

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

**Terapias complementarias / alternativas :
¿ampliación del mercado terapéutico o respuestas a
nuevos valores socio-culturales?**

Nebur Sosa
Tutora: Verónica Filardo

INDICE

INTRODUCCION	2
CAPITULO 1- ASPECTOS SOCIOCULTURALES	
1.1. Los macro sistemas socioculturales.....	4
1.2. Cambios en la forma de concebir la salud y su atención	5
1.2.1. La racionalización de las formas de sanación.....	6
1.2.2. La diversificación de las formas de concebir la salud.....	8
CAPITULO 2- ALGUNAS REFLEXIONES SOCIOLÓGICAS	
2.1. Hedonismo y narcisismo en las sociedades contemporáneas.....	10
2.2. El surgimiento de un neo-comunitarismo.....	16
2.3. Reflexividad en la modernidad tardía.....	18
CAPITULO 3- ASPECTOS METODOLÓGICOS	
3.1 Las terapias complementarias/alternativas y sus actores.....	20
3.2. Categorización de las terapias complementarias/alternativas.....	23
3.3. Análisis de datos.....	23
3.3.1 Tipos de tratamientos y sus características.....	23
3.3.2. La experiencia en las terapias de carácter simbólico.....	25
3.3.3. La experiencia en las terapias de carácter empírico.....	32
3.3.4. Las terapias en relación al contexto en que se aplican.....	36
CAPITULO 4- CONCLUSIONES	
4.1. Las terapias complementarias/alternativas en relación a la medicina científica....	38
4.2. Respuestas a nuevos valores socioculturales.....	40
4.3. Resumen.....	45
BIBLIOGRAFÍA	46

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realiza en el marco de las exigencias curriculares de la Licenciatura de Sociología en la Facultad de Ciencias Sociales. Se presenta en modalidad de Monografía Final y toma como referencia el trabajo realizado en el Taller de Sociología de Cultura, entregado a fines de 2007¹.

El mismo se concentra en explorar e interpretar, desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, la creciente notoriedad de las prácticas terapéuticas complementarias y/o alternativas, en relación a los cambios socioculturales y a las dificultades que presenta el sistema de salud alopático, en cuanto a la satisfacción de la demanda de bienestar bio-psico-físico de la población.

El auge de estas prácticas médicas complementarias/alternativas, parecen consolidarse cobrando estabilidad y permanencia, dando cuenta de nuevas o resignificadas formas de concebir la salud y su atención, al mismo tiempo que avanza la medicina científica, tanto en los tratamientos como en su farmacopea.

El porqué las personas cada vez más, se vuelcan a experimentar estas “nuevas” formas terapéuticas, es la interrogante general que me planteo.

Voy a proponer enfocar el tema, concibiendo esta problemática desde una perspectiva cultural, entendiendo la salud y su atención como “...productos culturales que se ordenan en instituciones, en conocimientos científicos en saberes populares, prácticas y discursos de actores sociales muy concretos, insertos en realidades específicas.” (Romero S. Citada por Vomero F.: 2006; 172), tratando de explicar las tendencias y la diversidad en la atención sanitaria que se vienen desarrollando en la actualidad.

Me referiré a estas terapias como: **Terapias complementarias/alternativas** con el fin de englobarlas en el conjunto de prácticas que no desempeñan una función principal dentro del sistema de salud médico alopático. La referencia a “terapias alternativas”, de cuenta de las técnicas terapéuticas que se suponen en contraposición con la medicina alopática, y el término “terapias complementarias” se usa más recientemente para referirse a técnicas

¹ Monografía del Taller de Sociología de la Cultura. Título “Terapias alternativas complementarias” Profs. Rafael Bayce y Carlos Muñoz, realizado por Patricia Catz, María José Aragor, Ricardo Soria y Nébur Sosa. 2007.

terapéuticas que se aplican conjuntamente con la medicina alopática, ya que generalmente los pacientes no dejan de ver al médico por usar una de estas terapias. Si bien este último se ajusta más a la realidad de Montevideo, es muy difícil de ajustar uno u otro por separado ya que la misma terapia puede ser usada de un modo o del otro dependiendo de la subjetividad de la persona y en las circunstancias particulares en que se aplican, por eso considero adecuado englobarlas en un solo concepto.

En función de lo señalado el trabajo se organiza en cuatro capítulos, en el primer capítulo se presenta una clasificación de los macro sistemas socioculturales y sus premisas generales, para luego relacionarlos con los cambios en la forma de concebir la salud, haciendo un recorrido que permita contextualizar el devenir histórico de la salud y sus instituciones en el Uruguay, apoyado en el concepto de "Medicalización de la sociedad" desarrollado por Pedro Barrán, para posteriormente describir como las nuevas formas terapéuticas comienzan a ganar terreno en el imaginario colectivo.

El segundo capítulo, se establece un marco conceptual a través de diversas posturas teóricas, centrándonos en el problema del individualismo contemporáneo, el resurgimiento de nuevas formas de socialidad micro-comunitarias y la reflexividad en la modernidad tardía o alta modernidad.

El capítulo tres, se establecen los aspectos metodológicos y el análisis de las construcciones discursivas de los entrevistados sobre la problemática planteada.

El capítulo cuatro, a modo conclusión se presentan algunos puntos de conexión con la medicina alopática y en qué medida estas prácticas sanitarias complementarias/alternativas, como objeto cultural de institucionalidad aún no definida, permiten varias resignificaciones en su uso.

CAPITULO 1- ASPECTOS SOCIOCULTURALES

En las sociedades modernas actuales se han producido cambios importantes en la mentalidad de sus ciudadanos. Cambios en el imaginario colectivo, en sus valores, actitudes y sensibilidades. Para entender a nivel general como se dan estos cambios me referiré a la concepción de la cultura de Pitirim Sorokin, que la define como “...la totalidad de las significaciones, valores y normas poseídos por las personas en interacción y la totalidad de los vehículos que objetivan socializan y transmiten estas significaciones...”. (Sorokin P.; [1947]1960:98)

1.1. Los macro sistemas socioculturales

Sorokin clasifica las grandes culturas y civilizaciones históricas en torno a tres grandes supersistemas socioculturales-ideológicos, estos supersistemas si bien se mantienen por largos períodos de tiempo, no son estáticos sino que experimentan un movimiento dinámico entre ellos, estos son los: **Supersistemas socioculturales sensuales o sensitivos**, en este supersistema la verdadera realidad y el verdadero valor son de carácter sensorial; esto implica que más allá del valor y de la realidad percibida por nuestros sentidos no existe otra realidad y otro valor. Este niega toda realidad o valor suprasensible o tiene una actitud indiferente hacia ellos. Este supersistema fue el que reaccionó al idealismo medieval pre-moderno.

Un sistema sensitivo de la verdad y conocimiento que esté plenamente desarrollado es invariablemente materialista; abierta o solapadamente, lo considera todo en sus aspectos materiales. (Sorokin P.; [1947]1960:973). Las teorías basadas en la verdad de los sentidos tienden a hacerse progresivamente materialistas, racionalistas y mecanicistas. Actualmente, la ciencia es la que predomina sobre las otras formas de conocimiento, es decir, entendemos e interpretamos al mundo desde la perspectiva que ésta plantea.

Si consideramos la totalidad de los significados, valores y normas de la sociedad contemporánea, hallaremos que la mayor parte de los subsistemas se hallan unidos, articulando de un modo coherente la idea central, esto es, que la verdadera realidad y el verdadero valor son de carácter sensorial. El supersistema mencionado integra dentro del conjunto coherente más vasto la

parte más amplia de sistema de significaciones, valores y normas corrientes en nuestra cultura.

