

D'ANGELO, Ana. "Tendiendo puentes: La apropiación terapéutica del yoga ante la dimensión emocional de los padecimientos". *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 34, pp. 321-360, Abril de 2013. ISSN 1676-8965.

ARTIGO

<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>

Tendiendo puentes

La apropiación terapéutica del yoga ante la dimensión emocional de los padecimientos

Ana D'Angelo

Resumo: As técnicas corporais derivadas de disciplinas de origem oriental, em especial o yoga, têm adquirido uma crescente visibilidade, nas últimas décadas, na sociedade argentina. Seu crescimento deriva de mudanças nas práticas e representações sociais sobre a saúde-doença-atenção, ao mesmo tempo em que opera sobre as ditas transformações. A fim de compreender as mesmas, listamos alguns dos processos operantes nos últimos anos no plano local, tomando como ponto de partida o reforço do imaginário de crise social por parte dos meios de comunicação; os discursos bio-psi neles circulantes; e os interesses das empresas farmacêuticas na ampliação de população que padece de transtornos de ansiedade e estresse. Este contexto permite pensar por um lado, na ampliação do marco interpretativo médico hegemônico com a incorporação da dimensão emocional na etiologia da doença, favorecendo a inserção das terapias complementares entre as quais se encontraria o yoga. Por outro lado, a apropriação local ressignificada do yoga se produz, também, baixo a ampliação de seu marco interpretativo, enfatizando seus benefícios terapêuticos sobre as emoções, e legitimando-se para isso sobre os discursos neurocientíficos e do campo dos saberes psi. A análise se baseia em discursos "científicos" circulantes nas revistas dos principais diários nacionais e em depoimentos de usuários de yoga extraídos do trabalho de campo etnográfico realizado na cidade de Mar del Plata. **Palavras-chave:** yoga, complementaridade terapêutica, marco interpretativo, emoções

Recebido em: 25.01.2013

Aprovado em: 14.02.2013

Introducción

Las técnicas corporales derivadas de disciplinas de origen oriental, en especial el yoga, han adquirido una creciente visibilidad en las últimas décadas en la sociedad argentina, en particular entre las clases medias y altas, urbanas y educadas¹. Su crecimiento se deriva de transformaciones en las prácticas y representaciones sociales sobre la salud-enfermedad-atención a la vez que opera sobre dichas transformaciones. A fin de desgranar las mismas, enumeramos algunos de los procesos operantes en los últimos años en el plano local, tomando como punto de partida, el reforzamiento del imaginario de crisis social por parte de los medios de comunicación, los discursos bio-psi en ellos circulantes y los intereses de las empresas farmacéuticas en la ampliación de la población padeciente de trastornos de ansiedad y estrés.

Los medios de comunicación ocupan un lugar central en el proceso de difusión transnacional de saberes, tanto los provenientes del movimiento Nueva Era, como el de otros saberes expertos más arraigados en nuestra sociedad, entre los que se hallan los discursos del campo bio-psi. Asimismo, los medios refuerzan imaginarios sociales que influyen en la resignificación y aplicación de estos saberes. Las representaciones mediáticas de la crisis económica, política y social que estalló en el 2001 favo

¹ Numerosos autores señalan la relación estrecha entre estos sectores y las prácticas corporales y espirituales derivadas de la Nueva Era [Carozzi (2001), Míguez (2000), Saizar (2009)]. Sin embargo, la misma amerita una investigación más exhaustiva si lo que se pretende es conocer las formas diferenciales que adquiere esta apropiación por dichos sectores, por ejemplo, en la conformación de una sensibilidad de clase media. Un recorrido por los abordajes de la relación entre clases medias y religiosidad en Argentina puede encontrarse en Viotti (2011).

recieron el consenso de los discursos bio-psi -circulantes también en los medios- sobre el incremento de múltiples enfermedades originadas en conflictos emocionales derivados de dicha crisis. El énfasis mediático en el temor a la pérdida del empleo y a la inseguridad (Kessler, 2009) entre otros, confluían en un aumento de la incertidumbre (Castel, 2010; Berian, 1996; Bauman, 2007) como detonante de estrés, ansiedad y miedos sociales². Así los artículos periodísticos abarcaban un continuo temático que iba de la crisis a la emergencia de valores y redes para salir de ella. En ese contexto, la solidaridad y los afectos cobraron centralidad para recuperarse de la crisis mientras el lazo social se veía amenazado por la “*fuga de afectos*” que representaba por un lado, la actitud emprendedora de los exitosos -los que lograron salir del desempleo- como camino a seguir³ y por otro el costo social a pagar⁴.

Los malestares emocionales relativos a lo vincular y social (como la depresión, los ataques de pánico y las fobias) se instalaban como problemáticas de las columnas de psicología y calidad de vida de diarios y revistas en general: “*El derecho a la tristeza. El desempleo, el descenso social y la pérdida de los ideales afectan a grandes sectores de la sociedad argentina. Sin embargo, la depresión no está bien vis-*

² Esto abonado por la cobertura constante de parte de los principales diarios y noticieros televisivos de las temáticas de la inseguridad (robos, secuestros, etc.), del riesgo ambiental (tsunamis, terremotos, epidemias A₁HN₁, etc.) que colaboraban en el incremento de las sensaciones de riesgo e inseguridad.

³ Esto coincide con la creciente editorial de autoayuda y es la otra cara – valorada positivamente– de la tendencia a responsabilizar a los sujetos de su fracaso económico o de su exclusión del mercado laboral

⁴ El título de la nota continúa así: “*A partir del nuevo éxodo se formaron asociaciones y grupos de autoayuda que acompañan a los familiares y amigos de emigrantes.*”

ta“(Viva, Mayo 2002). “*Nosotros y los miedos. La violencia física, la inestabilidad económica y la inseguridad emocional lideran el ranking de los temores de los argentinos*” (según los profesionales de la salud consultados por La Nación Revista, 22/05/11, seguirían la exigencia laboral y el miedo a la exclusión). Así el aumento en los diagnósticos de ataque de pánico, ansiedad y depresión, y el consumo de psicofármacos aparecen relacionados con una crisis social y política que hasta entonces estaba fuera del consultorio. El estrés y la ansiedad aparentan ser las causas últimas y omnipresentes de todo tipo de dolencia (desde una simple migraña o contractura, hasta el cáncer, pasando por los trastornos de ansiedad generalizada).

De manera paralela, como continuación de un fenómeno iniciado en los años '80 (con el surgimiento de medios especializados en terapias alternativas y el crecimiento de la industria editorial de autoayuda) que adquiere cada vez mayor visibilidad⁵, se produce la incorporación de temáticas relativas al bienestar en diarios y revistas no especializados en las secciones y suplementos de salud y calidad de vida. Proliferan los artículos sobre diversas gimnasias (fendelkraiss, eutonía, biodanza), terapias alternativas y/o complementarias propiamente dichas (reiki, bioenergía, reflexología, shiatzu), disciplinas orientales de trabajo energético físico-mental (tai-chi-chuan, yoga) y técnicas de respiración, relajación y me-

⁵ Saizar identifica tres grandes grupos de revistas para principios de la década del 2000 en Buenos Aires: las que apuntan a difundir diversas disciplinas de la Nueva Era, como “Vivir en Armonía”, “Salud Alternativa” y “Terapias Alternativas”; las específicas de una terapia o disciplina, como “Yoga Integral” y desde el año 2010 podemos agregar “Yoga +”; y las que refieren a un abanico de formas terapéuticas y promueven el autotratamiento combinando biomedicina con religiosidad, terapias alternativas y tradicionales, como “Saber Vivir” y “Buenas Ideas” (2008:17).

ditación (inspiradas en tradiciones budistas como la meditación zen, o hinduistas como las variantes del yoga), entre otras. Son promovidas como herramientas válidas para alcanzar *bienestar* no sólo físico sino también emocional, mental, espiritual y sobre todo vincular o social⁶. Así, el bienestar fue representado como una meta a alcanzar, una construcción subjetiva y una búsqueda personal⁷ centrada, ya no exclusivamente en los bienes materiales (que se encontrarían “en peligro”), sino en las capacidades personales, emocionales, vinculares, intelectuales para sortear las dificultades.

Por último, este imaginario de crisis refuerza transformaciones preexistentes en la concepción nativa de salud, en torno de la centralidad de las emociones en el origen de los padecimientos, reconocida paulatinamente por los discursos médico-científicos, en coincidencia con la influencia de concepciones no dicotómicas de la persona y de un *modelo endógeno-relacional* de la enfermedad (Laplantine, 1999), entre las que se destaca por su legitimidad histórica local el psicoanálisis, pero también y cada vez más, las disciplinas y terapias de origen oriental y/o derivadas del movimiento Nueva Era. Ambos tipos de *terapia*, confluyen en el sistema médico local, junto

⁶ En las secciones periodísticas que analizaremos esta es una temática frecuente: “La soledad nunca es buena consejera. Cuando el aislamiento enferma. La ciencia ya demostró que la falta de contactos emocionales con otros es malo para la salud” Revista Viva, columna Dr. Abdala 19/06/11. Problematizaremos el supuesto de que estas prácticas corresponden a fines individualistas en futuros trabajos.

