensiones transversales: las concepciones de *cuerpo* y de *subjetividad* sustentadas, las *creencias* en las que se fundan los tratamientos y prácticas del cuidado de sí y los *modelos jerárquicos de relaciones* que promueven. Este último aspecto no aparece demasiado profundizado en la literatura sobre el tema, pero entiendo que es central para pensar modos de constituir el lazo social que emergen a partir de la experiencia terapéutica (Autor y Rizo, 2014). Las instancias grupales características de las prácticas terapéuticas complementarias o alternativas son ejercicios de sociabilidad y de construcción de autoridad que, aunque poco evidentes, ya forman parte del devenir societal, cultivando *modos específicos* de construcción social. Mi premisa es que las

² "I argue in these essays that psy has played a key role in constituting our current regime of the self as well as itself having been «disciplinized» as part of the emergence of this regime. (...) This internal universe of the self, this profound «psychology», lay at the core of those ways of conducting ourselves that are considered normal and provided the norm for thinking and judging the abnormal –whether in the realm of gender, sexuality, vice, illegality, or insanity" (Rose, 1998: 2 y 4).

³ "The tendency to reinterpret not just troublesome but also normal experience through the medium of an emotional script can be seen through the phenomenal expansion of psychological labels and therapeutic terms. (...) Therapeutic culture provides a script through which emotional deficits «make their way into the cultural vernacular» and become available for «the construction of everyday reality»" (Furedi, 2004: 2 y 12).

⁴ "The therapeutic discourse has made emotional life a matter of procedural and reflexive monitoring of the self, especially for members of the middle-class and perhaps even more especially for women" (Illouz, 2008: 150).

⁵ La definición de holístico significa aquí la comprensión global del ser como cuerpo, mente y espiritualidad.

⁶ Esta expresión se refiere a aquellas enseñanzas y prácticas que ubican a la espiritualidad en las profundidades de la vida, identificándose con la vida misma y sosteniéndola (Heelas, 2008:25).

⁷ 1) Biomedicina y psicoterapias, 2) Medicinas tradicionales (chamanismo, curanderismo), 3) Medicinas religiosas (prácticas rituales y otras formas curativas de las iglesias Católica, Evangélicas, Pentecostales y Afroamericanas), 4) Medicinas alternativas (terapias ligadas a la *New Age*, tales como la reflexología, el yoga, la terapia de vidas pasadas, el reiki, etc.), 5) El autotratamiento, automedicación o medicina casera, esto es, la práctica terapéutica de "legos" (Idoyaga Molina y Sarudiansky, 2007: 62). Las combinaciones que se producen a partir de estos tipos, dentro de un mismo sector socioeconómico y con similares niveles de instrucción, dan lugar a la denominación de "estilos terapéuticos" inspirada en la noción de Mary Douglas de "estilos de pensar" (1998).

configuraciones culturales terapéuticas de sociedades occidentales y occidentalizadas son fuertemente homogéneas en cuanto a las dos primeras dimensiones de análisis. Sus diferencias se perciben al analizar las otras dos.

Definiré, entonces, a las culturas terapéuticas como amalgamas de discursos, saberes legos y expertos, prácticas y creencias científicas y religiosas que conciben el malestar subjetivo y la dolencia física como sufrimiento inaceptable o sólo admisible en niveles muy bajos. Básicamente son reactivas a toda forma de padecimiento y proponen una serie de recursos para "estar bien" de manera permanente. Hablo de ellas como "culturas" en orden a la extensión y vulgarización de saberes, técnicas y recursos de apoyo subjetivo inmediatamente disponibles en las sociedades, a los que se accede sin la intervención de un dispositivo experto. Las culturas terapéuticas echan mano a un conjunto de nociones popularizadas de distintos tipos de psicología y neurociencias, así como también a una amplia variedad de terapias alternativas, saberes tradicionales, creencias y supuestos de la Nueva Era que tienden al cuidado del sí mismo. Bajo el imperio de las distintas culturas terapéuticas, se amplía el rango de lo que se considera "patológico". Así, tanto la enfermedad, como la vejez o la fealdad, y la tristeza, al igual que la angustia o la timidez, pueden para las culturas terapéuticas actuales ser concebidas como "anomalías" o estados no deseados (Autor, 2007).

La diversidad de situaciones, experiencias, prácticas y creencias involucradas en el término es inmensa. "Estar bien" se ha convertido en una consigna generalizada que replica un deseo socialmente extendido, simbolizándolo y codificándolo en términos que responden a su propia lógica (Lupton, 2012), esto es: los problemas se vuelven resolubles dentro de un mercado terapéutico que ofrece armonización, tratamiento y sanación, estilos de vida, belleza, salud y bienestar, como resultado de una transacción que la mayor parte de las veces incluye un pago pecuniario.⁸

Mi estrategia de investigación se basa en etnografías y observaciones participantes en grupos terapéuticos, de ayuda mutua y de meditación, festivales de yoga y presentaciones de libros, así como también en entrevistas individuales a usuarios de terapias alternativas y complementarias de distintos países iberoamericanos (Argentina, España y México fundamentalmente) realizadas durante el período 2007-2013. Las notas de campo y los registros de observación se completan con numerosas entrevistas con informantes clave —generalmente expertos de terapias biomédicas o complementarias y alternativas. Adicionalmente, analicé materiales informativos y de divulgación, cartillas, folletos, libros y páginas web. He consultado también fuentes secundarias e investigaciones referidas a distintas dimensiones de este vasto universo.

2. Cuerpo

Una de las concepciones que característicamente trazan la línea del "cambio epocal" es la reinterpretación del cuerpo. En lo que parece la última batalla de la autonomía, nos independizamos de la naturaleza también en relación a esta determinación biológica, por una triple vía: el rechazo al dolor, el rechazo a la decrepitud que supone el paso del tiempo y el rechazo al aspecto físico dado. Todos estos aspectos son contemplados en una cultura terapéutica que disminuye y previene el padecimiento físico, se ocupa de las carencias y menoscabos psicofísicos asociados a la vejez y se asocia con las cirugías estéticas para redefinir la apariencia y el género. El cuerpo no es ya un dato determinante.

a) Vejez y dolor

Entre las vertientes más dinámicas de las biotecnologías se encuentran aquellas que se abocan a la preservación de la lozanía y la extensión del ciclo vital. Ciertamente eficaces en este plano, han logrado la extensión de la expectativa de vida, la cual supera ya los 70 años en las sociedades occidentales y occidentalizadas.⁹ Pero eso es sólo el primer paso, pues no se trata sólo de vivir más sino de vivir mejor, reteniendo los atributos de la juventud tanto tiempo como sea posible y alejando el horizonte de la finitud

⁸ Existen notables excepciones, sobre todo en grupos de ayuda mutua, donde toda la terapia puede ser gratuita. En el caso de los grupos espirituales o religiosos, existe algún tipo de contraprestación o pago monetario o en especie.