Supersistemas socioculturales ideacionales, parten de la premisa que la verdadera realidad y el verdadero valor radican en lo suprasensorial, en un dios superracional, (Tao, Athman) siendo la realidad y el valor sensorial ya una mera ilusión ya lo menos importante. Se basan en la verdad revelada por Dios mediante sus voceros, *“es la verdad de la fe”* (Sorokin P.; [1947]1960:966). Este sistema está poco interesado por la investigación de las propiedades físicas, químicas y biológicas del mundo empírico. Es absolutista, no utilitario y no pragmático.

Supersistemas socioculturales idealistas, se basan en la afirmación que la realidad y el valor verdadero constituyen una infinita diversidad, en parte sensorial, en parte racional, en parte suprasensorial y en parte también supraracional. El supersistema ideológico erguido sobre esta premisa mayor puede ser llamado idealista. (Sorokin P.; [1947]1960:491,492). Agregando que, *“Este sistema idealista de la verdad reconoce el papel desempeñado por los órganos de los sentidos y por la razón como fuente y criterio de la validez o invalidez de una proposición relativa a fenómenos sensibles o racionales”*. (Sorokin P.; [1947]1960:935). La razón combina en un todo orgánico la verdad de los sentidos, la de la fe, y la de la razón.

1.2. Cambios en la forma de concebir la salud y su atención

Apoyándonos en esta clasificación típico-ideal de las culturas, las formas de concebir la salud en cada época responderían a las premisas generales del supersistema sociocultural imperante, considero entonces dos grandes cambios, el primero es el pasaje de las formas de sanación tradicional y premodernas a la medicina científica y el segundo trata del auge de estas resignificadas formas terapéuticas, frente a la preeminencia de la medicina científica, tanto en los tratamientos como en su farmacopea.

1.2.1. La racionalización de las formas de sanación

Dentro del estadio tradicional cada colectivo reproducía rituales y mitos propios de carácter básicamente mágico y en muchas ocasiones extático, característico de los supersistemas ideacionales. Weber expresaba que *“El individuo que quería eludir o suprimir sus propios males- fundamentalmente las enfermedades- no recurría al culto comunitario sino que, como individuo, se dirigía al hechicero, al consejero ‘espiritual’...”* (Weber M.; [1921]1969: 12). Según el autor éstos, ofrecían a los individuos la salvación frente a las enfermedades, la pobreza y toda clase de desventuras en su cotidiano.

Los brujos, curanderos, hueseros, y yuyeros fueron precursores de la ciencia y poseedores del poder de curar. Luego, maneras y modas de sanación mágica y religiosa fueron perdiendo primacía a medida que el modelo médico científico fue ganando terreno.

La figura del médico y la medicina científica, a medida que lograba satisfacer de mejor manera los diferentes problemas de salubridad de la sociedad, se tornó cada vez más prestigiosa y legítima, frente a la figura cada vez más estigmatizada de los curanderos.

Es así que se delegó a la institución médica la responsabilidad de la salud colectiva e individual, y se la autorizó en exclusividad a tratar física y psíquicamente a los sujetos, desacreditando sistemáticamente todo tratamiento que no proviniera de esa fuente legitimada de curar.

Pedro Barrán da cuenta de este proceso en Uruguay, por el cual se consolidó uno de los fenómenos más definitorios, según el autor, del S.XX: la obsesión por el cuidado del cuerpo, la medicalización consiguiente y el poder que comenzó a tener tanto el dirigente de esa medicalización, como su saber sobre el resto de los poderes y lo saberes de la sociedad, donde el fenómeno del culto a la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por esta medicalización de la sociedad.

Esto implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el curandero, el brujo y el cura fueron sustituidos por el médico en la dirección de las conciencias individuales. Referido a esto Barrán dice que: *“La entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo. Fue, entonces, un hito final en*

el proceso de secularización de la cultura uruguaya, pero también un hito inicial en el nacimiento de una cultura individualista.” (Barrán P.; 1992: 11)

En el inicio de este proceso los médicos, los curanderos, y sus respectivas terapias, eran seres y cosas intercambiables y relacionables, ya que surgió una nueva dispersión del poder de curar a través de medicamentos-magia. Debido a la escasa diferencia entre las terapias y la farmacopea populares y las científicas. Pero:

“Entre 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles,(...) el nivel de la atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversación de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad –y hasta, a veces, el único valor- cambio en la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico.” (Barran P.; 1992: 57)

Esta sociedad medicalizada, fruto final de este triple proceso, resultó ser aquella en que los aspectos profilácticos del saber médico se popularizaron, aquella en que el médico monopolizó el tratamiento de la enfermedad y buscó la preservación de la salud, ya que ésta se había convertido en la suprema aspiración de la sociedad.

En referencia a los grandes y acelerados cambios que se venían dando en la sociedad uruguaya en esos tiempos, las transformación de las comunidades que antes cobijaban a la persona, el aislamiento del sujeto en la cultura urbana, el posible anonimato y alejamiento de los valores colectivos, la lucha individual por el bienestar económico transformada en virtud y la secularización de la cultura, apuntó a llevar la mirada hacia uno mismo, a veces como única fuente de valores.

Se instauraba así, una nueva forma de conocimiento característico de los supersistemas socioculturales sensitivos.

Esta forma moderna de racionalización de la imagen del mundo y de la vida, una racionalización al mismo tiempo teórica y práctica, intelectual y pragmática, Weber la denominó el “desencantamiento del mundo”. (Weber M.; [1921]1969:

258) Para Weber, el punto desencadenante del racionalismo occidental es la aparición de los grandes sistemas de la ciencia.

Bayce plantea que el desencantamiento del mundo es entendido como el proceso de cambio por el cual *“... la ciencia y todas las creencias en la causalidad eficiente natural ganan terreno en el imaginario colectivo frente a las creencias en la causalidad eficiente sobrenatural. El mundo se “desencanta” en el sentido de que pierde encantamiento mágico.”* (Bayce R.; 1992: 5)

1.2.2. La diversificación de las formas de concebir la salud

Entrada la década del 60 las influencias de las cosmovisiones orientalistas penetran con gran intensidad en la cultura occidental desarrollada, aparecieron como contra-cultura principalmente en Estados Unidos, donde al individuo utilitarista característico de la ética consumista, se le opone un nuevo tipo de individualismo de carácter expresivo, caracterizado por su búsqueda de ruptura total con las instituciones de la modernidad, principalmente aquellas que implican un compromiso con la vida materialista.

Sonia Romero constata *“...la presencia de diferentes vertientes de la inspiración llamada new age, vigente y en expansión en Europa, EEUU, Canadá desde la década de 1970 y que aproximadamente cinco años adquirió visibilidad en Uruguay.”* (Romero S.; 2005: 31), se desarrolla así, una gran difusión y aceptación en el imaginario social de formas populares y diversificadas de ver-se y tratar-se, una revalorización de la farmacopea considerada natural, de prácticas de prevención y tratamientos que se aproximan a un ideal de vida sana en armonía con ritmos del cuerpo y de la naturaleza. Donde en algunas especialidades de la biomedicina y de la psicología ya se han producido aperturas hacia las terapias complementarias/alternativas integrando concepciones y/o técnicas de tratamiento.