⁷ En el marco de lo que se entiende por la exacerbación de los procesos de destradicionalización y desinstitucionalización propios de la modernidad a partir de los años 70 (Beck, Giddens y Lash, 1997), la subjetividad se ve transformada por procesos conducentes a una mayor individualización, entendida como el producto de las transformaciones en la intimidad y la creación reflexiva y narrativa de la propia biografía (Giddens, 1997).

con la biomedicina científica, en un abordaje *complementario* de las dolencias, aunque suponen diferentes *marcos interpretativos* de la salud-enfermedad-atención.

Definido originalmente por Goffman, el concepto de *marco interpretativo* refiere a aquello que permite a los individuos “ubicar, percibir, identificar y etiquetar eventos del espacio vital del individuo o del mundo más amplio” (1974: 21), el concepto fue aplicado a los movimientos sociales como “un esquema de interpretación que simplifica y condensa el ‘mundo allí fuera’ mediante la selectiva puntuación y codificación de objetos, situaciones, eventos, experiencias y secuencias de acciones que se encuentran en el medio donde uno está presente” (Snow y Benford 1992:137). Al usarlo para el análisis del movimiento de la Nueva Era, Carozzi (1998) sostiene que el *marco* interpretativo actúa transformando los *esquemas* de interpretación previos por mecanismos de selección, énfasis, magnificación y reorganización de algunos de los elementos que iban asociados entre sí bajo el esquema previo: objetos, lugares, participantes, roles, secuencias de acciones, códigos de habla y fines. Para que el marco de un movimiento se convierta en un nuevo esquema de organización de la experiencia de sus adherentes, éste debe organizar y reproducir situaciones transformadas por una misma clave y lograr que los adherentes potenciales participen en forma sostenida y frecuente en tales situaciones. Por ejemplo, la autora ha observado que los organizadores de seminarios y talleres del complejo alternativo/nueva era en Buenos Aires producen réplicas sistemáticamente transformadas de otras situaciones terapéuticas y pedagógicas como la consulta médica o la sesión psicológica. Sin embargo, las modifi-

caciones subrayan la autonomía del asistente (paciente o alumno) y reducen las jerarquías por medio de modificaciones en el nombre de las situaciones, de los roles, los símbolos, las acciones, las normas, el vestuario, el ambiente, etc. creando un repertorio fácilmente identificable con las terapias alternativas y que distingue esas situaciones de las replicadas.

Enmarcado en esta perspectiva, este artículo considera las emociones, las técnicas derivadas del yoga y los discursos neurocientíficos como algunos de los elementos por medio de los cuales los esquemas interpretativos previos (el de las terapias alternativas y el del modelo médico hegemónico) se adaptan entre sí. Esta adaptación o alineamiento entre esquemas puede darse por medio del tendimiento de puentes, ampliaciones, extensiones y transformaciones⁸. Estas modalidades de alineación pueden combinarse o darse sucesivamente. Encontramos las primeras tres operando aquí, principalmente la ampliación y extensión. Sin embargo, tomamos como trasfondo para organizar nuestro artículo a la primera, ya que entendemos que el establecimiento de puentes es el horizonte al que aspira dicha alineación. Ambos marcos interpretativos anteriormente desconectados, se vuelven ideológicamente congruentes con respecto a un problema particular: el abordaje de los padecimientos considerando su dimensión emocional.

⁸ Alejandro Frigerio introdujo en nuestras latitudes el concepto de Snow, Rochford, Worden y Benford (1986) de alineamiento de marcos, designando con este término: los "procesos cognoscitivos que enlazan las orientaciones interpretativas de los individuos y los movimientos sociales, de modo que un grupo de intereses, valores y creencias de los individuos aparezcan como congruentes y complementarias con las actividades fines e ideología de los movimientos".

En la primera parte, establecemos las bases teóricas sobre las cuales se basará nuestro análisis considerando la centralidad mediadora de las emociones entre cuerpo y mente y entre los cuerpos individual, social y político, indagando en los sentidos otorgados a la crisis social en el incremento de determinados padecimientos.

En la segunda, a través del análisis de los discursos biomédicos y del campo de la psicología y la psiquiatría en revistas de circulación masiva, problematizamos los modelos exógeno/endógeno de la enfermedad propuestos por Laplantine (1999), e identificamos algunos elementos de alineamiento entre esquemas de interpretación.

Por último, indagamos en la relación de los paradigmas biomédico y psi ante la complementariedad terapéutica, considerando en particular la derivación y el uso de técnicas extraídas del yoga, por profesionales de la salud y usuarios a fin de identificar posibles transformaciones en los esquemas de interpretación del proceso de Salud-Enfermedad-Atención.

Tendiendo puentes.

Las tensiones que la epistemología occidental, y en particular las ciencias sociales y humanas, exponen a la hora de reflexionar sobre las emociones, en el marco de múltiples dualismos (mente/cuerpo, materialismo/idealismo, positivismo/interpretativismo, universalismo/relativismo, individuo/cultura, romanticismo/racionalismo), vienen siendo problematizadas desde hace décadas. Según señalan Lutz y White (1986:407), la dicotomía mente-cuerpo se evidencia por ejemplo en la distinción entre emociones de primer y segundo orden propias de una teoría de “dos capas, para la cual las pri-

meras aparecen como naturales, corporales, preculturales y las segundas (también denominadas sentimientos) son consideradas ideal, cognitiva y culturalmente mediadas. Asimismo, Michelle Rosaldo (1984:143) argumenta que las emociones “no son sustancias para ser descubiertas en nuestra sangre”. Su cuestionamiento es tanto de la dicotomía entre pensamiento (mente) y sentimiento (cuerpo) como de la oposición entre un *self* (privado) y una persona (social), propias de enfoques universalistas en psicología, filosofía y antropología.

Más recientemente, desde el paradigma fenomenológico del *embodiment*, se considera que las emociones son “conciencia incorporada”, refieren a un modo pre-reflexivo que compromete a la persona al mundo (un modo cognitivo que no necesariamente implica autoconciencia, siguiendo la propuesta original de Merleau-Ponty) (Crossley, 1998). Lyon y Barbalet (1994) extienden la noción fenomenológica de *embodiment*, a la de cuerpo como agente activo en la construcción del mundo social, a través de la consideración del rol de las emociones (afecto, sentimiento y sensación) ⁹. Las relaciones sociales implicadas en la experiencia emocional involucran al cuerpo, no sólo al cuerpo como entidad física sujeta a fuerzas externas, sino el cuerpo como agente (p57). Las emociones tienen simultáneamente una génesis y unas consecuencias sociales, y aunque la relación entre emociones y acción no es mecánica, las emociones dan dirección y fuerza a las acciones.

⁹ Entienden que el concepto de *embodiment* no debe reforzar la idea de que el individuo deba ser necesariamente entendido en términos de sus procesos “internos”, en cambio debe llevar a un conocimiento más profundo de la socialidad del ser y de las emociones.

En síntesis, las emociones implican tanto orientaciones cognitivas como de sentimientos, moral e ideología (Scheper-Hughes y Lock, 1987). No sólo son motor de la acción (Blacking 1977; Rosaldo, 1984), sino que requieren para activarse a su vez de otros componentes de la acción humana: cognición, evaluación, reacción corporal, afecto y motivación. De modo que la emoción no es una acción *per se* pero orienta e implica al ser en su ambiente social, es lo que da 'tono' a un acto particular (Illouz, 2009).

Las emociones constituyen entonces el puente necesario de tender no sólo entre mente y cuerpo, sino entre individuo y sociedad. En su concepción del cuerpo como "Mindful body" Scheper-Hughes y Lock (1987) buscan articular tres perspectivas sobre el cuerpo: a) el cuerpo individual en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida¹⁰, b) el cuerpo social del estructuralismo y el simbolismo centrados en sus usos representacionales y metafóricos, y c) el cuerpo político (individual o colectivo) que es regulado y controlado según el postestructuralismo. Esto último es, el poder que Foucault (1976) identificó actuando como una micropolítica sobre nuestros cuerpos individuales, y como una anatomopolítica sobre el cuerpo de la población. Las autoras concluyen que las sociedades no sólo reproducen y socializan el tipo de cuerpos que ellas necesitan sino que cuando el orden social se ve amenazado, el control social sobre los cuerpos se intensifica.

¹⁰ Podríamos agregar que fue lo que dio en parte origen al paradigma del *embodiment* en antropología y sociología (Csordas, Jackson, Crossley) a partir del modo pre-reflexivo de orientación al mundo de la fenomenología de Merleau-Ponty.