⁹ Esperanza de vida promedio expresada en años: Europa: 78,4; América del Norte: 77,6; Oceanía: 74,0; América Latina: 71,5. Fuente: <http://www.worldlifeexpectancy.com/>. [18-10-2014].

(Sibilia, 2005). La belleza, la vitalidad, el "juvenilismo" como expresión actitudinal, son imperativos de época. En el extremo, es decir, cuando se tornan imposibles por el paso del tiempo o la enfermedad, estos objetivos se retraducen en la búsqueda de "calidad de vida". El término es definido por la OMS como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Esta definición abarca la salud psicofísica, la autonomía individual, la sociabilidad, el medio ambiente y las condiciones en las que se desarrolla la existencia (Urzúa M. y Caqueo Urizar, 2012).

El dolor, por su parte, ha sido redefinido, incorporando la dimensión del sufrimiento subjetivo. La diferencia entre "dolor físico" (*pain*) y "padecimiento subjetivo" (*suffering*) se ha prácticamente borrado. En *Antropologie de la douleur*, David Le Breton (1995a) señala que las sociedades contemporáneas no están familiarizadas ni aceptan, más que como una anomalía, la idea de que la vida pueda aparejar dolor. La biomedicina ha tendido a eliminar el sufrimiento e intervenir sobre los cuerpos a fin de eliminar los focos de enfermedad o los órganos afectados por ella. Así, el umbral de tolerancia al dolor ha bajado incesantemente hasta la casi completa supresión. Puede pensarse, por ejemplo, en la disminución del dolor y el riesgo en el parto. Sus posibilidades actuales de analgesia se han perfeccionado con el uso de técnicas biomédicas y anestias localizadas. La experiencia subjetiva de malestar, el padecimiento (*illness*) y su definición social como mal o dolencia reconocible (*sickness*) se vuelva parte integrante de la definición de enfermedad o síndrome (*disease*) (Susser, 1973), tal como ocurre en el caso de la menopausia (Arroba, 2003) y la andropausia, que han sido medicalizados y cuyos síntomas reciben tratamiento.

Más insoportable que la muerte misma, el dolor aparece como absurdo. No obstante, esa misma negación del dolor vuelve a los sujetos más frágiles y dependientes de un sistema de salud que parece ser la fuente de la fortaleza y la eterna juventud. Al mismo tiempo, vuelve indistintas las sensaciones físicas, puesto que suprimir el dolor amengua la sensación de plenitud. Sufrimiento y placer son extremos amputados de la cadena, a favor de un bienestar promedio de baja intensidad.

b) Maleabilidad corporal

Preso de las tecnologías corporales, el sujeto invierte capital económico y psíquico en productos farmacéuticos que organizan la nueva economía emocional bajo la forma de relación social dominante, el "costo-beneficio": se trata de minimizar gasto de energía, esfuerzo e involucramiento propio y maximizar el resultado. Antes que el ejercicio físico y la dieta, la intervención quirúrgica. Antes que el esfuerzo de seducción, la pastilla que garantiza el disfrute sexual. Antes que la serenidad lograda por el crecimiento personal y la maduración frente a los avatares de la vida, el calmante.

Como señala Nelly Schnaith, "la negación del sufrimiento no conduce a su supresión. Por el contrario, da cabida a la eficacia clandestina de sus poderes destructivos no reconocidos que, a la larga, transmuta los beneficios del alivio inmediato en el penoso esfuerzo de mantenerlo a toda costa" (Schnaith, 1990:62).

La eficacia de las técnicas se consume en otra cosa que el simple disimulo o la transformación de la apariencia; es el ejercicio de una sutil negación de biología y biografía, para sostener la ilusión de perpetua libertad y autodeterminación. En un pormenorizado análisis sobre las cirugías estéticas, Marcelo Córdoba (2014) señala esta imbricación entre representaciones circulantes en tono al cuerpo y su modificación por la vía de las cirugías plásticas. Para él, la "agente femenina" primordialmente obtiene de los textos sobre belleza femenina, una constatación autorizada de su carencia. Aún más, esta carencia impide la armonía "cuerpo-alma", la síntesis de la concepción "holista" de salud que consagra el ideal del *wellness*. La cirugía permite revertir la dominación ejercida por la materialidad corporal. Así, la decisión de intervenir sobre el cuerpo muestra la capacidad de autonomía frente a la Naturaleza.

El cuerpo que nos es dado ya no es una determinación fija. Pero si esa aseveración es cierta, en no ejercicio de esa "autonomía" muestra una debilidad moral. A tal punto es obligatorio cuidar y mejorar el cuerpo, que las formas corporales no coincidentes con el ideal de belleza se tornan repudiables, "puesto que sería factible adecuarlas" y por lo tanto, su desarreglo se torna responsabilidad del sujeto. Entre los cuerpos no deseables están los cuerpos obesos. La obesidad es disfuncional a un conjunto de valores sostenidos por el capitalismo pero es criticable, fundamentalmente, porque expresa una suerte de "abandono" cuyo contenido axiológico es inadmisibles (Landa, 2009b).

Guattari enumera algunas posibilidades que el dispositivo tecnomédico ofrece para escapar al legado "natural": "Antidepressivo, viagra, cirugía estética, turismo sexual, diagnóstico de pre-implantación seguido de anhelos de remodelación de la dote genética de quien aún no ha nacido: tales son las ofertas actuales de amortiguación del sufrimiento" (Guattari, 1996: 15).

Así, reconvertir el cuerpo para satisfacer el deseo parece el imperio de la libertad. Pero, si nos guiamos por la performatividad de las representaciones de lo bello en nuestras culturas, habría que preguntarse si lo que se intenta es satisfacer el propio deseo o el deseo del Otro. Raramente esta posibilidad de intervención sobre el propio organismo se aleja del canon de lo "bueno" sancionado socialmente, aunque existen casos donde efectivamente es necesaria otra interpretación.¹⁰ No toda intervención en el cuerpo es heterónoma, pero tampoco es unánimemente autónoma.

La doxa circulante en los discursos sociales plantea una definición del yo dual: por un lado, desatiende el holismo, la unidad de cuerpo, mente y espíritu: parecería operarse una escisión del cuerpo, el cual deviene un no-yo, un instrumento, un envase, un molde completamente modelable. La publicidad nos invita continuamente a darle ciertos productos o realizarle ciertos tratamientos a nuestro cuerpo, como si fuera un socio que llevamos adherido (Trosman, 2013). La autenticidad reposaría en una esencia emplazada en la subjetividad, exactamente como lo proponen las visiones dualistas. Por otro lado, se nos asegura que no hay más vida que ésta ni otro placer que el del cuerpo, ni es posible sentirse bien si el cuerpo no se integra adecuadamente con la imagen idealizada del propio yo. La contradicción se resuelve merced a la unificación entre el yo tal como se lo experimenta y el yo en su materialidad corporal, facilitado por una la parafernalia que productos químicos, tratamientos, cirugías y prácticas corporales cuyo cometido es suturar la brecha.