Este cambio o aceptación consolidada de una demanda hacia la diversidad en la atención produjo como efecto una cierta desmedicalización, en el sentido que disminuyó la dependencia con respecto al sistema biomédico, promoviendo una mayor autogestión de los sujetos y pacientes. (Romero S; 2005: 32)

En este contexto todos los comportamientos, conviven en armonía: lo más operativo con lo más esotérico, la vida ecologista-naturalista con la vida hipertecnificada.

Sonia Romero expresa que las relaciones y las producciones culturales no se detienen. Mientras existe la hegemonía médica en determinados espacios, paralelamente se gestan novedades, diferentes actores y protagonistas. Mientras la especialización del conocimiento médico opera a partir de “colecciones” de funciones, órganos y patologías en una visión bio-psicológica uniformizante, “...la cultura informal y los individuos manejan representaciones individualizadas del cuerpo, a la vez que interpretan sus manifestaciones dentro del marco integral de su persona...”. (Romero S; 1993, 128). Argumenta que el “pensamiento de estado” en lo que refiere a la salud, el conocimiento, la práctica y el discurso de la medicina oficial, comienza a vivir un proceso de coexistencia con el “pensamiento nómada”, representado por varios sistemas asistenciales, relacionados alguno de ellos a determinadas creencias religiosas, filosofías orientales y/o prácticas naturistas.

Este proceso descrito por la autora, se inscribe en modos de vida específicos, en nuevos hábitos, en nuevas actitudes en cuanto a la ocupación del espacio y en cuanto al cuerpo. Donde estas prácticas, lejos de ser marginales, son diversas formas que se capitalizan en el conjunto del cuerpo social. El auge de estos grupos de terapias complementarias/alternativas demostraría que está emergiendo una nueva forma de concebir la salud.

CAPITULO 2- ALGUNAS REFLEXIONES SOCIOLÓGICAS

Desde la teoría sociológica contemporánea, sin pretensión de abarcar todo lo producido sobre el tema a tratar, podemos encontrar algunas conceptualizaciones para enmarcar este fenómeno. Si bien estas posturas parten de premisas diferentes, en su conjunto logran cierta globalidad conceptual para comprender nuestro objeto de estudio.

2.1 Narcisismo y hedonismo en las sociedades contemporáneas

En primer lugar, podemos mencionar a los autores más críticos de la cultura moderna, que ven el fenómeno como manifestaciones del auge del individualismo, hedonismo y narcisismo, producto de la decadencia de las instituciones modernas, religiosas y tradicionales en las sociedades contemporáneas.

En este sentido Lipovetsky, observa una conmoción de las sociedades y de las costumbres, un nuevo individuo de la era del consumo masificado y la emergencia de un modo de socialización y de individualización inéditos, que rompe con lo instituido en los S. XVII Y XVIII. Describe el “individualismo” contemporáneo como un nuevo estado histórico propio de las sociedades contemporáneas, el surgimiento de un “neo-narcisismo”, donde el universo de los objetos, de las imágenes, de la información y la presencia de valores hedonistas, y psicologistas, han generado nuevas formas de comportamiento, conjuntamente con una diversificación incomparable de los modos de vida e imprecisión sistemática de la esfera privada.

Así en el ámbito de lo psicoterapéutico, dice el autor:

“...han aparecido nuevas técnicas (análisis transaccional, grito primal, bioenergía) que aumentan aun más la personalización psicoanalítica (...) se da prioridad a los tratamientos rápidos, a las terapias “humanistas de grupo, a la liberación directa de las emociones, de las energías corporales...” (Lipovetsky G.; 1995 [1983]: 21) y “La medicina sufre una evolución paralela: acupuntura, visualización del interior del cuerpo, tratamientos natural por hierbas, (...) las terapias suaves ganan terreno enfatizando la subjetivación de la enfermedad, la asunción holística de la salud por el propio sujeto, la exploración mental del

cuerpo, en ruptura con el dirigismo hospitalario, el enfermo no debe sufrir su estado de manera pasiva, él es el responsable de su salud..." (Lipovetsky G.; 1995 [1983]: 21).

El autor se basa fundamentalmente en dos conceptos claves para describir esta realidad, en primer lugar al *"proceso de personalización"* (Lipovetsky G.; 1995 [1983]: 6) remitiéndose a la fractura de la socialización tradicional y a la elaboración de una sociedad flexible basada en la información y en la estimulación de las necesidades, y en segundo lugar al *"aggiornamento"* narcisista del individuo, *"...el narcisismo, consecuencia y manifestación miniaturizada del proceso de personalización, símbolo del paso del individualismo "limitado", al individualismo "total", símbolo de la segunda revolución individualista."* (Lipovetsky G.; 1995 [1983]: 13).

Para el autor las grandes instituciones de la modernidad, despojadas del poder movilizador emocional y de su grandeza primigenia funcionan con una lógica propia, cada vez más controladas por los "especialistas", con indiferencia de las subjetividades de los individuos, esto debido a su alto grado de racionalidad y previsibilidad y su vacío emocional, llevando a un retraimiento del sujeto a su cotidiano inmediato. Para Lipovetsky, es el triunfo de un individualismo radical, que reduce la solidaridad y la preocupación por el menor círculo posible, el consumo y la satisfacción de necesidades inmediatas pasan a primer plano.

El momento posmoderno que describe, refiere justamente a un proceso de indiferencia pura, todos los gustos, todos los comportamientos pueden cohabitar sin excluirse, todo puede escogerse a placer, lo más operativo a lo más esotérico, lo viejo como lo nuevo.

En este contexto no es extraño que las personas busquen alivio y bienestar sanitarios, tanto en la medicina científica como en las diversas terapias complementarias/alternativas, *"...el neonarcisismo se define por la desunificación, por el estallido de la personalidad, su ley es la coexistencia pacífica de los contrarios (...) formado e informado en un universo científico y sin embargo permeable, aunque solo epidérmicamente, a todos los gadgets, del sentido, al esoterismo, a la parapsicología, a los médiums y a los gurús;..."* (Lipovetsky G.; 1995 [1983]: 111)

Lejos de ser antinómico con la lógica principal de nuestro tiempo, dice el autor, el resurgimiento de las espiritualidades, esoterismos y nuevas terapias de todo tipo aumentan el abanico de elecciones y posibilidades de la vida privada, permitiendo un cóctel individualista del sentido conforme al proceso de personalización.

Christopher Lasch, en cambio, habla de narcisismo, no como una idea de auto-admiración o como un alejamiento de las instituciones modernas de las subjetividades individuales, sino que ve al narcisismo como un mecanismo psicológico de adaptación defensiva ante la naturaleza apocalíptica de la vida social moderna, este narcisismo es una forma de “sobrevivencialismo”.

“La cultura organizada en torno al consumo de masas estimula el narcisismo (...) no porque haga a las personas más ambiciosas y agresivas sino porque las hace frágiles y dependientes. Corroe su confianza en la capacidad de entender y formar el mundo y de proveer sus propias necesidades. El consumidor siente que vive en un mundo que desafía el entendimiento y el control práctico, un mundo de inmensas burocracias, de sobrecargas de informaciones y de complejos e interligados sistemas tecnológicos, vulnerables a súbitos colapsos” (C. Lasch, citado por Menéndez G.; s/f: 8)

Esta postura considera que, la individualidad y la identidad personal se tornan problemáticas. Las personas se retraen a preocupaciones puramente personales, tales como el auto-perfeccionamiento psíquico y físico, esta *“...preocupación por la armonización física y mental, las nuevas formas de curación y de terapia son, para Lasch, expresiones de este encapsulamiento protector.”* (Menéndez G; 1992: 36).

