

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

Vanina Papalini¹

RESUMEN

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

Antecedentes y contexto de análisis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados 1. Confianza en la biomedicina

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados 3. Salud y fe

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados 4. Holismo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

Referencias

- ADAMS, M. (2004) “Whatever will be, will be: Trust, fate and the reflexive self”, *Culture Psychology*, 10 (4), pp. 387-408
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M. y CORNEJO VALLE, M. (2014) “Empoderamiento de género en las medicinas alternativas y complementarias (MAC) de influencia new age ¿es el holismo feminista?”, *Crisis y cambio:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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”, *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), pp. 451-460.

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

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