No es casual que cuando el orden social se vio amenazado en Argentina, durante la crisis política y social del 2001, se incrementaron considerablemente los diagnósticos de fobias, ansiedad y estrés¹¹, padecimientos asociados a emociones desencadenadas por el entorno. Los periódicos indicaban que 1 de cada 4 argentinos padecía alguno de dichos trastornos: los ataques de pánico, las fobias estarían en aumento “ante la inseguridad y la incertidumbre”. En agosto de ese año, Laboratorios Bagó organizó la “Semana de los Trastornos de Ansiedad”, una campaña informativa de consulta hospitalaria en la ciudad de Buenos Aires. La cual debe contextualizarse como parte de un fenómeno de intervención farmacéutica a nivel global, en el que las compañías estipulan patrones de práctica, diagnóstico y prescripción médica, que confluyen en el aumento del consumo de psicofármacos (Jenkins, 2011)¹². Como resultado de su etnografía en nuestro país, Andrew Lakoff (2005) alerta sobre los efectos de dicha campaña: a través de la “concientización” de la población sobre la enfermedad, se produjo una ampliación del mercado y un aumento en las ventas del ansiolítico producido por el laboratorio. Este aumento fue in-

¹¹ Aunque las estadísticas locales sobre salud mental son escasas, se supone un aumento de estos trastornos con la última crisis económica. La APPBA, encontró como motivo clínico más frecuente de las consultas realizadas en los años 2000-2001, los miedos, ataques de pánico, fobias, angustia, ansiedad, depresión y compulsiones, entre cuyas causas el 50% de los pacientes refirieron cuestiones económicas como la falta de trabajo, la baja de ingresos, y el descenso de la calidad de vida.

¹² Según el Indec, los medicamentos para el sistema nervioso, entre los que se hallan los antidepresivos y ansiolíticos, encabezan las ventas de la industria farmacéutica, facturando en el primer trimestre del año 2011 640 millones de pesos. Ver también del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007) “Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos” disponible en http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

terpretado por la prensa como un marcador del incremento real del trastorno entre la población y como un signo de la crisis social y psíquica del país¹³ (Lakoff, 2005:134).

Lo paradójico es que mientras la “razón farmacéutica” recurre a -y refuerza- las dimensiones sociales del fenómeno, esto es “la crisis”, y supone que el estrés es “inducido socialmente”¹⁴, deviene en una intervención medicalizante de los cuerpos individuales. En este caso, no por considerar las dimensiones social y subjetiva de la aparición de la enfermedad (diferente de la patología como dimensión orgánica), se logra necesariamente evitar que el malestar sea individualizado y medicalizado.

Lejos de ser entendida como expresión de una disconformidad del sujeto frente a sus condiciones de existencia, es atribuida a una falla de los mismos sujetos en su

¹³ ‘El Consumo de Tranquilizantes creció entre un 8 y un 9 por ciento’. Clarín. 03 Octubre 2001. Hemos hallado artículos similares al analizado por Lakoff aparecidos en el diario La Nación 17.03.2007 “Según estadísticas del gobierno porteño. El estrés está detrás de la mitad de las consultas hospitalarias. Es la causa de muchas de las afecciones que llevan a los pacientes al hospital.” La Nación, 31.03.2007 “La sensación de inseguridad es tan dañina como la inseguridad. Provoca ansiedad, aislamiento, pánico, delirio de persecución y fobia social. Esa percepción alcanza al 89% de los argentinos.

¹⁴ Lakoff afirma que “mientras que en Estados Unidos la psiquiatría viró recientemente a una aproximación ‘neurocientífica’, que considera la enfermedad mental como específica y localizada en el cerebro del paciente, en la Argentina las explicaciones psicoanalíticas y sociales permanecen fuertes”, razón por la cual, los laboratorios usan estas explicaciones en su propio beneficio (2003). Esta “razón farmacéutica” podría también ser entendida en términos de *alineamiento* entre marcos interpretativos, como una adaptación selectiva del esquema de interpretación de la psiquiatría-neurocientífica al de los saberes psicosociales locales. Aunque como dijimos el concepto de alineamiento fue desarrollado por Snow, Rochford, Worden y Benford (1986) para analizar movimientos sociales, podría aplicarse a problemáticas como la nuestra ya que el concepto de marco interpretativo es mucho más amplio en la definición de Goffman.

forma de vivir y de adaptarse a dichas condiciones (Low, 1994). Así la enfermedad aparece como pura simbolización de lo social, mientras que las dimensiones fenomenológicas del cuerpo individual son invisibilizadas por la “falla”, desestimándose el potencial de resistencia y transformación de dicha disconformidad del sujeto ante el mundo, es decir, sin reconocimiento de las condiciones y efectos políticos de la aparición de la “falla”.

Precisamente, la proliferación de categorías y diagnósticos en medicina y psiquiatría resultó en una definición cada vez más acotada de lo “normal” creando una mayoría enferma y desviada (Foucault, 1983). Bajo nuevos desórdenes como el déficit de atención, el síndrome premenstrual (Martin 1987), o incluso “el ataque de nervios” (Low, 1985; Lock y Dunk, 1987) el descontento es opacado en su capacidad socialmente significativa para ser convertido en patologías o síntomas individuales. Schepers-Hughes y Lock denuncian la utilidad para la política corporal de ubicar la falta de descanso, la insatisfacción y la protesta en el lenguaje de la enfermedad que pueda ser fácilmente manejada por agentes médicos (1987:27).

Una de las formas en que esta paradoja evidencia la falsa dicotomía entre self privado y persona social, así como entre mente y cuerpo, la encontramos en algunos de las columnas de discursos bio-psi que analizaremos en mayor profundidad en el próximo apartado, en los cuales se enfatiza el origen social de la enfermedad¹⁵. En algunos

¹⁵ Analizamos algunos discursos de profesionales psicomédicos en las revistas dominicales de los diarios Clarín y La Nación, durante el año 2011. La selección del corpus se debe a la masiva circulación de ambos diarios y su llegada a todo el país, aunque con perfiles diferentes en su público lector (el primero caracterizado por sectores medios y populares y el segundo por sectores medios-altos altamente instruidos). Mientras las columnas de la Revista Viva del diario Clarín están principalmente dedicadas a la salud, las

números de la columna del Dr. Abdala, en la revista Viva, las figuras de la costumbre y la cultura son evocadas para enfatizar la sociogénesis de la enfermedad, bajo el anuncio del progresivo aumento de la depresión en las últimas décadas o de la ansiedad: “*Hay una costumbre muy extendida entre los argentinos: preocuparse de más por lo que va a pasar, o peor aún, por lo que no pasará.*” (Viva, 28/08/11).

Mientras en el origen del padecimiento la dimensión social aparece bajo la fachada de comportamientos culturalmente establecidos (esencialización que invisibiliza las condiciones sociales de vida que derivan en dichas supuestas “costumbres argentinas”), según el psiquiatra columnista, el ocultamiento –también cultural– de la depresión la lleva a emerger bajo la forma de una dolencia física. Asimismo sostiene que la ansiedad “*se acompaña de diversos síntomas corporales como malestares digestivos, mareos, contracturas musculares, dolores de cabeza, aceleración del pulso, sequedad de boca, sudoración de manos y ligero temblor*” (Viva, 28/08/11). La paradoja es que, nuevamente si bien el cuerpo social aparece simbolizado por el cuerpo individual, particularmente aquí por medio de los *síntomas corporales* del malestar, es este cuerpo individual el que en la mayoría de los casos será medicalizado perdiéndose de vista la dimensión social aún cuando ésta haya sido previamente reconocida.

de la Revista del diario La Nación (LNR) están en cambio originadas en la psicología. En ambos casos, tratándose de revistas no especializadas y de amplia circulación, podemos observar como estos discursos biopsi permean otros ámbitos menos doctos, desbordando los profesionales a la vez que entran en contacto con discursos provenientes de otras fuentes, como los de las “terapias alternativas” (concepto que será discutido en el próximo apartado).

En la columna de psicología de La Nación Revista (10/0711), la causa de la enfermedad aparece más fuertemente del polo psicoemocional que social, postulando incluso que los trastornos de ansiedad y estrés devienen de la falta de expresión emocional aunque condicionada culturalmente: *“Vivir en estado de felicidad permanente es, más que un síntoma, un mandato de esta época entonces cualquier bajón resulta patológico. Pero bloquear la melancolía y acortar los duelos tiene sus riesgos (...) La no exteriorización del llanto puede relacionarse con el incremento de estrés, trastornos de ansiedad, ulcera intestinal, asma o cáncer. (...) numerosos estudios revelan que quienes contienen sus sentimientos alteran el funcionamiento de sus sistemas inmunológicos y son más propensos a contraer infecciones. (...) Hay trabajos que vinculan los estados de ánimo positivos con un menor riesgo cardiovascular, de enfermedades oncológicas, un mejor manejo del estrés, menos trastornos del sueño y hasta mayor expectativa de vida”*.