Desde otra perspectiva, Daniel Bell parte de “las contradicciones culturales del capitalismo” entendiendo estas contradicciones como *“... la radical separación entre cultura social (el orden técnico-económico) y la cultura. La primera está regida por un principio económico definido en términos de eficiencia y racionalidad funcional, la organización de la producción por el ordenamiento de las cosas (...) La segunda es pródiga, promiscua, dominada por un humor anti-racional, anti-intelectual, en el que el yo es considerado la piedra de toque de*

los juicios culturales y el efecto sobre el yo es la medida del valor estético de la experiencia.” (Bell D.; 1994: 48)

Así como Lasch y Lipovetsky hablan de narcisismo, Bell considera nuestra época como hedonista, planteando que la cultura moderna se define por esa extraordinaria libertad para saquear el almacén mundial y engullir cualquier estilo que se encuentre. Esta libertad *“...proviene del hecho de que tal principio axial de la cultura moderna es la expresión y remodelación del “yo” para lograr la autorrealización. Y en esta búsqueda, hay una negación de todo límite o frontera puestos a la experiencia. Es una captación de toda experiencia; nada está prohibido, todo debe ser explorado.”* (Bell, D.; 1994: 26)

Bell considera que en la conciencia moderna no hay un ser común, sino un yo, y la preocupación de este yo es su autenticidad individual, este es el final de un proceso donde la ética protestante que había servido para limitar la acumulación suntuaria en la dinámica del capitalismo desapareció, y a través de la producción y el consumo de masas, a la sociedad burguesa, solo le quedó el hedonismo, y el sistema capitalista perdió su ética trascendental, *“El hedonismo, la idea del placer como modo de vida, se ha convertido en la justificación cultural, si no moral, del capitalismo. Y en el ethos liberal de que ahora prevalece, el impulso modernista, con su justificación ideológica, de la satisfacción del impulso como modo de conducta, se ha convertido en el modelo de la imago cultural.”* (Bell D.; 1994: 33). Refiriéndose aquí, al proceso por el cual las personas forman su personalidad mediante su identificación a los valores que conforman el carácter actual del sistema liberal.

En este sentido plantea que una época hedonista tiene sus propias terapias:

“...la época hedonista tiene su contrapartida en la educación de la sensibilidad, los grupos de encuentro, “la terapias de juego” y técnicas similares que tienen dos características esencialmente derivadas de un espíritu hedonista: se las efectúa casi exclusivamente en grupos, y tratan de “desbloquear” al individuo mediante el contacto físico, el tanteo, el toque, la caricia, la manipulación. Mientras que la anterior intención del psicoanálisis era permitir al paciente lograr la comparación de sí mismo y, de tal modo, reorientar su vida -objetivo inseparable de un contexto moral-,

las nuevas terapias son totalmente instrumentales y psicologistas; su objetivo es "liberar" a la persona de inhibiciones y restricciones, para que puedan expresar más fácilmente sus impulsos y sentimientos.

(Bell D.; 1994: 78)

Así como el psicoanálisis que surgió para lidiar con las represiones puritanas a principios de S. XX, nuestra época hedonista tiene sus propias terapias, el entrenamiento sensitivo, los grupos de encuentro, las terapias de juego, entre otras.

En cambio Luckman plantea, que si bien las consecuencias de largo alcance de la especialización institucional han sido interpretadas como un proceso de secularización, su opinión pasa por la inestabilidad estructural de la especialización de la religión, que lleva a su reemplazo parcial por una nueva forma emergente de religión, donde *"La privatización de la religión es parte de de la privatización general de la vida individual en las sociedades modernas."* (Luckman citado por Menéndez G; 1992: 31).

Para Luckman estas instituciones verbalizan tópicos surgidos en la vida privada, empaquetan los resultados en pequeñas porciones digeribles y distribuyen sus resultados a los consumidores, libros sobre psicología popular, literatura mística oriental, oferta de bioenergética meditación y cosas por el estilo. Son ejemplo de ello estos productos que comunican un set de significados (y ocasionalmente técnicas) con grados variables de trascendencia, set que puede ser comprado y mantenido por pequeños o largos periodos.

Y el mejor ejemplo de esta "forma social privatizada de la religión", es el movimiento New Age, este movimiento, pone énfasis en el desarrollo espiritual de cada individuo, recogiendo elementos de otras tradiciones de manera no ortodoxa, unido a abundantes materiales psicológicos, terapéuticos, mágicos, marginalmente científicos y antiguos materiales esotéricos, los re-ensava y los ofrece para el consumo individual y posterior sincretismo privado. (Menéndez G; 1992: 32).

Dentro de estas posturas críticas, Zygmunt Bauman refiriéndose a la salud considera que *"La salud, al igual que todos los otros conceptos normativos de la sociedad de productores, traza y protege el límite entre "normal" y "anormal."* (Bauman Z.; 2003:83) La salud, sería ese estado correcto y deseable del

cuerpo y el espíritu humano, un estado que puede describirse de manera más o menos exacta y luego evaluarse con igual precisión, es la “... *condición física y psíquica que permite satisfacer las exigencias del rol que la sociedad dispone y asigna...*” (Bauman Z.; 2003:83)

Si bien la salud corresponde a ese estado de equilibrio estandarizado y cuantificable, ahora se le impone una nueva forma de ver-se: el “estar en forma”, que por el contrario, “...*no es nada “sólido”: es un estado que por su naturaleza, no puede ser definido ni circunscripto con precisión (...) estar en forma significa tener un cuerpo flexible y adaptable, preparado para vivir sensaciones aún no experimentadas e imposible de especificar por anticipado.*” (Bauman Z.; 2003:83)

Si la salud es un tipo de estado determinado de equilibrio, de “ni más ni menos”, “estar en forma” implica una tendencia hacia el “más”, que no alude a ningún estándar particular de capacidad corporal, sino a su ilimitado potencial de expansión, donde no es posible realizar una comparación entre los diversos grados de “estar en forma” de distintos individuos, a diferencia de la salud, el estar en forma refiere a una experiencia subjetiva, en el sentido de una experiencia “vivida” y “sentida”, no de un estado o acontecimiento que puede ser observado desde afuera, verbalizado y comunicado. Así “Estar en forma significa estar preparado para absorber lo inusual, lo no rutinario – y sobre todo lo novedoso y sorprendente.” (Bauman Z.; 2003: 83, 84)

Para Bauman, como todos los estados subjetivos, la experiencia de estar en forma es notablemente difícil de articular de manera adecuada para la comunicación interpersonal, y más aún para la comparación interpersonal y es así que a diferencia del cuidado de la salud, el esfuerzo por estar en forma no tiene un fin natural, “...*el significado de un “estilo de vida saludable” no se queda quieto.*” (Bauman Z.; 2003: 85) y así como las terapias médicas en oferta, tampoco dejan de renovarse todo el tiempo.

La salud, se ha convertido bajo la égida de la modernidad “líquida”, en una asociación de posibilidades indefinidas e infinitas, ahora mantenerse saludable requiere muchísima atención, vigilancia y un esfuerzo constante, donde el cuidado de la salud se asemeja cada vez más ese esfuerzo por estar en forma, “*En general, el cuidado de la salud, contrariamente a su naturaleza, se vuelve pavorosamente similar al esfuerzo por estar en forma, igualmente*

insatisfactorio, de dirección incierta y generador de una profunda sensación de ansiedad.” (Bauman Z.; 2003: 85)

Esta salud cada vez menos definida con claridad y más semejante a “estar en forma”, para Bauman, no implica moderación y austeridad sino que en una sociedad de consumo, exige una actitud positiva y ponerse en acción.