3. Subjetividad

Siguiendo esta pista, se hace evidente que la instancia subjetiva es la determinante. Ciertamente, la clave de las culturas terapéuticas reposa en la subjetividad.¹¹ El adjetivo "terapéutico" no se refiere sólo –ni principalmente– al tratamiento de una dolencia física sino a una red completa de prácticas orientadas al bienestar integral, que incluyen la dietética y una profilaxis psicofísica continua. El bienestar es, de hecho, una sensación, un sentimiento. Una de las formas utilizadas para definirlo es usando la noción de *wellness*, un término de límites difusos y de traducción ímproba, asimilable a un estado de plenitud que involucra la realización personal, la salud, el equilibrio emocional.

Según una definición institucional difundida por el órgano del President's Council on Physical Fitness and Sports de Estados Unidos, se trata de un concepto multidimensional, que describe el componente positivo de la salud y forma parte de ese estado saludable, siendo la "calidad de vida" y el bienestar parte de su definición. *Wellness* es una propiedad de los individuos. No es igual al *fitness*, que refiere a la dimensión física; no es una forma de las medicinas alternativas; no es un conjunto de prácticas –lo que se hace–, sino que el *wellness* tiene que ver con lo que se *es*. Ciertamente, las declinaciones de este término son múltiples: desde una perspectiva particularista de la cultura, es virtualmente imposible que signifique lo mismo para diferentes grupos humanos.

¹⁰ El caso más lejano a este tipo de intervención "normalizadora" del cuerpo es el vinculado al travestismo, en donde son otros. Dice Lohana Berkins: "Recién a los 18 me puse tetas. Eran por mí (no para mí) y no por demanda de nadie. Tenerlas significó completarme estéticamente, porque yo pensaba que era una travesti con pocas tetas; y ponérmelas es uno de los *highlights* de mi vida. Bañarme, ver mi cuerpo desnudo. No era algo fetichista, pero me encantó. Y aún me encanta. Y no solamente a mí. (...) Simplemente busco construir mi vida desde la identidad que me corresponde. No estaría en un trabajo, ni en una reunión, ni en ningún lugar, mucho menos una pareja, que me condicione. Yo no tengo por qué travestizarme de otra cosa; esto es lo que soy y amo ser travesti. Es lo que me construye, lo que me marca. Es mi historia, mi cuerpo. Me hace feliz, me da placer, me posiciona ante la vida y ante los demás. Es el más bello de los caminos sin retorno y creo que recién estoy dando los primeros pasos" (Berkins, 2001, citado en Orellana, Mera y Medina, 2006: 177).

¹¹ Cabe señalar que aquí la subjetividad es un sustrato del yo cuyo origen aparenta ser *ex nihilo* y no, como para las perspectivas psicoanalíticas, foucaultianas o deleuzianas, un pliegue del afuera, una interiorización de la Ley, una dimensión constituida por lo social.

a) Personalidad "ideal" y rasgos patologizados

Sobre la base del dualismo enunciado antes, todo sufrimiento puede ser doblegado merced al refuerzo de ciertas cualidades subjetivas, que podemos adquirir una vez detectada su falta. Al igual que ocurría con los atributos que se destacan como ideales en relación con el cuerpo, existen características de la subjetividad que está bien visto desarrollar: proactividad, optimismo, flexibilidad frente a los cambios, expresividad, creatividad, autosuficiencia, velocidad de reacción, simpatía, control de las emociones negativas, capacidad de resiliencia frente al *stress* (Hancock y Tyler, 2004). En negativo, se hacen visibles las emociones problemáticas: enojo, tristeza, cansancio, desgano, dubitación, timidez, actitud prudente o conservadora, lentitud, apegos afectivos o materiales. La personalidad y los recursos subjetivos se muestran como la clave del éxito -una meta mundana- (Ampudia de Haro, 2006), o la plenitud y la armonía -su equivalente espiritual. Este cuidado y control también se ejercen también sobre la esfera íntima (Illouz, 2007). La familia, los afectos y todas las dimensiones cotidianas son objeto de análisis y tratamiento terapéutico, con su consecuente mercantilización (Hochschild, 2008; McLeod y Wright, 2009).

Aunque se hable de estas sociedades como aquéllas en las que está permitido "mostrar el interior" (Arfuch, 2002; Andacht, 2003; Bauman, 2004) no todo es bien visto, no todo puede ser mostrado, no todo es igualmente valorable. Cultivar la subjetividad, lejos de ser un proceso de reflexividad en busca de la autonomía, es un requerimiento del mundo en el que se vive. Boltanski y Chiapello (1999) proponen que el *savoir-faire* -la capacidad de hacer, vinculada esencialmente al orden productivo- está siendo gradual pero inevitablemente reemplazada por el *savoir-être*, que se funda en las cualidades subjetivas. Y éste está igualmente ligado a la esfera productiva.

El "ser" -y el ser de ciertas formas específicas- aparece como un mandato dirigido a un individuo desguarnecido y aislado, generando la sensación de que el éxito o el fracaso son su propia responsabilidad. La individuación -que se presenta como si fuera una elección autónoma- es obligatoria. Ya sea que se lo enuncie desde la posición competitiva del *management*, desde los enfoques psicoanalíticos y psicológicos, o desde la creencia, ya sea que se lo llame Yo, Ego, Ser, Sí mismo, Individuo o Conciencia, los fundamentos de la subjetividad se conjugan en singular. De allí, también, la angustia creciente ante problemas experimentados como privados.

Cuando no son suficientes los modelos suaves de las terapias alternativas, las constelaciones, las prácticas reflexivas de cualquier tipo que tienen como objetivo la readecuación de actitudes y "modos de ser", se recurre a los psicotrópicos los cuales, desincrustados del campo más restrictivo y estigmatizante de la salud mental, tienen la capacidad de restaurar el humor y otorgar la "energía psíquica" necesaria para no detenerse.

b) Control de las emociones y neoprudencialismo

En su faceta sociopolítica, esta lógica de continua revisión subjetiva y control de las emociones es sumamente eficaz; se la asocia con el "neoprudencialismo" (O'Malley, 1996; Ampudia de Haro, 2006); y se refiere a un sujeto que se autorregula y autoprovee, que hace de la previsión y la precaución una constante (Sepúlveda Galeas, 2011). El neoprudencialismo se convierte en una nueva modulación de la gubernamentalidad que desplaza las funciones públicas y las vuelve objeto de acciones privadas, enmascara los condicionamientos estructurales y las determinaciones sociales que limitan al sujeto y, al mismo tiempo, enfatiza su capacidad para resolver, con sus recursos personales, las múltiples contingencias que se le presentan. La seguridad, como el éxito, el empleo, la felicidad, la estabilidad, condiciones de vida dignas, la salud, son un asunto que atañe al sujeto y que éste es responsable de resolver. En cuanto el poder, la responsabilidad y el conocimiento de sí son atribuidos al yo, el sujeto cree poder transformarlo todo y, por lo tanto, se vuelve garante de todo (Sennett, 2000).