Entre modelos.

Desde sus orígenes ligados a la modernidad occidental, la biomedicina ha considerado la enfermedad desde un modelo exógeno-ontológico (Laplantine, 1999) como producto de la invasión de un ente patógeno sobre el cuerpo del paciente (a partir de la microbiología pasteuriana). Bajo la metáfora del cuerpo como un ejército de células, una fortaleza medieval, defendiéndose del agresor, el cuerpo es entonces no sólo un receptor pasivo de la enfermedad sino también del remedio que la cura, sin capacidad de intervención de la persona que lo encarna ni en su producción ni en su tratamiento.

Sin embargo, este modelo reconoce la influencia de factores endógenos como los genes y la mente y relacionales como las emociones, tanto en lo concerniente a las

circunstancias que dieron origen a la enfermedad como en el modo de tratarla. El psicoanálisis, por ejemplo, considera a la enfermedad como expresión del inconsciente, simbolización psíquica, a través de la somatización y el síntoma. En las terapias gestálticas, cognitivas y conductuales el cuerpo se convierte en vehículo de elaboración emocional (y por lo tanto en agente de padecimiento y de cura). Si bien esta última concepción de la enfermedad también supone que en el cuerpo se produce una somatización, es decir una expresión de emociones “bloqueadas” o reprimidas, encuentra en el mismo cuerpo el medio para su resolución, es decir abordando la emoción desde él y no desde la palabra exclusivamente. En ambos casos, estas aproximaciones psicósomáticas, corresponden a un modelo endógeno-relacional de la enfermedad que encuentra en la persona su causa: en los conflictos intrapsíquicos entre sus deseos y la norma social¹⁶. Pero cabría aún preguntarse si esta consideración del cuerpo como simbolización o vehículo de la enfermedad, supone necesariamente una concepción no dicotómica de la persona.

¹⁶ Lock y Scheper-Hughes (1987) señalan que la teoría freudiana no queda exenta de las dualidades de la epistemología occidental al definir en *El malestar en la cultura* los conflictos intrapsíquicos como producto del proceso de socialización. Asimismo Lutz y White (1986) sostienen que para el pensamiento freudiano cada cultura modela, canaliza, filtra, oculta las emociones que, bajo el supuesto de la unidad psíquica de la humanidad, serían universales. Laplantine (1999) también deja entrever al respecto que estos enfoques psicogenéticos de la enfermedad responden al reconocimiento simultáneo de una sociogenética. Si entendemos que el conflicto no se produce en la psiquis sin una norma interiorizada, un afuera constitutivo del Sujeto, estas consideraciones nos acercan a los postulados de las teorías del Sujeto que combinan elementos del psicoanálisis, en especial el lacaniano, como las de Judith Butler y Slavoj Žižek.

Dado que la atribución de una causalidad interna se opone a la primacía de una concepción exógena de la enfermedad, como una agresión patológica proveniente del exterior, estas concepciones coexisten en una tensión que sólo permite una complementariedad estratégica cuando un modelo no logra explicar completamente determinados padecimientos. Por ejemplo, los aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad tienden a ser tenidos en cuenta cuando fallan el diagnóstico de patologías orgánicas, y viceversa (Lock y Hughes, 1987). En este caso se produce un alineamiento entre esquemas por amplificación ya que se amplían y refuerzan sólo algunos aspectos del marco interpretativo anterior (relacionados con un tema en particular, un problema, o ciertos eventos) (Frigerio, 1997)

En “Enfermedades del cuerpo y el alma” (Viva, 21/12/2010) el médico psicoanalista Luis Chiozza consultado respecto de su libro sobre el cáncer, afirma que todas las enfermedades son psicósomáticas (no sólo el asma, la psoriasis o las úlceras como producto de alteraciones anímicas emocionales inconscientes como sostuvo Freud): *“esto no significa que el origen es psíquico, significa que todas las enfermedades comprometen a ambas partes”*. A continuación sostiene que el mérito del psicoanálisis *“fue comprender que el alma no sólo tiene un correlato en el sistema nervioso y en el cerebro sino en todas las funciones del cuerpo”* y que *“incluso las gripes agudas expresan momentos de depresión, de desolación y ponen en marcha un conjunto de síntomas”*. Consecuentemente, sugiere como tratamiento de toda enfermedad seguir un psicoanálisis, ubicando al cuerpo en el lugar de la expresión del conflicto inconsciente y

subestimando la intervención de otros factores en la causa de la enfermedad.

La tensa coexistencia entre dos esquemas opuestos para explicar la etiología de la enfermedad se evidencia en algunas de los discursos sobre la salud que hemos analizado. La columna de la Revista Viva escrita por el médico psiquiatra Dr. Norberto Abdala expone:

“Piedra libre para el dolor de espalda. Es muy frecuente encontrar que **entre las causas del dolor o de su perpetuación estén muy presentes los trastornos emocionales**. Esto no debería extrañar si se tiene en cuenta que entre el sistema nervioso y la columna vertebral (que aloja y protege a la medula espinal) hay una estrecha interconexión, y de donde sale una gran cantidad de filetes nerviosos (...). Por diferentes mecanismos psicológicos, llamados de defensa, la carga emotiva de ciertos conflictos, deseos o situaciones que no se pueden resolver se expresan en el cuerpo.” (Viva, 11/09/11, la negrita es mía).

Mientras se atribuye centralidad a las emociones como causa de la dolencia física, desde una explicación que aparenta ser psicósomática y como tal, propia de un modelo endógeno de la enfermedad; se recurre a una explicación fisiológica de dicha causalidad en razón de la ubicación del sistema nervioso, al punto de asignar a las emociones una ubicación en el cuerpo. Éste es entonces concebido como lugar de expresión psicoemocional como ya hemos visto respecto a la ansiedad, la depresión y los duelos.

De modo que las emociones parecen tener un correlato fisiológico, pueden provocar síntomas y enfermedades no sólo físicas sino también mentales y emocionales, las cuales a su vez son producidas por mecanismos fisiológi-

cos (sobre los sistemas nervioso, hormonal e inmunológico):

“El eterno pre-ocupado. El organismo reacciona de igual manera que si estuviera viviendo esa situación futura, con idénticas **repercusiones físicas, mentales y emocionales** como si fuera un hecho presente y real (...) vamos derecho a desarrollar una enfermedad física o emocional (...) las preocupaciones reiteradas predisponen el desarrollo de trastornos físicos y emocionales al producir ciertas hormonas en exceso que desequilibran al organismo y desgastan el sistema nervioso, el hormonal y el inmunológico” (Viva, 26/02/12).

Aunque se presenten como explicaciones psicoemocionales de la génesis de la enfermedad, al estar fundadas en un correlato fisiológico de las emociones, producen razonamientos circulares de causa-efecto, que resultan necesariamente atravesados por la biología. La relación entre emociones y cuerpo no puede ser explicada desde un enfoque que refiera al cuerpo en sus aspectos material, fisiológico, orgánico, etc. en relación al cual ubicar las emociones, reformulando la dicotomía mente-cuerpo. Incluso cuando se pretende anularla “incorporándolas” en el cuerpo bajo un razonamiento falaz que identifica emociones con nervios, así como mente con cerebro¹⁷.

Otra de las paradojas de las explicaciones que consideran el rol de las emociones en la enfermedad es que convierten a la persona en responsable de la misma (aún cuando reconozcan los factores sociales intervinientes en

¹⁷ Esta ubicación de las emociones en el sistema nervioso, no constituye un reconocimiento del carácter específico de las emociones en sí, como producto de la *experiencia vivida*, sino el resultado de lo que Good (2003) denomina la matriz cognoscitiva y empirista de la biomedicina, para la cual sólo es válida la materialidad objetiva y visible del cuerpo en sus estructuras físicoquímicas

el conflicto emocional)¹⁸. Como vimos, lejos de contradirse con el modelo exógeno dominante, el psicoanálisis permite explicar la etiología de la enfermedad cuando este modelo no logra hacerlo. De tal modo, en el caso paradigmático (y enigmático) del cáncer, las emociones y la mente son convocadas a explicar no sólo el origen de la enfermedad sino también la eficacia o no del tratamiento biomédico, responsabilizando al paciente de su resultado:

“El paciente tiene el poder” se titula una nota aparecida en Viva el 07/06/10. A todo poder, le corresponde una responsabilidad, y cuando causas y efectos no logran ser completamente explicados entonces... *“Hay que devolverle el alma a la medicina”* tal como dice al inicio de la nota la directora del programa (PARA) para *“demostrar los efectos concretos sobre el organismo de factores emocionales y afectivos en el tratamiento del cáncer”*. La responsabilidad de la eficacia recae sobre la correcta elaboración de las emociones del paciente: *“Hay gente que va y medita. Que bárbaro, medita, pone la mente en blanco. (...) pero después no sabe movilizar sus emociones, vive siempre indignado y frustrado”* sentencia la coordinadora del Programa.