Esta actitud, lleva a la compulsión de comprar que convertida en adicción es una encarnizada lucha contra la incertidumbre y sentimiento de inseguridad. *“Los consumidores están corriendo detrás de sensaciones -táctiles, visuales, olfatorias- placenteras, (...) o tras las sensaciones más profundas y consoladores prometidas por un asesor experto. Pero también tratan de escapar de la angustia causada por la inseguridad.” (Bauman Z.; 2003: 85)*

Pero en esta avidez de consumo donde no se llega a consumir el ideal cultural de “estar en forma”, siempre impulsado a más, es donde se produce una expansión incontrolable del cuidado de la salud y la consiguiente expansión de las terapias.

2.2. El surgimiento de un neo-comunitarismo

En oposición a estos diagnósticos precedentes, Michel Maffesoli ve al fenómeno de las terapias en especial las grupales, dentro del surgimiento de nuevas microcomunidades, si bien Maffesoli comparte algunos criterios con los autores mencionados, en cuanto a que la lógica económica que prevaleció en la modernidad y que privilegió la atomización individual, no tenía la capacidad de integrar la dimensión de un imaginario colectivo, él no cree que este fenómeno responda a un individualismo exacerbado, hedonista y narcisista, sino que por el contrario, la exacerbación del “yo” y la “preocupación por sí mismo”, ha desembocado en la búsqueda de un nosotros fusional, preocupado por el “estar juntos” en el aquí y ahora.

Para el autor, la modernidad al multiplicar las posibilidades de las relaciones sociales, las vació en parte, de todo contenido y la posmodernidad, tiende a favorecer en la metrópolis contemporánea el reconocimiento del propio grupo y una profundización de las relaciones en el interior de éstos. Donde los pequeños grupos, tomando valores y creencias que fueron secundarizadas por

la modernidad, tienden a restaurar estructuralmente la eficacia simbólica y afectiva.

Esto es lo que permite hablar del resurgimiento de lo cultural en la vida social, a lo que Maffesoli denomina el "reencantamiento del mundo". (Maffesoli M.; 1997: 139)

Plantea que el auge de un neo-comunitarismo en las sociedades contemporáneas, atiende a este proceso por el cual los individuos pasan de mantener relaciones sociales de caracteres contractuales, racionales e impersonales, a acceder a un orden de fusión, en donde va a primar la dimensión afectiva y sensible. (Maffesoli M.;[1973] 1987:101,102).

Muchas situaciones y prácticas cotidianas ya no pueden considerarse como elementos superficiales o carentes de importancia de la vida social, en cuanto expresan una emocionalidad compartida de manera colectiva, que si bien desde una perspectiva utilitaria racionalista estas formas triviales de existencia carecen de finalidad, no por ello están vacías de significado.

Así, las terapias en su interacción grupal, aunque frágiles por su brevedad, en el momento de reunión es objeto de un fuerte involucramiento emocional, la acentuación no estaría entonces, en lo que lo que particulariza al grupo (someterse a una terapia alternativa para aliviar una dolencia) sino en la globalidad de los efectos que el grupo en su cohesión libera.

Para el autor, las personas se agrupan como forma de romper con la individualidad provocada por la modernidad, con el fin de socializarse a través de estas nuevas formas micro-comunitarias. Así mismo, al lado de esta sensación colectiva, vamos a asistir al desenvolvimiento de una lógica, referida a los procesos de la atracción y repulsión, fenómeno que le llama "*socialidad electiva*" (Maffesoli M.; [1973]1987: 121).

Maffesoli, intenta comprender al sujeto en su medio, que es al mismo tiempo natural y social y a la asistencia de nuevas interpenetraciones de culturas. Este proceso se esgrime en modos de vida específicos, en nuevos hábitos, en nuevas actitudes en cuanto a la ocupación del espacio y en cuanto al cuerpo. Con relación a esto expresa que "...es necesario prestar atención a la multiplicación de las medicinas alternativas y a las diversas terapias de grupo. Diversas observaciones en curso hacen resaltar que esas prácticas, lejos de ser marginales, son diversas formas, que se capitalizan en el conjunto del

cuerpo social.” (Maffesoli M.; [1973] 1987: 177). Lo que propone el autor, es absolutamente extraño a la lógica individualista, contrariamente a una organización donde el individuo puede bastarse a sí mismo, el grupo no es comprensible sino en interior de un conjunto, en este sentido expresa que el hecho de lamentarse y alegrarse en grupo tiene por resultado, al mismo tiempo, cuidar y reintegrar a la comunidad al miembro que está dolido.

Según el autor, estas asociaciones forman pequeños grupos que en su combinación y entrecruzamientos diversos aparecen como cultura. Logran una unión de lo espacial, de lo global y de lo “instintivo-emocional”, a través de su ideología que apunta, a la naturaleza, a la relación con el medio ambiente y a la relación afectiva entre los sujetos. Siendo estas cosas las que inducen a un comportamiento de tipo comunitario y que proponen una visión simbólica de la existencia. Existencia en que serán privilegiadas las percepciones inmediatas y las referencias próximas.

2.3. La reflexividad en la alta modernidad

Giddens, desde otra visión, afirma que vivimos en una época de radicalización de la modernidad a lo cual llama “alta modernidad” o “modernidad tardía”, donde la tradición es sustituida por la reflexividad institucional como fuente de seguridad ontológica necesaria para la monitorización de la acción. Esta “reflexividad institucional” en la modernidad *“refiere al hecho de que la mayoría de los aspectos de la actividad social y de las relaciones materiales con la naturaleza están sometidos a revisión continua a la luz de nuevas informaciones o conocimientos. Esta información o conocimiento no es algo accesorio en las instituciones modernas sino constitutivas de ellas...”* (Giddens A.; 1997: 33)

Plantea que la modernidad se caracteriza por profundos procesos de reorganización del tiempo y del espacio, a través de la extracción de las relaciones sociales de sus circunstancias locales, re-articulándose en regiones espacio temporales indefinidos, a este proceso le denominó “mecanismo de desenclave”, este proceso se desarrolla a través de las “señales simbólicas” y los “sistemas expertos”, que en su conjunto les denomina “sistemas abstractos”. *“Las señales simbólicas son medios de cambio de valor estándar, por tanto, intercambiables en una pluralidad de circunstancias. Los sistemas*

expertos no quedan confinados a áreas de pericia tecnológica. Se extienden a las mismas relaciones sociales y a la intimidad del yo". (A. Giddens; 1997: 31)

Si bien Giddens no desconoce los efectos rutinizadores y burocratizantes del crecimiento de estos sistemas abstractos, sobre cuyo funcionamiento el individuo no tiene ninguna influencia, dos nuevos mecanismos posibilitan la utilización reflexiva de esos sistemas por parte de los sujetos, "la confianza" y "el riesgo" (Giddens A.; 1997: 12). Así el conocimiento acumulado en esos macro-sistemas es puesta al alcance de los individuos a través de la masificación de la información.

El autor afirma que en vez de la tradición, las personas hoy adquieren el conocimiento de los sistemas expertos para tomar decisiones sobre cómo vivir.