La supremacía de la subjetividad toma la forma de una filosofía -o más exactamente: un conjunto de creencias- idealista que desdobra al sujeto en un cuerpo y un alma, verdadera sede del yo. Este neoidealismo insiste en la premisa de que el pensamiento, la psiquis o las representaciones, dominan, conducen y modifican la materia. La resolución de problemas y el cumplimiento de los deseos apelan a la imaginación, la concentración y las aptitudes personales. Este tipo de pensamiento, en su forma "racional", destaca las capacidades latentes de la inteligencia y los atributos del carácter, y en su vertiente religiosa, apela a nociones tales como la energía, la fuerza de las representaciones mentales y un número de

creencias variables según la doctrina o religión que se profese. Sus premisas fortalecen la idea de que nada es inmutable y que la propia intervención –inclusive en la forma de “programaciones inconscientes” y “visualizaciones”– puede modificar el mundo circundante. Si el sujeto puede, por sí sólo, modificar sus condiciones, se vuelve responsable por (y culpable de) ellas. Si las padece, pero no las cambia, es porque no se lo propone con suficiente decisión y compromiso.

La última ficción en cuanto a estos poderes subjetivos está dada por la revitalización de la quimérica fuerza del deseo y su “ley de atracción”,¹² que consigue alcanzar aquellos bienes o situaciones que queremos, a condición que seamos capaces de imaginarlos con detalle. Según esta lógica, todo el poder está en las propias manos –o más bien, mente. Las condiciones estructurales desaparecen de toda consideración.

4. Terapias y creencias

Si las concepciones de cuerpo y subjetividad son más o menos compartidas en las culturas terapéuticas, existen numerosas derivaciones en términos de terapias y creencias. Hay sin embargo una perspectiva que está muy generalizada, cualquiera sea la creencia que se abrace: la perspectiva holística. Y hay un concepto-comodín que es transversal a ellas: la noción de energía. Estos dos datos repetidos con frecuencia son resignificados según las distintas configuraciones terapéutico-religiosas.

En cuanto al holismo, se refiere a la concepción de la existencia como un todo integrado. Se entiende al sujeto como un ser completo, intra-relacionado en todas sus partes y dimensiones, en comunicación e intercambio constante con el mundo que habita. Éste, a su vez, también es comprendido de manera global, como un sistema. El holismo asume que no es posible entender las partes por separado, ya que aparecen propiedades que emergen en la relación entre ellas, de manera que la totalidad no es el equivalente a la suma de cada elemento.

Esta posición abona una concepción no individualista de sujeto, que se opone a la especialización y la fragmentación propia de la biomedicina. Aplicado al mundo, converge con posiciones ecologistas que intentan subrayar la interdependencia y visibilizar las relaciones no inmediatamente observables (Beckford, 1984; Hedges y Beckford, 2000). Dentro del holismo como perspectiva general, se incluyen otras creencias que tienden a provenir de marcos religiosos diferentes. El sincretismo es una de las claves de las culturas terapéuticas, aun cuando su coherencia sea dudosa. El concepto de energía colabora en la convergencia de cosmovisiones. Se trata de:

Una realidad metafísica de tipo *mana* (por usar la expresión común en antropología desde Müller), esto es, una fuerza sobrenatural de carácter impersonal que a menudo se expresa como “energía” (o alguna de sus variantes qi, reiki, diksha, shambala...) y que en determinados contextos se refiere como Universo, Naturaleza, Luz, Unidad y otras fuerzas impersonales más concretas y diversificadas que pueden incluir los arquetipos jungianos o los arcanos del tarot, por ejemplo. Esta energía universal latente se concreta y manifiesta en formas materiales y personales visibles e invisibles que incluyen desde los quantum de la física hasta todo tipo de entidades de carácter sobrenatural (según Morris 2009: 380, “deidades planetarias, ángeles, espíritus, entidades desencarnadas, seres elementales o presencias”, pero también bodhisatvas, maestros iluminados o incluso entidades extraterrestres) pasando por objetos “energéticos” (naturales o artificiales) y por los propios seres humanos, en los que se manifiesta también esta energía tanto a través de su materia como a través de su espíritu (Cornejo Valle y Blázquez Rodríguez, 2013: 17).

El término reviste además connotaciones científicas y parece compatible con un uso esotérico de la física cuántica pero al mismo tiempo sirve como eufemismo, como noción polivalente, no “marcada” por ninguna religión en particular, que resulta preferible a otros términos más claramente inscriptos en alguna cosmovisión específica. Las creencias y las terapias vinculadas en las culturas terapéuticas son diversas, y pueden abrazar una terapéutica completa o ensamblar tratamientos, técnicas y terapias “a la carta” (Weidner Maluf, 2003). Entre las más abarcativas, que involucran un sistema de creencias y una terapéutica asociada, se pueden mencionar las etnomedicinas –amazónicas, andinas, africanas–, el curanderismo y el neochamanismo, las medicinas tradicionales china y japonesa, el ayurveda, los cultos celtas, el esoterismo.

¹² Véase como un ejemplo contundente el *best-seller* de Rhonda Byrne (2010), *El secreto*. Barcelona: Urano.

Entre las opciones fragmentarias, son conocidos el yoga terapéutico, el shiatsu, el reiki, la reflexología, la acupuntura, la musicoterapia, la fitoterapia, las Flores de Bach o las Flores de California, el uso ritual de ayahuasca, la osteopatía, la homeopatía, entre muchos otros (Labate y Araujo, 2002; Vasconcelos, 2006; Pitluk, 2008; Saizar, 2008; 2009; Freidin y Abrutzky, 2011; Bordes, 2012).

Muchas de estas creencias se comprometen con el naturalismo, el ecologismo y la integración armónica con el ambiente, al que le restituyen una dimensión sagrada. En función de este naturalismo, se despliegan dietéticas varias (veganismo, macrobiótica, dietas humorales, "arco iris", por ejemplo). El vector naturalista puede incluso proyectarse como panteísmo, en el sentido de entender como vivos a todos los elementos existentes y a la Tierra –que aparece denominada Gea o Gaia en versiones asociadas a la mitología griega, o Pacha, en las religiones andinas americanas (Trimano y Soraire, 2013)–. Remitificada, reencantada, la Tierra es objeto de preocupación y cuidado. Todas estas creencias generalmente aparecen combinadas en clave *New Age*, en el sentido de constituir un conjunto de creencias laxo, ensamblable (Carozzi, 2000; Heelas, 1996). No obstante, existen conversiones más completas que abrazan un estilo de vida y un conjunto de creencias sistemático y fijo.