Si bien aquí se trata, desde la misma ciencia médica, de dar un espacio al “alma” (metáfora de lo que para la entrevistada sería la relación entre psiquis, sistema inmune, nervioso y endocrino), ese espacio es el de favorecer o no la recuperación, como parte del tratamiento médico. Así, el reconocimiento de la importancia de las emociones y los pensamientos no modifica la concepción de la etiología de la enfermedad ni de su tratamiento. Basado

¹⁸ Esta responsabilidad corresponde a una representación moral de la enfermedad propia del judeocristianismo (Laplantine, 1999) y al concepto occidental moderno de persona, como entidad moral, legal y psicológica, es decir como individuo autónomo solo limitado por otros iguales a él (Mauss, 1976).

en la Psiconeuroendocrinoinmunología (PNEI) que *“muestra que la mente o la actividad del cerebro es la primera línea que tiene el cuerpo para defenderse contra la enfermedad, el envejecimiento y la muerte, y alinearse a favor de la salud y el bienestar”* (la negrita es mía), en el esquema interpretativo biomédico de una concepción del cuerpo como campo de batalla contra factores externos, la mente actúa como simple “defensa” contra la enfermedad que viene de fuera del organismo.

Siguiendo nuevamente a Scheper-Hughes y Lock (1987), para quienes la concepción de enfermedad sigue siendo dual, ya que ésta es explicada remitiendo sus causas al cuerpo o a la mente, podríamos afirmar que el reconocimiento cada vez mayor de los factores psicoemocionales -desencadenados o no por el cuerpo social y político- en el origen de la enfermedad o en la eficacia de su tratamiento, no implica una ruptura con la noción de persona subyacente al modelo exógeno-ontológico de enfermedad. Dentro de este, como vimos hay “espacio” para paradigmas propios de un modelo endógeno-relacional como el psicoanálisis, la genética y las neurociencias.

Bajo la necesidad analítica de separar los modelos en exógeno/endógeno y ontológico/relacional, el modelo de Laplantine presenta al menos dos limitaciones. Por un lado, preserva la dualidad mente/cuerpo, interno/externo, biológico/cultural, etc. desde la cual se parte para explicar el origen de la enfermedad. Por otro, aún reconociendo que se trata de tipos ideales que coexisten en tensión (en relaciones que, como veremos, son de hegemonía), su pretensión de abarcar un amplio universo de representaciones y prácticas sobre la enfer-

medad, pierde capacidad explicativa ante las lógicas intervinientes en las múltiples y particulares combinaciones que los procesos de salud-atención-enfermedad adquieren, implicando incluso saltos de un modelo al otro por los usuarios en el marco del pluralismo médico (Leslie, 1980). El concepto de alineamiento entre marcos interpretativos como vimos, resulta de mayor utilidad para ver estos diálogos¹⁹.

Complementariedad terapéutica

La difusión de las llamadas “terapias alternativas” a partir de los '80, su profesionalización y la paulatina inclusión complementaria de algunas de sus técnicas en los tratamientos psicoterapéuticos y médicos, constituye un emergente de la coexistencia -no exenta de tensión- entre ambos modelos. Aún cuando desde el paradigma biomédico se reconozca cierta eficacia de estas terapias, se las relega a un lugar secundario como complemento, en especial en el tratamiento del dolor en enfermedades graves o terminales, o en casos de estrés y ansiedad, lo cual no sólo no transforma las bases sobre las que estos saberes se asientan, sino que mantiene su hegemonía terapéutica.

La incorporación del yoga entre las MACs²⁰ por algunos estudios realizados en Argentina, responde a la pro-

¹⁹ Semán y Moreira (1998) por ejemplo, lo usan en nuestro mismo sentido para explicar la extensión del marco interpretativo de la Iglesia Universal del Reino de Dios a los saberes *psi* en la Argentina por medio de la incorporación de las figuras de aflicción y malestar que la posición original de la iglesia relativizaba o desconocía (la angustia, la opresión mental, la depresión, etc. son ahora explicadas por la acción del demonio).

²⁰ Los criterios para la distinción entre Medicinas Alternativas y Complementarias no están aún claramente definidos y no existe información estadística

posición de que en el sistema etnomédico local se superpondrían, a la biomedicina, las medicinas tradicionales y el autotratamiento, otras terapias consideradas religiosas y alternativas (Idoyaga Molina, 2002). La autora sostiene que estas últimas se ofrecen encubiertas como gimnasias, cursos y asesoramiento debido al reconocimiento legal exclusivo de la biomedicina²¹.

La ampliación del marco interpretativo del sistema biomédico incorporando la dimensión emocional de la enfermedad se aprecia en la frecuente derivación al psicólogo, en la prescripción de ansiolíticos para tratar sus síntomas físicos como una fuerte contractura, pero más raramente se evidencia en la derivación a *otros terapeutas*. Una usuaria de yoga explicaba en estos términos la elección de su médico clínico:

“No, no, es un médico común pero no te receta así indiscriminadamente o no te... es muy minucioso te escucha, mínimo media hora cada vez que vas, no te despacha, y eso me gustó. Y por ejemplo el otro día Miguel [su marido] le decía que le duele el cuello, “hacé reiki”, le dijo. Es una persona abierta por lo menos, no sé si un enfoque holístico pero por lo menos tiene una mentalidad abierta como para decir bueno, el reiki te puede ayudar, que sé yo, no tiene

proveniente de muestras probabilísticas nacionales sobre el tema en Argentina, tal como han señalado Freidin y Ballesteros (2011).

²¹ Siguiendo esta línea, Saizar (2009:74) también afirma que el yoga constituye un sistema médico puesto que se basa en sus propios esquemas explicativos de la etiología de la enfermedad y sus manifestaciones, posee sus especialistas formados y sus técnicas diagnósticas y terapéuticas. Dado que la disciplina del yoga constituye uno de los pilares –el terapéutico– para la salud/sanación de la medicina ayurveda, ambas provenientes de un origen védico común (según se desprende de los Yogasutras de Pattanjali), sostenemos que las características consideradas por dicha autora corresponden al ayurveda y no al yoga en sí.

un enfoque tan científico ni de medicar. (...) Y entiendo lo del origen emocional de los problemas físicos porque hay médicos que parece que todavía no lo entendieron que la conexión [se rie], todavía en esta época parece que no lo entienden que sé yo, que las enfermedades vienen de afuera te dice, y no es así, que se yo...”

Dado que la definición de medicina es problemática, por su carácter de constructo sociohistórico e ideológico mediado por relaciones de hegemonía-subalternidad (Menendez, 1991), preferimos utilizar el término *terapia* en sentido amplio, entendiendo junto con Eva Illouz (2010) el campo terapéutico como un sistema de conocimiento formal (profesional) e informal (omnipresente en la cultura y amorfo)²². Al referirnos al yoga como una *terapia* partimos de su uso para el tratamiento, tanto por el ayurveda como por otros sistemas médicos más frecuentes en nuestra sociedad dentro del modelo médico hegemónico (esto es el paradigma biomédico científico y el de los saberes psi). Asimismo, utilizamos el concepto de *técnicas* cuando sus posturas, respiraciones y meditaciones son utilizadas en un segundo movimiento de apropiación por parte del sistema médico dominante, que ya no reside en la derivación a un sistema terapéutico complementario, sino de incorporación de algunas de sus técnicas bajo un abordaje terapéutico inherente al sistema

²² El concepto de “campo terapéutico” de la autora es doblemente rico para nuestro análisis ya que incluye por igual a las terapias psicológicas y psicoanalíticas, como a los talleres y seminarios “alternativos” o de autoayuda. La autora entiende que ambos tipos de terapia son parte activa de un *nuevo estilo emocional* omnipresente en la cultura de las sociedades contemporáneas, conformado por técnicas lingüísticas, científicas y rituales para su elaboración.

médico hegemónico. Como *técnicas corporales*²³ originadas en otro contexto sociocultural y tiempo histórico, son reapropiadas y resignificadas para otros usos y fines en el proceso de reapropiación local de las múltiples formas del yoga bajo un movimiento de ampliación del marco interpretativo biomédico de la enfermedad.