Una manera de interpretar el desarrollo de las terapias es concebirlas desde un punto de vistas negativo, en cuanto, respuesta a los efectos debilitadores de las instituciones modernas en la experiencia del yo y en las emociones. En este caso, podríamos decir que la modernidad quiebra el marco protector de la pequeña comunidad de la tradición, sustituyéndolas por organizaciones más amplias e impersonales.

Pero por otro lado, esta desaparición de la tradición hace que para combinar autonomía personal con un sentido de seguridad ontológica, el individuo se vea obligado a negociar "estilos de vida", reelaborar continuamente "la narrativa reflexiva del yo". *"Un estilo de vida puede definirse como un conjunto de prácticas más o menos integrado que un individuo adopta no sólo porque satisfacen necesidades utilitarias, sino porque dan forma material a una crónica concreta de la identidad del yo"*. (Giddens A.; 1997:106)

El estilo de vida no es un aspecto externo o marginal del individuo sino que define quien el individuo es, donde el auge de estas terapias, *"no sería simplemente un medio de hacer frente a nuevas angustias, sino una expresión de la reflexividad del yo."* (Giddens A.; 1997: 50)

Giddens considera que el cuerpo es cada vez menos una referencia externa que funciona fuera de los sistemas internamente referenciales de la modernidad y se ve activado también él de manera refleja. Y lo que podría definirse, como lo vimos con los autores anteriores, un movimiento general hacia el cultivo narcisista de la apariencia corporal es, *"de hecho, expresión de un interés mucho más profundo por "construir" y controlar el cuerpo. Hay aquí*

una relación plena entre desarrollo corporal y estilo de vida..." (Giddens A.; 1997:16)

Las terapias en este sentido, no son meros mecanismos de ajuste, sino que son parte de la reflexividad de la modernidad, sirven para organizar y alterar los aspectos de la vida social, serían una conexión entre los sistemas abstractos y el yo.

CAPITULO 3- ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Las terapias complementarias/alternativas y sus actores

Lo propuesto hasta aquí ha pretendido establecer un marco referencial lo suficientemente amplio para abordar nuestro objeto de estudio y el objetivo general de la investigación que nos hemos planteado, orientado a dar algunas respuestas del porqué las personas cada vez más, se vuelcan a usar estas nuevas formas terapéuticas.

Y específicamente tratar de dilucidar en qué medida este uso de las terapias complementarias/alternativas responde a:

- Necesidades de bienestar y atención sanitaria en la cual la medicina científica no brinda respuestas satisfactorias.
- un objeto cultural que tiende a dar respuestas a necesidades que trascienden el campo de la salud.

Tratándose de un trabajo de carácter cualitativo, consideré utilizar la entrevista en profundidad con preguntas semi-estructuradas como la técnica más adecuada para abordar la investigación de campo. Está fue complementada con la concurrencia a seminarios académicos sobre el tema y a ponencias sobre estas terapias por parte de sus protagonistas.

Las terapias abordadas en este trabajo son principalmente las siguientes: Medicina Tradicional China: son prácticas médicas tradicionales desarrolladas en China a través de su cultura milenaria. Entre las técnicas más utilizadas está:

La Acupuntura: se trata de la inserción y manipulación de pequeñas agujas en puntos específicos con la finalidad de restaurar la salud.

La Moxibustión: es un cilindro llamado “moxa” formado por el prensado de la raíz de artemisa, que se quema en forma de incienso aplicándose cerca de la zona afectada.

El Tui Na: utiliza el masaje como técnica terapéutica.

La Auriculoterapia: forma de reflexología que toma puntos referenciales en la oreja.

Yoga: técnica de meditación de carácter místico que se centra en armonizar lo físico, psicológico y espiritual, en una unidad.

Reiki: práctica que trata de sanar o equilibrar el cuerpo a través de la imposición de manos.

Homeopatía: terapia alternativa que se centra en el uso de sustancias sin compuestos químicos activos. Se basa en el principio que lo que lo semejante se cura con lo semejante, en una dilución extrema.

El enfoque metodológico desarrollado tiene por finalidad que el entrevistado construya su propio discurso sobre la temática, donde la entrevista en profundidad se adapta y encuentra su mayor sentido en la función expresiva, la cual se centra en el destinatario, incorporando así una expresión directa de la actitud del entrevistado emisor frente a su mensaje. Es decir, comprender las prácticas de las terapias complementarias/alternativas desde la definición de la situación y de la experiencia que el actor relata, relevando su percepción e interpretación de la realidad. Donde “el yo comunicativo” no es considerado solamente un yo lingüístico, sino un yo social. Con esto se quiere transmitir que el individuo se ve como tal, no de manera directa, sino como un yo generalizado. (Alonso, L; 1998: 226).

Se buscó el criterio de elegir contextos de investigación variados en el espacio, procurando relevar datos de centros terapéuticos en distintos barrios de Montevideo, principalmente en Pocitos, Centro, Paso Molino y el Prado.

La muestra seleccionada se centra en:

Personas que practican o han concurrido a: reiki, homeopatía, yoga y medicina tradicional China.

Los Terapeutas de: reiki, homeopatía, yoga / medicina tradicional china.

Los Médicos alopáticos: que practican estas terapias complementarias/alternativas.

La finalidad de la muestra es considerar en primera instancia, el discurso de las personas que practican o practicaron algunas de estas terapias, considerando esta instancia como un acercamiento de "segundo orden" (Geertz C.; 1973: 22) al tema de investigación, es decir, contar con el relato directo de cómo las personas vivencian la terapia, por qué concurren y obtener una narración de su experiencia con la medicina alopática.

La segunda instancia analiza estos mismos aspectos entre otros, desde el discurso de los terapeutas, con la finalidad de dilucidar aspectos latentes que no aparecen en el discurso de las personas que practican estas terapias, lograr una comprensión del desarrollo de estas y recoger sus consideraciones sobre el sistema médico.

El discurso de los médicos alopáticos que imparten estas terapias trata de recabar su percepción sobre cómo relacionan las personas el hecho de optar por un tratamiento médico o uno complementario/alternativo, para que concurren, su relación con el paciente y su visión sobre la complementariedad de las terapias.

También, a fin de lograr una información sistematizada de las características más comunes en los discursos de los entrevistados, se exponen algunas de las expresiones literales en el análisis de dichos discursos con respecto a las temáticas establecidas.

Esta separación analítica de los relatos discursivos de los diferentes actores, apunta a captar la visión que cada uno tiene, desde su posición en el contexto social en que se desenvuelven.

Los ejes temáticos planteados a los practicantes fueron:

- La experiencia con las terapias complementarias/alternativas.
- la experiencia grupal en la terapia
- La relación con la medicina científica
- De qué manera se desarrolla la terapia

En los médicos-terapeutas y a los terapeutas se hizo hincapié en:

- La concepción holística de la terapia
- Aspectos de la terapia
- Los nexos y/o relaciones con la medicina científica
- El papel de la creencia en las terapias
- La relación con el paciente

3.2. Categorización de las terapias complementarias/alternativas

Con la finalidad de poder englobar las diferentes terapias de acuerdo a sus características, tomo como referencia las categorías construidas por Sonia Romero para clasificar las terapias complementarias/alternativas vinculadas a la investigación, las cuales se resuelven en dos tipologías:

Los que operan en el orden real/empírico, son aquellos que corresponden a sistemas o tratamientos que se proponen actuar sobre el plano físico, el dolor, patologías y/o descompensaciones psico-físicas.