La generalización de las culturas terapéuticas ha tenido consecuencias fundamentales de cuestionamiento al modelo biomédico. Los fundamentos de este debilitamiento de la autoridad médica tienen que ver con: a) la mirada holística y el escepticismo concomitante sobre el especialista que fragmenta su visión del sujeto en partes y lo desgaja de su entorno y biografía; b) el descreimiento de la verdad y eficacia de la ciencia occidental, la cual se equivoca en diagnóstico y tratamiento y se muestra impotente frente a ciertos males (creencia confirmada ante la batalla sin fin contra el cáncer); c) la convicción de que la propia ciencia y el modelo civilizatorio occidental acarrear males (como el *stress*, las radiaciones, o el sida, del que se afirma que es ocasionado por un virus escapado de un laboratorio); y d) la confirmación de que los "efectos secundarios" de las curas enferman tanto o más que el mal que se quería inicialmente remediar.

Por otro lado, y asociado con esta nueva responsabilidad sobre el sí mismo y el esfuerzo puesto en el autoconocimiento, los pacientes adquieren una nueva actitud frente a la enfermedad, y desafían las prescripciones médicas (Lupton, 2012) desde las siguientes posiciones: a) dentro del dispositivo biomédico, el paciente pierde el control del proceso y sólo puede "dejarse hacer", no participa en su curación; b) la biomedicina proporciona una representación esquemática de la enfermedad (tipificación de síndromes y asociación con tratamientos); c) los tratamientos, sobre todo los muy invasivos, producen una enajenación del cuerpo del paciente, que se convierte en objeto, espacio de intervención y experimentación del dispositivo médico-sanitario; d) el paciente experimenta la sensación de no ser escuchado en su padecimiento, toda vez que clínicamente no se haga visible la huella del mal, el médico tenderá a decirle que no tiene nada, que su "mal" es psicológico.

Esta última respuesta, fortalecida por la perspectiva sistémica del sujeto, convence al paciente de la insuficiencia de la ciencia médica frente a sus padecimientos. Las dolencias inasibles tienen una fuente que hay que buscar más allá de los órganos.

Los modelos de medicinas holísticas y las cosmovisiones con una referencia trascendental ofrecen versiones completas de la enfermedad que resultan a la postre más convincentes: interpretan simultáneamente el malestar emocional y existencial conjuntamente con los desarreglos somáticos. Esta preferencia por modelos holísticos que admitan un nivel de comprensión de la enfermedad como consecuencia de un estado del alma va ganando terreno en la medida en que apunta a "estilos de vida" que también son considerados como fuente de numerosos males contemporáneos. El bienestar es una meta que se define integralmente.

5. Aprestamiento societal: autoridad y funcionamiento de los grupos terapéuticos

La última dimensión de análisis se centra en los modos de relación y figuras de autoridad asociadas a las culturas terapéuticas.¹³ Las he agrupado en cuatro tipos: a) individualista, b) autogestionaria, c) coordinación experta y d) discipulado. Los modelos de relación están entre la dependencia (del médico, del

¹³ Las tipologías que se vuelcan en este apartado surgen de un extenso trabajo de campo efectuado entre 2009 y 2013. Durante ese período, entrevisté a 45 participantes de grupos y usuarios individuales y 10 informantes clave expertos y registré las observaciones participantes realizadas en 5 grupos terapéuticos y 12 espacios de terapias alternativas.

maestro, del chamán), la interdependencia (de los pares, en ayuda solidaria, con o sin guía experta) y "independencia" individualista.

a) Salir adelante por sí solos

Este tipo de usuario individual de las culturas terapéuticas suele recurrir preferentemente a los libros de autoayuda y se aboca a ellos con interés, a partir de una circunstancia traumática o bajo la presión de un problema a resolver. Cuando este usuario participa en grupos terapéuticos, lo hace buscando instrumentalmente una solución; se deja seducir menos por los ambientes holísticos (Heelas y Woodhead, 2005) e incluso, suele ser reactivo a las creencias religiosas. En general, se trata de usuarios que se asocian a las creencias más adaptables al nuevo *management* (Larsson y Sanne, 2005), utilizan el *coaching* o buscan resolver el *stress* mediante la meditación, el tai-chi u otra terapia. En términos de la circulación de poder, este grupo afirma que el poder es propio. "Yo puedo", es la consigna generalizada, aunque la expresión profunda es aún más radical: "yo puedo, solo". (Rüdinger, 1995; Hazleden, 2003). Se refuerza así una omnipotencia que dificulta la solicitud de ayuda. La única fuente de autoridad es uno mismo. Esta autoridad ni siquiera se comparte con los autores de los libros o los instructores de los grupos; ellos simplemente orientan pero es el usuario el único que sabe la verdad válida sobre sí mismo (Hancock y Tyler, 2004). Por esa razón, estos practicantes son proclives al autotratamiento: son "autoterapeutas" (Autor y Rizo, 2012).

Para ellos, las relaciones se vuelven problemáticas; los afectos se desatienden, no se recurre al diálogo, ni hay un intento de lograr comprensión recíproca. La alternativa –incluso en el caso de la construcción de una relación de pareja– resulta ser individual. En los casos que entrevisté, esta aplicación de las "recetas" en las relaciones interpersonales siembra desconcierto entre las personas que los rodean: no se encuentra la respuesta "con" el otro sino que la produce y la proyecta "hacia" el otro. Este tipo de relación y concepción de autoridad es extremadamente individualista y compatible con la lógica de la competencia más salvaje (Ehrenberg, 1991).

b) Ayuda mutua

Los grupos autogestionarios tienen una lógica de funcionamiento horizontal y participativa. Salvo por la temática o la actividad que desarrolla el grupo, su organización es semejante a la de un grupo social. Sin embargo, la función terapéutica se realiza: el apoyo proviene de la relación entre los participantes; el encuentro, el diálogo, la compañía y el compartir, al que se suman los contenidos del debate o de una práctica. Es de suma importancia el respeto en el intercambio; suele acordarse cómo discutir o cómo participar. En algunos casos, se practica un "poner en común" que se despliega en diversos planos, como la comida que se aporta a las reuniones, tendiendo a la creación de una suerte de comunidad mediante el intercambio de dones (Mauss, 2009). En ese sentido, estos grupos son de *ayuda mutua*, sin importar de qué tipo de "terapia" sea la que se provea. El fundamento de un grupo autogestionario y horizontal no es individual sino que se cimienta en el apoyo recíproco y el intercambio de experiencias, recursos, saberes. La búsqueda del bienestar aparece simplemente como excusa que convoca a otros para paliar lo que se experimenta como un padecer. Elpreciado bien de la compañía ayuda a trabajar las demás aflicciones y la propia relación entre los participantes colabora en salud y el bienestar individual, que deviene de una práctica colectiva.