Si bien la oferta muchas veces se presenta encubierta bajo sus formas gimnásticas apelando a los beneficios físicos e incluso estéticos del yoga, la legitimidad alcanzada entre grandes sectores de la población, incluidos los profesionales de la salud, se debe precisamente a la eficacia terapéutica atribuida a sus técnicas. De hecho, algunos profesionales psicomédicos han incorporado ejercicios de respiración y meditación a sus tratamientos terapéuticos de manera más o menos sistematizada, complementando en ocasiones su formación con otras del campo del movimiento o la terapia corporal; otros sugieren a sus pacientes intentar con alguna de estas técnicas para combatir el estrés y la ansiedad. Esta formación complementaria psicocorporal no es novedosa, Carozzi (2000) la ubica también en la década del '60 en Esalen, (California, EEUU) centro del Movimiento Nueva Era y rastrea su llegada a la Argentina de la mano de terapeutas gestálticos y humanistas en los '80 con la apertura democrática. Sin embargo, podríamos detectar el germen de esta complementariedad apenas una década después de la institucionalización del psicoanálisis en nuestro país a partir de los años '50 (Visacovsky, 2009). Para los años '60 se estaban desarrollando diversos métodos de terapia corpo-

²³ Marcel Mauss (1979) refiere al carácter aprendido culturalmente de los usos del cuerpo para fines útiles. El cuerpo es a la vez objeto de técnica, medio técnico y el origen subjetivo de la técnica.

ral basados en elementos del yoga²⁴. Para la Argentina Korman y Saizar (2006) y Sarudiansky y Saizar (2007) han investigado la derivación de parte de psicoterapeutas cognitivo-conductuales al yoga como estrategia de complementariedad terapéutica aún cuando en la mayoría de los casos los profesionales manifestaran desconocer el funcionamiento de su práctica, basando su recomendación en sus efectos sobre la relajación para la ansiedad y el estrés. La incorporación de estos ejercicios también debe rastrearse en la propia historia del psicoanálisis en la concepción bioenergética de figuras como Wilhelm Reich y su discípulo Alexandre Lowen²⁵ quienes recuperan la importancia de aquella energía que Freud en sus primeros descubrimientos -desde una perspectiva biologicista propia de su época y de su formación como neurólogo- traslada al dominio de lo psicológico para explicar la irritación o excitación (Laplantine, 1999:103)²⁶. Finalmente, diversas investigaciones de las emergentes neurociencias contemplativas promueven herramientas espirituales en el campo de la psicología cognitiva conductual [Probst (1988); Richards y Bergin (1997)], interesados especial-

²⁴ GREI de Susana Milderman, Sistema Río Abierto de Ma. Adela Palcos, Gimnasia de Centros de Energía de Hugo Ardiles

²⁵ En *Bioenergética*, Ed. Diana; México, Lowen estudia la unidad de funcionamiento del psiquismo y lo somático a partir de la concepción de una energía bioeléctrica a la que da el nombre de orgón, correspondiente al placer o la represión de la sexualidad. Si bien reconoce las similitudes con una concepción oriental de la persona regida por una energía vital o *prana*, e incluso de sus ejercicios bioenergéticos basados al igual que el yoga en la respiración, Lowen considera que necesaria una complementariedad de abordajes entre yoga y bioenergía, ya que el primero apunta a un desarrollo interior, espiritual, y el segundo hacia el exterior vía la expresión y la creatividad (1977:68)

²⁶ Según el autor, los psicoanalistas franceses lacanianos han recuperado también esta concepción freudiana considerando al Ello una emanación de lo biológico.

mente en los efectos de la meditación sobre las emociones [Davidson y Lutz (2008); Lazar, (2011)]. La meditación *mindfulness* (consciencia plena) derivada del budismo fue incorporada recientemente a la psicoterapia por Kabat-Zinn (1990) con especial énfasis en la reducción del estrés.

Por otra parte, el recurso a estas técnicas derivadas del budismo, hinduismo o reformuladas a través del movimiento de la Nueva Era puede ser explicado en términos similares a los utilizados para la inserción social del psicoanálisis entre los mismos sectores de la población (sectores mayoritariamente urbanos, educados y medios) [Visacovsky, 2009; Plotkin, 2003; Turkle, 1983; Vezzetti, 1996; Figueira, 1995]. En su reinterpretación local, el yoga combina aspectos terapéuticos y espirituales que, articulados con la influencia del psicoanálisis, pueden erigirse en un nuevo marco cultural de sentido, funcionando como sistema de creencias, como modelo *de* interpretación y modelos *para* la acción (Geertz, 1991). Sus posturas, técnicas de respiración y meditación que buscan *ligar* la mente al “aquí y ahora” del cuerpo para aquietar sus vibraciones pueden ser utilizadas como medios para alcanzar un bienestar inmediato, sin requerir un alto grado de conocimiento o adhesión por parte del practicante a sus preceptos. Thomas Csordas (2009) denomina *portable practices* a las prácticas corporales fácilmente adquiridas, que pueden ser entendidas fuera de su contexto cultural específico, requieren escaso conocimiento esotérico o elaboración espiritual y pueden ser ejecutadas sin implicar compromiso ideológico o institucional elaborado o transformaciones de la vida cotidiana.

En esta perspectiva se inserta, por ejemplo, el relato de una practicante de yoga:

G.: Empecé para quietarme. Yo hacía terapia y la psicóloga me dijo que arranque yoga que me iba a quietar y lo logré...

I.: Quietarte?

G.: Era hiperactiva, no paraba de hacer cosas todo el tiempo, dormía poco. Trabajaba 15hs. Yo le decía médicame, dame algo para parar. “No! Porque te va a generar adicción” es súper espiritual ella.

(...)Siempre tuve la búsqueda espiritual. Pero era la recomendación de alguien en quien yo confiaba y la necesidad de quietarme. Hago 3 veces por semana mínimo, depende si estoy en vacaciones más.

Es en este doble vínculo entre espiritualidad y práctica corporal, que la oferta crece al precio de permanecer en un espacio casi encubierto. Precisamente, cuando estas técnicas son reinsertas en contextos rituales que recuperan el marco de cosmovisión oriental en el que se originaron o que las resignifican en términos de *espiritualidad*, son desprestigiadas por su exotismo o sospechadas de “secta”²⁷. Durante mi trabajo de campo en la Fundación El Arte de Vivir, una participante del “Seminario de técnicas de respiración” que se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico por trastorno de ansiedad, mencionó que su psicólogo le recomendó “no meterse en cosas

²⁷ El análisis de la preocupación generada desde los medios de comunicación durante la apertura democrática sobre la aparición de supuestas sectas puede verse en: Frigerio, Alejandro y Ari Oro (1998). “Sectas satánicas” en el Mercosur: Un estudio de la construcción de la desviación religiosa en los medios de comunicación de Argentina y Brasil. *Horizontes Antropológicos* 8: 114-150. Soneira, Adelardo Jorge “El debate sobre las “sectas” en Argentina” extraído de <http://www.prolades.com/cra/regions/sam/arg/soneira-4.pdf>

raras” y agregó: “creyó que eran los krishnas” (sic). Tres asistentes al curso de Yoga dictado por la misma institución intercambiaron las diversas maneras en que en su entorno cercano les manifestaron preocupación porque se tratara de una secta, incluidos los temores de algunos profesionales de la psicología. Una de ellas comentó que el hijo de una amiga había abandonado la terapia desde que asistía al Arte de Vivir y que su psicóloga se había mostrado muy preocupada, otra se sorprendió de que los mismos psicólogos que utilizan estas técnicas de relajación como parte de sus terapias desconocieran lo que allí se practicaba.

Puede explicarse por lo anterior que mientras esta Fundación ofrece *conocimiento espiritual*, se legitima científicamente promocionando sus actividades como “Técnicas respiratorias para combatir el estrés”, en un esfuerzo de amplia su marco interpretativo incorporando los discursos científicos. Para demostrar el efecto de las mismas sobre la mente y el cuerpo, recurre a las neurociencias ofreciendo en su página web una serie de estudios²⁸ que avalan los efectos que producen las técnicas sobre la salud física y mental, como la eliminación de toxinas, el fortalecimiento del sistema inmunológico, la reducción de cortisol (la hormona del estrés) y el alivio de la ansiedad, entre otros. La apelación a estos estudios científicos es un

²⁸ <http://www.aolresearch.org/> Janaki ramaiah N, Gangadhar BN, Naga Venkatesha Mur thy PJ, et al : Antidepressant efficacy of Sudarshan Kriya yoga (SKY) in melancholia: a randomized comparison with electroconvulsive therapy (ECT) and imipramine. *J Affect Disord* 2000;57(1-3) :255-9. Naga Venkatesha Mur thy PJ, Gangadhar, B.N., Janakiramaiah, N., Subbakrishna, D.K. (1997). Normalization of P300 Amplitude following Treatment in Dysthymia. *Biological Psychiatry*, 42, 740-743. Kjellgren, A, Bood, SA, Axelsson, K, Norlander, T, Saatcioglu, F.(2007). Wellness through a comprehensive Yogic breathing program - A controlled pilot trial. *BMC Complement Altern Med*. 7:43-50

recurso ampliamente utilizado no sólo por los promotores de estas técnicas²⁹ sino también por los medios de comunicación para validar las técnicas que contribuyen a divulgar³⁰. En todos los casos, la legitimidad dada por las neurociencias se basa en una supuesta identidad entre mente y cerebro. Esto se evidencia en los videos que El Arte de Vivir presenta a los participantes de sus cursos, algunos de los cuales pueden verse en internet³¹: la mente aparece simbolizada por el dibujo de un cerebro, con piernas, brazos y antojos. Por lo tanto, en este caso no habría ya dicotomía mente-cuerpo, porque la mente bajo la imagen del cerebro pasa a formar parte del cuerpo. Reduciendo todo al nivel físico, es decir a interacciones químicas en el cerebro, la teoría que identifica mente y cerebro reduce la capacidad de agencia de los sujetos a meras respuestas a estímulos físicos (Crossley, 2001:23).