Los que operan en el orden simbólico, corresponden las acciones o sistemas que trabajan sobre la representación del mal, de la enfermedad, y apelan a la unidad del ser en conexión con un universo circundante ya sea natural, social, espiritual, o supramundano.” (Romero S. en Las Otra Medicinas; 2005: 30)

3.3. Análisis de datos

Con la finalidad de sistematizar la información relevada se elaboraron los siguientes gráficos:

3.3.1 Tipos de tratamientos y sus características

Gráfico 1

Terapias	Tipo de tratamientos	Nivel en que operan	Características
Acupuntura homeopatía	Terapias o tratamientos con medicinas tradicionales. Las dolencias más frecuentes por la cual se consultan: Asma, dolores articulares y musculares contracturas, alergias, enfermedades crónicas	Operan sobre el orden real empírico	Actúan sobre el plano físico del dolor, patologías y/o descompensaciones psico/físicas.
Reiki Yoga Medicina China	Terapias o tratamientos holísticos. Las dolencias más frecuentes por la que se consultan son: Stress urbano, angustia, depresión, desequilibrios afectivo-emocionales.	Operan sobre el orden simbólico	Trabajan sobre la representación de la enfermedad y la dolencia, apelando a la unidad del ser en conexión con un universo circundante ya sea natural, social, espiritual, o supramundano.

Tanto la acupuntura como la homeopatía son los tratamientos más utilizados por los médicos que incursionan en estas “nuevos” tratamientos secundarizando su valor místico y enfatizando su eficiencia empírica para aliviar determinadas dolencias.

Con respecto al reiki y el yoga, son prácticas que operan más sobre el orden simbólico de las dolencias, se centran en la relación practicante terapeuta, en el disfrute, el bienestar y el placer en cuanto a la práctica, sugieren una postura relajada de la situación, se basan más en la percepción de la experiencia misma. Estas aparecen como un mecanismo capaz de resolver de modo eficaz la provisión de afectividad y la posibilidad de trascendentalizar el mundo cotidiano.

3.3.2. La experiencia en las terapias de carácter simbólico

Las terapias de ritualidad simbólica, tienen sus propias particularidades que apuntan a cubrir un determinado universo de necesidades. Las características más sobresalientes de éstas se detallan en el siguiente cuadro.

Gráfico 2

Aspectos de las terapias de carácter simbólico	Características
Mágico-místico	<ul style="list-style-type: none"> - Concepción de un cuerpo energético - Utilización de objetos simbólicos - Ritual de carácter multisensorial - Prácticas místicas de carácter - Contemplativas - Igual Importancia en la "experiencia" que en la "creencia" - La "fe" en el "yo" como componente del proceso de curación - Terapeutas carismáticos - Subjetivización de las dolencias
Relación paciente terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - Dedicación personalizada y terapias de carácter grupal. - Vínculo de carácter simétrico en la relación terapeuta-paciente - Relación de carácter expresivo, más que cognitivo-instrumental - Interés por parte del terapeuta sobre el cotidiano de la persona - Posición activa del tratante para la curación
Entorno de la terapia	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente cargado de simbolismos - Entorno ambientado con música relajante, inciensos etc. - El tiempo de la sección ronda los 40 min.
Concepción del cuerpo en forma integral	<ul style="list-style-type: none"> - La relación de las emociones y el entorno con las dolencias - Concepción holística del cuerpo
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Terapias no invasivas - No utilizan instrumentos invasivos ni sustancias - Relajación y meditación como parte del proceso de curación
Impacto en la vida cotidiana de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Impulso a optar por un estilo de vida equilibrado - Encarar las actividades cotidianas de manera más relajada buscando la empatía con los demás - La búsqueda del bien-estar con uno mismo - Mensajes ecológicos - Renovación de la importancia de la espiritualidad - Control de ansiedades - Nuevos grupos de socialización



Desde el punto de vista de los practicantes en cuanto a su experiencia con las terapias complementarias/alternativas, una de las características notorias en los relatos de los entrevistados, es el reconocimiento de **la terapia como aliviadora de tensiones** ocasionadas en otros ámbitos de la vida cotidiana. También encuentran en ellas un lugar apropiado para expresar libremente sus sentimientos, angustias y exteriorizar los problemas más diversos.

“Lo que me paso fue que hice una terapia en la cual te ayuda a desestresarte, a bajar un poco la actividad de todo el día, de la semana...,” (Practicante)

“A mí me gustó, no es que haya encontrado un cambio radical ni nada por el estilo pero creo que si se mueven cosas, son mas subjetivas, a veces lloras, te re-calentás, a veces estás en un estado que no sabés que te pasó...” (Practicante)

Las terapias, como el Yoga, el Reiki y el tui-na principalmente, incluyen en sus prácticas una serie de ejercicios de relajación, que apuntan a disminuir la tensión generada por el stress, el nerviosismo urbano y las actividades cotidianas de las personas, donde a través del ritual, el contacto físico y la escucha, se logra acceder a determinados grados de alivio.

En las diversas terapias que abordamos de este tipo, prima el carácter expresivo permitiendo una interacción subjetiva entre los participantes, donde las personas tienden a expresar aspiraciones referidas a sus preocupaciones, a sus necesidades y a su entorno inmediato, son capaces de formular sus deseos, tanto de superación personal y de anhelos de bienestar.

Los terapeutas expresan que, lograr un “raport” con el doliente, es primordial para el proceso de curación. Rodríguez Nebot en este sentido expresa que “... uno de los aspectos esenciales del trabajo de las medicinas es el contacto con los pacientes y las comunidades sufrientes (...) la escucha del paciente. (...) hay un problema en la medicina actual tal como se practica ahora, y es que hay muy poca escucha. (Rodríguez J.; 2005, 55-56). Para Nebot la medicina es una práctica humana, que si bien se apoya en la ciencia, es una actividad dirigida hacia la persona y por lo tanto debe ser humanizada. Justamente las psicoterapias que privilegian el habla, esto es la palabra, se basan en la necesidad de la gente de comunicar y hablar sus cosas.

Estas prácticas terapéuticas, tienden a establecer una relación de “**afinidad expresiva**” entre el terapeuta y sus participantes. En la terapia se desestructuran los roles sociales que el individuo está inmerso en el cotidiano, donde la persona no está sometida a pautas de rol en la mediación social, sino que, prima un entendimiento empático entre el doliente y el terapeuta. Este efecto, en que los usuarios de las terapias complementarias/alternativas canalizan las emociones reprimidas en otros ámbitos de su cotidianidad, hace también de los maestros y compañeros de sesión, en tanto figuras simbólicamente prominentes una especie de ‘faros’ que captan gran parte del afecto desplazado. Existe en algún grado, una adecuación simbólica entre las necesidades proyectivas de los usuarios y los roles de sus terapeutas y compañeros.

En este acto simbólico, donde se enfrentan e interactúan el paciente y terapeuta entran en juego una multiplicidad de elementos (tangibles e intangibles) cargados de una variedad de significaciones que hacen a lo atractivo de las terapias e influyen en algún sentido en la eficacia de las mismas.

Con respecto a **las dolencias por la cual consultan**, surge que las dolencias más comunes son de carácter psicósomáticas cotidianas, algunas crónicas como el asma, dolencias musculares y trastornos psicológicos como la angustia, stress y depresión.