c) Asistencia: coordinadores y voluntarios

Muchos grupos terapéuticos son de tipo asistencial –un experto es portador de un saber legitimado y cumple un papel diferenciado del resto– y de los grupos caritativos, generalmente confesionales (Travi, 2007).¹⁴ Vale decir que tanto las organizaciones desinteresadas, filantrópicas o altruistas, como las que surgen en conexión con los sistemas médico-asistenciales, generan relaciones jerarquizadas y desiguales

¹⁴ La relación entre la nueva espiritualidad y las iglesias cristianas, fundamentalmente pentecostales, ha sido puesta en evidencia por Semán (2007), y Battaglia y Rizo (2011). En relación con el universo católico, el caso más notable es el del mexicano Carlos Cuauhtémoc Sánchez (Nehring, 2009). Sin embargo, la relación con el catolicismo es más la excepción que la regla.

en donde alguien da y alguien recibe, ejerciendo de manera fija los roles y en muchas ocasiones determinando, por fuera de la percepción de los usuarios o pacientes, la definición de malestar y bienestar (Lupton, 2012). Esta modalidad de relaciones no es privativa de los sistemas para-biomédicos (asistencia a víctimas de violencia doméstica, a adictos, a obesos, por ejemplo) sino que también se establece en grupos de terapias alternativas: probablemente, los más visibles sean los de yoga o los de meditación.

Ninguna de estas instancias grupales son obligatorias; los participantes pueden discontinuar su asistencia cuando lo deseen, aún sin haber alcanzado la meta (si es que la hubiera). A partir de la salida del grupo, la trayectoria de los ex-participantes suele abrirse a nuevas posibilidades. El compromiso dentro de estos grupos es moderado: no hay exigencia de abrazar un credo ni se producen "conversiones" a nivel de las creencias –aunque todos ellos aspiran a modificar prácticas y representaciones de los asistentes–. A diferencia de los credos tradicionales, que reclaman una devoción completa y sin reservas y que aceptan la autoridad del gurú sin discusión, existe cierto nomadismo y aleatoriedad en las creencias y una integración no problemática de prescripciones y nociones de distintos credos.

En los grupos terapéuticos con orientación experta, el sentido y la forma de las prácticas está pautado por el moderador o coordinador. Se trabajan y retoman contenidos y actividades, guiando su comprensión dentro de los principios y perspectivas del grupo o asociación.

En muchos de estos grupos observé que la búsqueda que expresan los participantes va más allá de la necesidad de un paliativo. No persiguen una solución instrumental para una dolencia o problema específico; ni siquiera buscan reparar un afecto sufriente. Quieren cambiar su manera de vivir y desarrollan un proceso de autoconocimiento siguiendo una brújula personal; de allí que no se satisfagan rápidamente y sigan rotando entre grupos y terapias, buscando una respuesta. Para estos practicantes, la figura de autoridad es débil, no necesariamente porque la autoridad se discuta sino porque el participante opta, simplemente, por cambiar de grupo. Inclusive es frecuente que no se adscriban de manera única y total a un grupo o una práctica sino que las complementen.

d) Discipulado

Un grupo de discípulos está normalmente centrado en torno a una figura de autoridad. Estos colectivos tienden más bien a cerrarse, a exigir un conjunto de prácticas y creencias coherentes y a sostener una autoridad incuestionada, como un chamán, un pastor o un maestro. Aun cuando muchas de sus actividades sean abiertas, se percibe un "camino de iniciación" en el cual se va solicitando mayor compromiso con el credo, sus prácticas rituales y sus prohibiciones. En algunos casos se trata de comunidades cerradas pero éste no es un requerimiento invariable; en algunos casos, no es necesario suspender la vida habitual. Pueden aparecer procesos de socialización secundaria completos, que incluyan bautismos con nuevos nombres (en la lengua original del credo). Aunque se ha hablado de estos grupos en términos de sectas, el término se aplica a grupos que se apartan del resto de la sociedad. En los casos que he observado, esto no es una condición absoluta.

Los cultores de ayahuasca, los miembros de la dianética –cienciología– o las escuelas yoguis guiadas por un maestro, se incluyen en esta categoría. La participación está ordenada bajo sistemas jerárquicos de discipulado. En el caso de los grupos yoguis, se denominan "gurukulas". Los discípulos cercanos prestan servicio al gurú y esta actividad es considerada un privilegio porque implica una mayor cercanía con el maestro. El mismo esquema se repite, en mayor o menor grado, en todos estos grupos. No hay aquí construcción conjunta de conocimiento y, si el participante se propone un camino de autoconocimiento, es a través del conjunto de enseñanzas y creencias que el grupo profesa. Toda la actividad está fuertemente dirigida y controlada. Generalmente en estos grupos hay invocación de una entidad trascendente a quien el maestro ha accedido.

En términos de autoridad, estos modelos de relaciones terapéuticas son autoritarios, aún más que el sistema biomédico puesto que la experiencia epifánica es intransferible y contingente. Se establecen distinciones jerárquicas entre los participantes y toda la actividad está centrada y mediada por la figura del maestro.

6. Conclusiones: sanar y curar

El término *sanar*, proviene del latín “sanare” (restaurar la salud) y “sanus” (sensato, que no está loco). Sanidad, insano y sanatorio comparten este origen. El término “sanación” suele aplicarse a la restitución del equilibrio vital en referencia a un orden metafísico. La idea reflejada en el término es impersonal, supone la recuperación de la salud vinculando dolencia física y salud mental, y refleja la impresión subjetiva de mejoría.

El vocablo *curar*, significa “aplicar con éxito a un paciente los remedios correspondientes a la remisión de una lesión o dolencia”. Deriva del latín “curus” (cuidado) participio del verbo “curare” (cuidar, preocupar). A diferencia del término sanar, curar supone una implicación entre dos personas, una relación de cuidado, de solicitud. Se refiere a las atenciones que una persona dispensa a otra con el propósito de remediar su afección y al proceso que culmina en su disipación. De este origen proviene también el término “seguridad” (securus). “Curar” define un hecho “objetivo”, una intervención en el mundo. La cura revela un entrecruzamiento entre el cuerpo propio y el cuerpo ajeno; expresa un compromiso en la dimensión de los afectos que sostiene al sujeto frente a la dolencia; lo “saca de sí” y le proporciona un apoyo que complementa o reemplaza sus energías exiguas.