²⁹ La meditación trascendental de Maharishi Mahesh Yogui, con quien se formó Ravi Shankar, el fundador del Arte de Vivir, es probablemente sobre la que existen más investigaciones Travis, F.T. et al. (2001) "Cortical plasticity, contingent negative variation and transcendent experiences during practice of the Transcendental Meditation technique". *Biological Psychology*, n°55, pp. 41-55. Orme-Johnson DW, Barnes VA, Hankey AM, Chalmers RA. "Reply to critics of research on Transcendental Meditation in the prevention and control of hypertension". *Journal of Hypertension* 2005 23(5):1107-1108.

³⁰ Página/12 (06/11/11) menciona la investigación dirigida por Sara Lazar (2011) : en la cual 16 personas que realizaron media hora diaria de meditación durante dos meses, demostraron mejoras en la actividad cerebral en las zonas del aprendizaje y la memoria, y en estructuras asociadas a la introspección, la compasión y la autoconciencia y disminución en las neuronas vinculadas al estrés. La revista de La Nación en su nota "Crear paz" (11/2010) cita una investigación publicada en la Revista *Social Indicators Research*, Washington (1993) en la que 4000 personas se juntaron a meditar durante dos meses logrando que la violencia diaria se redujera un 23% en la última semana. Según la revista Viva (18/09/11) los beneficios del Sudarshan kriya (la técnica respiratoria del Arte de Vivir) fueron documentados por investigaciones de las Universidades de Harvard y Yale (de la Divinity School de ésta última fue director precisamente Ravi Shankar).

³¹ <http://www.youtube.com/watch?v=bmHxPgXU9A8>

El cerebro no sólo reemplaza a la mente, sino que así representado, también reemplaza al cuerpo que desaparece, la mente *es* el cuerpo³².

Será casualmente la empresa Bagó la que intentará desterrar cualquier evidencia sobre la eficacia de estas técnicas, tomando entre otras “medicinas alternativas” al Yoga (en particular el Sudarshan Kriya, la técnica respiratoria patentada por El Arte de Vivir). Si bien le reconoce una eficacia similar a la de la droga imipramina para la depresión concluye que no hay suficientes datos para validar su eficacia³³.

Vemos pues, cómo con el incremento en el diagnóstico de trastornos de ansiedad y estrés, la progresiva incorporación por las psicoterapias de técnicas factibles de ser usadas en cualquier tiempo y lugar, se presenta como una alternativa frente al aumento en los últimos años del consumo de psicofármacos. Una de nuestras entrevistadas, usuaria de yoga hace 20 años, expresa claramente esta tensión, cuando luego de definirse reiteradamente como “ansiosa” excluye la posibilidad de hacer psicoterapia o medicarse:

“No, no se me ocurriría nunca, si hay medios naturales para poder manejarlo, nada respiro y se me pasa, es como que respiras y está todo bien, está todo bien. Me analizo sola qué sé yo, qué es lo que me está pro-

³² Antonio Damasio (1996) ofrece una solución tanto a la dicotomía derivada del cartesianismo como a la biologización de la mente, partiendo de que la actividad mental surge de la interacción de circuitos reguladores bioquímicos y neurales por medio de los cuales cerebro y cuerpo se relacionan con el ambiente como un todo. Sosteniendo bases bioquímicas y neurales para las emociones, elimina toda oposición entre sentimiento y razón.

³³ Thachil AF., Mohan R., Bhugra D. “The Evidence Base of Complementary and Alternative Therapies in Depression” *Journal of Affective Disorders* 97(1-3):23-35, Ene 2007. Extraído de <http://www.bago.com/bago-arg/biblio/psiqweb496.htm> agosto 2012.

duciendo ansiedad, y nada, la ansiedad es una cosa que se dispara... Te pones a analizar en profundidad ¿qué me está produciendo miedo? Son todas cosas infundadas, es terrible. Con todo esto no desaparecen las cosas, siguen estando pero lográs manejarlo. No es que dejé de ser ansiosa, aparece pero no se me instala. Antes vivía en un estado de ansiedad crónica, pero no me daba cuenta.”

Del otro lado del puente....

Nuestro análisis de la imbricación entre discursos terapéuticos pretendió problematizar las relaciones entre mente y cuerpo y entre los cuerpos individual, social y político, contribuyendo al reciente interés antropológico y sociológico en el cuerpo pero sin perder el interés en la mente, lo cual invertiría el dualismo (Lambeck, 1998). El recorrido realizado no pretende ser exhaustivo ni remitirse al “origen” del proceso de circulación de saberes transnacionales que llevó a la inclusión de técnicas de meditación, y respiración derivadas del yoga por la psicoterapia y la biomedicina.

La noción de alineamiento entre marcos interpretativos permite analizar la apropiación local del yoga en un proceso de transformación mutua, tanto de dicha disciplina como del modelo médico hegemónico, en donde las emociones ocupan un rol cada vez más preponderante. El giro del modelo médico hacia una mayor consideración de las emociones en la causa y la resolución de la enfermedad puede ser considerada una ampliación del esquema biomédico de la enfermedad hacia uno más relacional, es decir, el modelo biomédico subraya en el marco interpretativo de su público el elemento emocional que facilita la vinculación. Por su parte, se produciría una extensión del marco interpretativo del yoga: cuando para mos-

trar sus objetivos y actividades como congruentes con los valores e intereses de los posibles miembros, extiende los límites de su marco para incluir intereses que son secundarios para sus objetivos pero de importancia para sus potenciales seguidores, es decir, adoptar, subordinadamente, elementos que son propios de los destinatarios. En el caso de nuestro interés, darle centralidad a las emociones permite al yoga legitimar su eficacia terapéutica, y ser más fácilmente aceptado bajo esquemas terapéuticos previos. Un punto de confluencia de ambos marcos tiene lugar en torno de los discursos neurocientíficos. Éstos legitiman científicamente la importancia de las emociones tanto en la dimensión fisiológica de la enfermedad (orgánica -un cáncer por ejemplo) como en la mental (un trastorno de ansiedad), tanto en su etiología como en su abordaje terapéutico.

Razón por la cual, consideramos que gran parte del éxito de la inserción del yoga entre grandes sectores de la población se debe más a procesos referidos al orden de lo terapéutico que de lo religioso. Hemos observado que más que tratarse de terapias alternativas, estamos frente a *terapias complementarias*. Terapias y no medicinas, puesto que no tenemos elementos para sostener que el yoga sea utilizado en sus versiones locales como un sistema médico. Complementaria y no alternativa ya que el uso de sus técnicas en tratamientos tanto físicos como psicoemocionales, no implica necesariamente el abandono del paradigma bio-psi ni por profesionales ni por usuarios, si bien en algunos casos se presentan como alternativas a una medicalización igualmente creciente. Entonces, otro de los elementos transformados en el proceso de alineación entre los marcos interpretativos es el de la sustitución de

medicación por técnicas legitimadas como igualmente eficaces y sin efectos secundarios negativos.

Por lo que podríamos arriesgar que de existir una transformación en el proceso de salud-enfermedad-atención, ésta no supone necesariamente el abandono del paradigma biomédico, ni tampoco del modelo exógeno de enfermedad, sino que se da en una doble vía. Por un lado, observamos la vigencia de concepciones no duales de la persona, basadas asimismo en modelos endógenos de la enfermedad, como el de las neurociencias y el psicoanálisis, que confluyen con las de las disciplinas y terapias derivadas del movimiento Nueva Era. Sin embargo, el uso de términos combinados, como psico-somático, intrapsíquico o sociogénesis, da cuenta de la prevalencia de una concepción dual.

Por otro, señalamos la tendencia a una cada vez mayor individualización y medicalización del sufrimiento, aún cuando sus causas sean *imaginadas* como sociales, tal como se desprende de la construcción que los discursos mediáticos referidos a la salud han hecho del significado atribuido a la crisis socioeconómico y política del 2001 como posible detonante de padecimientos. Un dato no menor en este argumento es que el incremento en los diagnósticos de fobias, ansiedad y estrés lejos de ser entendidos como un signo de la sociedad, en tanto expresión de una disconformidad de los sujetos frente a sus condiciones de existencia, son atribuidos a una falla de los mismos sujetos en su forma de vivir.

Bibliografía

AMARAL, Leila (1999) Sincretismo em movimento: o estilo Nova Era de lidar com o Sagrado. En: Carozzi, M. (comp.) *Nova Era no Mercosul*. Petropolis, Vozes.