Como corolario lógico de estas significaciones, los libros de autoayuda, al igual que los grupos religiosos, hablan de “sanación”; en el primer caso, autogenerada; en el segundo, merced a una intervención trascendente. Los grupos de ayuda mutua hablan de “tratamientos” y están más orientados hacia la perspectiva de la cura y hacia las relaciones de interdependencia. A medio camino entre ambos, los grupos terapéuticos con un coordinador experto o un mediador que no llega a convertirse en un gurú, oscilan entre ambas posibilidades. La dinámica de la interacción tiende a la deflación de la autoridad vertical.

En todos los grupos, la presencia de un “otro” colectivo compuesto de sujetos singulares con una biografía particular, de quienes se conocen algunas experiencias íntimas e “inconfesables”, colabora en el proceso personal. El grupo contiene y confronta a los participantes y pone en juego un conjunto de expectativas recíprocas que los comprometen personalmente. Este mismo efecto ha sido atribuido por David Le Breton al uso de placebos que revelarían la voluntad del sujeto de restablecerse y el deseo de complacer a aquel que administra el remedio. La “cura” no es sólo físico-química sino que allí también está implicada la presencia del otro. A pesar de que la eficacia de los placebos suele atribuirse a la autosugestión, Le Breton ofrece otra interpretación: “el poder de la mirada del otro se traduce en la eficacia de los placebos en el tratamiento. 35% de los pacientes declaran sentir un neto alivio después de la absorción de un placebo” (1995a: 66).

El niño que llora después de una caída y “deja de sentir dolor” cuando la madre enjuga sus lágrimas y limpia la herida expresa este mismo sentido de la mejora que responde al cuidado y al afecto. No podría afirmarse, en estos casos, que exista un alivio “auto-generado” pero sí una consolación que lo hace soportable. Lo que se define como dolor, enfermedad, malestar, normalidad o felicidad es resultado de un proceso de socialización en el que los distintos grupos culturales fijan los niveles de lo que se considera aceptable o inaceptable.

Desde esta aproximación, el apoyo mutuo (o la ayuda mutua) acarrea los mejores resultados a largo plazo, puesto que las actitudes filantrópicas, las acciones egotistas y los esquemas verticales de autoridad generan situaciones difíciles de sostener en el tiempo. No necesariamente estos resultados adquieren la forma de una “cura”, pero sin duda constituyen experiencias y proponen otras pautas de relación social, ni puramente individualistas ni pastorilmente gregarias bajo imperio de una autoridad que detente un saber, del tipo que éste sea. En estos modelos de relaciones, la aplicación y la significación de las terapias se catalizan en una actividad compartida.

Ciertamente, las culturas terapéuticas hablan de una sensibilidad particular, una manera de pensar cuerpo y subjetividad, una preocupación por las dolencias y el bienestar, que se resuelven de maneras muy distintas. En cada ejercicio, también se expresa algo que va más allá del sí mismo; se manifiesta un modo de ser en conjunto, una manera de vivir con otros.

Referencias bibliográficas

- Aafjes, M. (2008): *Belleza Producida y Cuerpos Maleables. Un estudio sobre la belleza física y la práctica de cirugía estética en Buenos Aires*. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). [Tesis Maestría de Antropología Social y Política].
- Ampudia de Haro, F. (2006): "Administrar el yo: literatura de autoayuda y gestión del comportamiento y los afectos", *Revista Española de Sociología*, 113: 49-72.
- Andacht, F. (2003): *El reality show: una perspectiva analítica de la televisión*. Buenos Aires: Norma.
- Arfuch, L. (2002): *El espacio biográfico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Arroba, A. (2003): "La Medicalización de los Cuerpos de las Mujeres en la Era de la Globalización", *Mujer Salud*, 1: 1-9.
- Autor (2007): "La domesticación de los cuerpos", *Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, 4 (1): 39-53.
- Autor y Rizo, V. (2012) "Literatura de circulación masiva, de la producción a la recepción. El caso de los lectores de autoayuda", *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, 13 (2): 117-142.
- (2014): "Trayectorias terapéuticas de los lectores de Autoayuda: de la autosuficiencia a la Comunidad", en *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*: 4703-4723. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Battaglia, A. y Rizo, V. (2011): "Un acercamiento al estudio de la intertextualidad entre literatura de autoayuda y corporalidad", en *X Congreso Argentino de Antropología Social*. Buenos Aires.
- Bauman, Z. (2004): *La sociedad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beckford, J.A. (1984): "Holistic imagery and ethics in new religious and healing movements", *Social Compass*, 31 (2-3): 259-272.
- Boltanski, L. y Chiapello, É. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*. París: Gallimard.
- Bordes, M. (2012): "Entre el trabajo terapéutico y la eficacia puntual: narrativas acerca de la corporalidad y la terapia en usuarios de medicinas alternativas", en *Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas. Investigaciones en Artes Escénicas y Performáticas*.
- Carozzi, M. J. (2000): *Nueva Era y Terapias Alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina.
- Corbin, C. B. y Pangrazi, R. P. (2001): "Toward a uniform definition of wellness: A commentary", *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest*, 15 (3): 1-8.
- Córdoba, M. (2014): *El dispositivo de la cirugía estética: un análisis semiótico*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. [Tesis Doctoral].
- 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.
- D'Angelo, A. (2014): *Bien-estar en el cuerpo. Una etnografía de los procesos de corporización y subjetivación del bienestar en la resignificación local del yoga. Técnicas corporales, itinerarios terapéuticos, representaciones mediáticas y consumo*. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes. [Tesis Doctoral].
- Díaz Rojo, J. A., Morant i Marco, R. y Westall Pixton, D. (2006): *El culto a la salud y la belleza: la retórica del bienestar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ehrenberg, A. (1991): *Le culte à la performance*. París: Hachette.
- (1995): *L'individu incertain*. París: Hachette.
- (2000): *La fatiga de ser uno mismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- (2010): *La société du malaise*. París: Odile Jacob.
- dir. (1991): *Individus sous influence*. París: Esprit.
- Freidin, B. y Abrutsky, R. (2011): "Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios", *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 37 (15): 505-518.
- Furedi, F. (2004): *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Londres: Routledge.
- Galende, E. (2008): *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Guattari, F. (1996): *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.

- Hancock, P. y Tyler, M. (2004): "MOT your life: critical management studies and the management of everyday life", *Human Relations*, 57: 619-645.
- Hazleden, R. (2003): "Love yourself: the relationship of the self with itself in popular self-help texts", *Journal of Sociology*, 39: 413-428
- Healy, D. (1999): *The Antidepressant Era*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Hedges, E. y Beckford, J. A. (2000): "Holism, healing and the New Age", en Sutcliffe, S. y Bowman, M. eds.: *Beyond New Age. Exploring Alternative Spirituality*. 169-87. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Heelas, P. (1996): "A Nova Era no contexto cultural: Pré-Moderno E Pós-Moderno", *Religião e Sociedade*, 17 (1-2): 16-33.
- (2008): *Spiritualities of life*. Oxford: Blackwell.
- Heelas, P. y Woodhead, L. eds. (2005): *The Spiritual Revolution*. Oxford: Blackwell
- Hochschild, A. (2008): *La mercantilización de la vida íntima*. Buenos Aires: Katz.
- Idoyaga Molina A. y Sacristán Romero, F. (2010): "La selección de Medicinas y las estrategias de complementariedad terapéutica entre sectores medios y altos el Área Metropolitana (Argentina)", *Perspectivas Latinoamericanas*, 7: 129-144.
- Idoyaga Molina, A. y Sarudiansky, M. (2007): "En torno a la plenitud sexual: búsquedas, resignificaciones y resignaciones en un itinerario terapéutico de sectores medios de buenos aires", en *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. 62-64. Buenos Aires.
- Illouz, E. (2007): *Cold Intimacies*. Londres: Polity Press
- (2008): *Saving the Modern Soul*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press
- Labate, B. y Araujo, W. orgs. (2002): *O Uso Ritual da Ayahuasca*. Campinas: Mercado de Letras.
- Landa, M. I. (2009a): "Subjetividades y consumos corporales: un análisis de las prácticas del *fitness* en España y Argentina", *Razón & Palabra*, 69: 1-34.
- (2009b): "El porvenir de los cuerpos rentables: un análisis de la práctica del *Fitness*", en Crisorio, R. y Giles, M. eds., *Estudios críticos de Educación Física*. 177-190. La Plata: Al Margen.
- Laplantine, F. (1999): *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Larsson, J. y Sanne, C. (2005): "Self-help books on avoiding time shortage", *Time & Society*, 14 (2-3): 213-230.
- Lasch, C. (1999): *La cultura del narcisismo*. Barcelona: Andrés Bello.
- Le Breton, D. (1995a): *Anthropologie de la douleur*. París: Métailié.
- (1995b): *Antropología del cuerpo y modernidad*. , Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lipovetsky, G. (1983): *L'ère du vide*. París: Gallimard.
- Lupton, D. (2012): *La medicina como cultura*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Manonelles Moner, L. (2007a): "Prospecto: perfiles y experiencias del malestar", *Espai en blanc*. 3-4: 149-159.
- (2007b): "El sufrimiento del sujeto desintoxicado", *Espai en blanc*. 3-4: 161-168.
- Mauss, M. (2009): *Ensayo sobre el don*. Buenos Aires: Katz.
- McLeod, J. y Wright, K. (2009): "The talking cure in everyday life: gender, generations and friendship", *Sociology*, 43: 122-139.
- Mumford, L. (1997): *Técnica y civilización*. Madrid: Alianza.
- Nehring, D. (2009): "Modernity with limits: the narrative construction of intimacies, sex and social change in Carlos Cuauhtémoc Sánchez's *Juventud en Éxtasis*", *Sexualities*, 12: 33-59.
- O'Malley, P. (1996): "Risk and Responsibility", en Barry, A., Osborne, T. y Rose, N. eds.: *Foucault and Political Reason*. London: UCL Press.
- Orellana, M., Mera, M. N. y Medina, A. C. (2006): "Las cirugías estéticas: un acercamiento a la subjetividad contemporánea", en Autor, V. ed.: *La comunicación como riesgo. Cuerpo y Subjetividad*. 177-192. La Plata: Al Margen.
- Pitluk, R. (2008): "El shiatsu en Buenos Aires. Efectos terapéuticos y cambio cosmovisional", *Scripta Ethnologica*, 30 : 45-62
- Plotkin, M. y Damousi, J. eds. (2009): *The Transnational Unconscious*. Londres: Palgrave.
- Rose, N. (1989): *Governing the Soul*. Londres, Free Association Books.
- (1998): *Inventing Ourselves*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Rüdinger, F. (1995): *Literatura de Autoajuda e Individualismo*. Porto Alegre: Editora da Universidade, Universidad de Rio Grande do Sul.
- Saizar, M. 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.
- (2009). "Reflexiones acerca del ritual y la terapia en las prácticas del Yoga en el área Metropolitana (Argentina)", *Espéculo. Revista de estudios literarios*, 42: 1-23.
- Saizar, M. M., Sarudiansky, M. y Korman, G. (2013): "Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina", *Psicología & Sociedade*, 25 (2): 451-460.
- Schnaith, N. (1990): *Las heridas de Narciso*. Buenos Aires: Catálogos.
- Semán, P. (2007): "Psicologización y Religión en un barrio del Gran Buenos Aires", *Debates do NER*, 8: 9-44.
- Sen, A. (1998): "Capacidad y bienestar", en Nusbaum, M. y Sen, A. comps.: *La Calidad de Vida*: 54-83. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sennett, R. (2000): *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
- Sepúlveda Galeas, M. (2011): "El riesgo como dispositivo de gobierno: neoprudencialismo y subjetivación", *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20 (2): 103-124.
- Sibilia, P. (2005): *El hombre postorgánico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2008): *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Susser, M. (1973): *Causal Thinking in the Health Sciences. Concepts and Strategies of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Travi, B. (2007): "El proceso de profesionalización del Trabajo Social y la dimensión ético-política. Viejas conceptualizaciones, nuevas miradas", en Rozas Pagaza M. comp.: *La profesionalización en Trabajo Social. Rupturas y continuidades, de la reconceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos*. 55-64. La Plata: Espacio Editorial.
- Trimano, L. y Soraire, F. (2013): "Pachamama en Argentina, cuidar para cuidarnos", en *X Reunión de Antropólogos del Mercosur*. Córdoba, Argentina.
- Trosman, C. (2013): *Corpografías. Una mirada corporal del mundo*. Buenos Aires: Topía.
- Urzúa M. A. y Caqueo Urizar, A. (2012) "Calidad de vida: una revisión teórica del concepto", *Terapia psicológica*, 30 (1): 61-71.
- Vasconcelos, E.M. (2006). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. Sao Paulo: Hucitec.
- Weidner Maluf, S. (2003): "Inventário dos males: crise e sofrimento e itinerários terapêuticos e espirituais nas culturas da Nova Era", *Cadernos do NER*, 4 (4):63-72.
- World Life Expectancy. [18-10-2014]. Disponible en web: <http://www.worldlifeexpectancy.com/>.
- Zarifian, É. (1996): *Le prix du bien-être*. París: Odile Jacob.

Breve CV de la autora

Vanina Papalini es Doctora en Ciencias de la Información y la Comunicación por la Universidad de París VIII y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina y profesora de Universidad Nacional de Córdoba. Ha estudiado problemas asociados a las subjetividades contemporáneas, terapias y libros de autoayuda.