- ASTIN, J.A.(1998) "Why Patients Use Alternative Medicine? Results of a National Study";JAMA, 279:1548-1533.
- BAUMAN, Zygmunt (2007). *Miedo líquido: La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona: Paidós Ibérica
- BERIAN, John (comp.) (1996) *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgo*. Barcelona, Anthropos.
- BLACKING, John (1977) "Towards an Anthropology of the Body". En *The Anthropology of the body*. New York; Academic Press.
- CAROZZI M. (1998) "El concepto de marco interpretativo en el estudio de movimientos religiosos". Rev. Sociedad y Religión. N°16/17
- (1999) "La autonomía como religión: la Nueva Era." En Revista Alteridades, 9 (18) págs. 19-38
- (2001) *Nueva Era y terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Bs. As., EDUCA
- CASTEL, Robert (2008) *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Manantial. Bs. As.;
- CSORDAS, Thomas J. (Ed.) (2009) *Transnational Transcendence. Essays on Religion and Globalization* University of California Press.
- CROSSLEY, Nick (2001) *The Social Body. Habit, Identity and Desire*. Sage Publications. London.
- DAMASIO, Antonio R. (1996) *El Error de Descartes. La razón de las emociones*. Editorial Andrés Bello.
- DAVIDSON, Richard y LUTZ, Antoine (2008). Buddha's brain: Neuroplasticity and meditation. *IEEE Signal Processing Magazine*, 25(1), 171-174.
- DE MICHELIS, Elizabeth (2004) *A History of Modern Yoga: Patanjali and Western Esotericism*.

EYMAN, S.; BELLOMO, M. et. al (2009) "Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad", Arch Argent Pediatr,; 107(4):321-328.

EISENBERG D.M., RONALD, C., et al. (1993) "Unconventional Medicine in the United States"; N Eng J M. 328: 246-252.

FOUCAULT, Michel (1976) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

------(1983) *El nacimiento de la clínica* Siglo XXI Editores, México,

FRANCO, J. y C. PECCI (2002) "La relación médico paciente, la medicina científica y las terapias alternativas"; Medicina, 62:111-118

FRIEDIN, Betina y BALLESTEROS, Matías (2011) "Dificultades en la conceptualización y cuantificación de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias" Medicina y Sociedad, Revista trimestral Año 31, N°1

------(2010) "El uso de una estrategia cualitativa mixta para observar procesos de diferenciación en la profesión médica en torno a la práctica de medicinas no convencionales" VI jornadas sobre etnografía y métodos cualitativos, IDES, Bs As.

FRIGERIO, Alejandro (1997): "Estabelecendo pontes: articulacao de significados e acomodacao social em movimentos religiosos no cono-sul". En A. **Oro** y C. **Steil** (comp.) Globalizagao e Religiao. Petrópolis: Vozes.

GIDDENS, Anthony (1997) *Las consecuencias de la modernidad*. Amorrortu, Bs. As

GOFFMAN, Erwing (1974): *Frame Analysis*. New York, Harper and Row

GOOD, Ch. (1987) *Ethnomedical systems in Africa*. Nueva York, The Guilford Press.

- GOOD, Byron J. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- IDOYAGA MOLINA, Anatile (2005) “Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual.” *Revista Scripta Ethnologica*, 27:9-45
- y LUXARDO, N. (2005) “Medicinas no convencionales en Cáncer”, *Medicina*, 65(5):390-394.
- IKONIKOFF, M., et.al. (2010) “Uso de medicinas complementarias en atención primaria en una población argentina”, *Med. y Soc.* 30, 1.
- ILLOUZ, Eva (2009). “Emotions, Imagination and Consumption”. *Journal of Consumer Culture*, 9 ((3)), 377-413.
- JENKIN, Janis (ed.) (2011) *Pharmaceutical self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. School for Advanced Research Press.
- KABAT ZINN J. (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York, Dell Publishing
- KESSLER, Gabriel. (2009) *El sentimiento de inseguridad. Sociología del delito*. Sg XXI, Bs. As.
- KORMAN, G. y SAIZAR, M. (2006) “Psicoterapia y yoga. La inclusión del yoga terapia complementaria en los tratamientos psicoterapéuticos cognitivos en Buenos Aires”. *Revista Brasileira de Sociología de las Emociones (RBSE)*, VX, (13)
- LYON M. L. and BARBALET, J.M. (1994) “Society’s body:emotion and the “somatization” of social theory.” En Csordas, Thomas (Ed.) *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press, UK.
- LAKOFF, Andrew (2005) *Pharmaceutical reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge Univ. Press. New York.

------(2003) “Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina” *Cuadernos de Antropología Social* N° 18, pp. 35-66, FFyL, UBA.

LAMBECK, Michael (1998) “Body and mind in mind, body and mind in body” En *Bodies and persons. Comparative perspectives from Africa and Melanesia*. M. Lambeck & A. Strathern Eds., Cambridge Univ. Press.

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

LAZAR, Sara, et.al (2011) “Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density” *Psychiatry Research: Neuroimaging* 191, 36–43

LOCK, Margaret y DUNK, Pamela (1987) “My nerves are broken: The communication of suffering in a Greek-Canadian Community”. En Coburn et al. (eds). *Health in Canadian Society: Sociological perspectives*. Toronto:Fitzhenry and Whiteside.

----- y SCHEPER-HUGHES, Nancy (1987) “The mindful Body: a prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”. *Medical Anthropology Quarterly*. New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41

LOW, Setha (1985) “Culturally Interpreted Symptoms or Culture-Bound Syndromes”. *Social Science and Medicine* 21:187-197.

------(1994) “Embodied metaphors: nerves as lived experience”. En Csordas, Thomas (Ed.) *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press, UK.

MARTIN, Emily (1987) *The Woman in the body*. Boston: Beacon Press

MAUSS, Marcel (1979) *Sociología y Antropología*. Tecnos, Madrid, España.

- Mc GUIRE, Meredith, (1988) *Ritual Healing in Suburban America*, New Brunswick, Ruttgers Univ. Press.
- MIGUEZ, Daniel (2000) “Modernidad, postmodernidad y la transformación de la religiosidad de los sectores medios y bajos en América Latina.” *Revista de Ciencias Sociales*, n°10, Universidad Arturo Prat, Iquique Chile, pp-58-68
- OMS (2002) “Estrategias para La Medicina Tradicional, 2001-2005.” Genova: OMS.
- PROBST, L. (1988) *Psychotherapy in religious framework*. New York, Human Sciences Press.
- RICHARDS, P. y BERGIN, A. (1997) *A spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington D.C., American Psychological Association
- ROSALDO, Michelle (1984) “Toward an anthropology of self and feeling” en *Culture Theory: essays on mind, self, and emotion*. Shweder R. A. and Levine R. A. (Eds) New York: Cambridge University Press, pp. 137–157
- SAIZAR, Mercedes (2009) *De Krishna a Chopra. Filosofía y práctica del yoga en Buenos Aires*. Bs. As., Antropofagia.
- SARUDIANSKY, Mercedes y SAIZAR, Mercedes (2007) “El yoga como terapia complementaria en pacientes con estrés en Buenos Aires (Argentina)” *Mitológicas*, Vol. XXII, pp. 69-83 Centro Argentino de Etnología Americana. Argentina.
- SEMÁN, Pablo y MOREIRA, Patricia (1998) “La Iglesia Universal del Reino de Dios en Buenos Aires y la recreación del diablo a través del realineamiento de marcos interpretativos” *Sociedad y Religión* N° 16/17
- VIOTTI, Nicolás (2011) “La literatura sobre las nuevas religiosidades en las clases medias urbanas. Una mirada desde Argentina” *Revista Cultura y Religión*, Vol. V, N° 1 (Junio del 2011) 4-17

*

Abstract: Body techniques derived from disciplines of Eastern origin, especially yoga, have become increasingly visible in recent decades in Argentina. Its growth is derived from changes in practices and social representations of health-disease-care whereas is operating on these transformations. In order to retrace them, we list some of the processes that are operating in recent years on the local level: the rol played by the media rol in the construction of an imaginary of social crisis, bio-psi discourses about stress and anxiety due to the crisis and interests of pharmaceutical companies in the growth of the population suffering this disorders. This context suggests, on the one hand, that the expansion of the hegemonic medical interpretative framework by incorporating the emotional dimension in the etiology of the disease, allows the inclusion of complementary therapies among which would be found yoga. On the other hand, the local resignified appropriation of yoga is also produced under the expansion of its interpretative framework with emphasis on its therapeutic benefits on the emotions, legitimized on neuroscientists and *psi* discourses. The analysis is based on "scientific" discourses circulating on the principal national newspapers and on testimonies of yoga practitioners extracted from the ethnographic fieldwork accomplished in Mar del Plata city.

Keywords: yoga, therapeutic complementary, interpretative framework, emotions