“Mira, el ser humano se desnuda en una sesión de Reiki de la misma manera. No importa el, todos tienen los problemas afectivos. La persona de nivel económico bueno o viene porque está angustiada por su problema económico, pero vienen por otros problemas de repente que son mucho peores. Por problemas o de su pareja, problemas de dinero pero grandes o problemas con un hijo en la droga por ejemplo y a veces en las, en los estratos más bajos tú puedes ver que a veces son esas angustias por no tener trabajo y eso los lleva a una profunda depresión, es lo que más se ve, pero en realidad todos nos cargamos con todo. Para eso no hay división, no hay diferencia.” (Terapeuta: Reiki)

“tengo pacientes que apenas se acuestan en la camilla le empezas a hacer masajes y se quedan dormidas... y es lo mejor que te puede pasar... la gente dice yo me duermo vos hace lo que quieras...” (Terapeuta: medicina china)

Los relatos de los terapeutas con respecto al tipo de sanación que se busca, oscila entre dos aspectos, el primero la necesidad de las personas de entrar en

un lugar donde relajarse, donde sean atendidos de manera personal y única, y el otro refiere a la búsqueda de alivio a preocupaciones que provienen del entorno social.

La recurrencia en exclusividad a las terapias para tratarse enfermedades en donde este en riesgo la integridad física de la persona o haya un riesgo vital de la persona no apareció en ninguna de las entrevistas, las dolencias que son causa de consulta giran en torno a problemas que para su alivio, el ritual, el mismo entorno y la dedicación del terapeuta en la terapia, son los elementos que logran resultados positivos.

A partir de esto podemos apreciar cómo las distintas expresiones corporales desplegadas en estas terapias, tales como la imposición de manos o las diversas posturas del yoga, la pasividad contemplativa del reiki, tienen un valor en sí mismas relativo, ya que adquieren su mayor valor a partir del significado que los actores en interacción logran conferirle a dichas acciones. Muchas personas asisten a las terapias complementarias/alternativas porque consideran que es posible curarse de expresiones corporales psicósomáticas, conectadas a los aspectos fisiológicos de la emoción.

En estas terapias de carácter simbólico **El vínculo micro-grupal** que se crea entre los participantes es una característica de ellas, el sustento afectivo y de pertenencia que estos grupos de socialización secundaria logran, se convierten en 'equivalentes funcionales' de los grupos primarios de contención afectiva.

“Empezabas de abajo para arriba, en cada vez que íbamos hacíamos como un círculo para concentrarnos, como para bajar la ansiedad que traíamos de afuera y concentrarnos en el grupo, en el círculo.” (Practicante)

“Y ya te digo, somos 10 u 11 personas, nos tiramos en el piso, en unas colchonetas, con el profesor, el profesor te va dando distintos ejercicios” (Practicante)

“Eran seis. Al principio era una cuestión de vergüenza e irnos conociendo, pero después tenias la confianza, estaba todo marcado como para ir y contar lo que te pasa, lo que no te pasa y hacer una instancia para afianzar mas el grupo.” (Practicante)

En la concepción de las terapias complementarias/alternativas, **no hay separación mente-cuerpo**, y que a si mismo existe una integración al contexto. Las terapeutas que profesan terapias de raíces orientales consideran

que oriente tiene desde la antigüedad una **concepción sistémica-holística**, donde la salud y los niveles de sufrimiento del sujeto disminuyen cuando éste está integrado al sistema de cultura de referencia y en armonía con la naturaleza, por lo tanto la concepción es esencialmente energetista y de intercambio permanente con el medio.

La concepción de atender en forma integral a las personas en su carácter bio-psíquico-emocional, es también una característica presente en las entrevistas de los terapeutas, también estos ven ciertos tratamientos farmacológicos para ciertas dolencias como problemáticas para el paciente por sus efectos secundarios o invasivos, consideran que muchas dolencias están conectadas al aspecto emocional y que estas otras terapias resultan eficaces a la hora de tratarlas, con el plus de no tener efectos secundarios.

Las posturas con respecto al aspecto mágico-místico, se han notado en los terapeutas entrevistados, un discurso dual a la hora de ofrecer sus prácticas de sanación. Por un lado, discursos que apuntan a la satisfacción de necesidades místicas contemplativas en sí mismas y por otro, son los usuarios los responsables e interesados en generarse un mundo y un estilo de vida que le resulte seguro y posible de llevar a cabo. De esta manera, realizan la adecuación de saberes y prácticas provenientes de la intersección entre los campos de la salud y del misticismo para alcanzar niveles de bienestar variados.

“Ese tipo de cosas es lo que hace el reiki, a ese periodo se le llama crisis de sanación, o se le llama depuración, porque es lo primero que hace el reiki que es limpiar. Primero limpia, porque nadie puede curarse con cargas, como hablo de lo físico hablo de lo emocional, hay personas que en la primera sesión en la camilla te lloran en la sesión y no saben porque.” (Terapeuta: Reiki y medicina tradicional china)

Los atractivos de las terapias y el hincapié en la emocionalidad, ya enunciado, es un elemento seductor de las terapias. Más allá de los objetivos que motivan al sujeto a consumir algún tipo de terapia, el valor en priorizar la emocionalidad se presenta claramente como un común denominador entre los casos relevados. Esto es uno de los puntos centrales que diferencia a este tipo de terapias con el sistema médico alopático. El reconocimiento del otro y el diálogo con el paciente y hacerlo partícipe del proceso en que se resuelve la

curación es fundamental. La relación en si misma produce efectos terapéuticos.

“La relación es distinta desde el momento que el terapeuta holístico, hablando de lo que yo hago, se interesa por todos los aspectos de su vida, se siente más atendido, más escuchado, más acompañado.” (Médico, homeópata y acupuntura)

“Hablo de lo físico como también digo que puede saber que emociones está removiendo, porque aparecen imágenes de cosas viejas, porque la persona se pone a llorar y se da cuenta porque está llorando.” (Terapeuta: Reiki y medicina tradicional china)

La funcionalidad de las terapias trasciende el ámbito de la salud, el contacto con el terapeuta y el entorno de ésta, ofrece un lugar propicio para que la persona exprese distintas situaciones y problemáticas de su vida cotidiana.

En cuanto a la observación de los consultorios, estos están preparados para ofrecer un ambiente, cálido, agradable y cargados de simbolismos.

Se plantea aquí una diferencia relevante con la infraestructura que define a la medicina alopática. En este sentido, el sitio donde se imparte la terapia, tiene la características de ser multisensorial, la música, inciensos, el ambiente cálido cargado de simbología, hacen la diferencia, el ingreso a este tipo de ambiente, implica en cierto sentido una “ruptura” con la inmediatez del mundo cotidiano, porque todos los objetos que hacen a la terapias llevan consigo una idea de estar en un ambiente único, y armonioso.

También las terapias complementarias/alternativas, no escapan a la lógica de mercado, por lo que estas formas culturales de curación también actúan **como objeto de consumo** dentro de la lógica de la moda, por su carácter de novedad y por su capacidad de diferenciar a los que las practican de los demás. El propósito manifiesto de comprar bienes de consumo, es naturalmente la satisfacción de las necesidades a las cuales están destinadas esos bienes, pero en algunos casos esos consumos se alejan bastante de ese fin primario, respondiendo a un consumo de carácter conspicuo y/u ostentoso.

“La exigencia del medio le impide, porque después que la segunda persona entró al consultorio y le preguntó si ella hacia Reiki, no te puedes quedar atrás...y eso fue lo que un poco ha pasado acá, de que hubo varias ramas desde peluqueros que tuvieron que complementar su labor con técnicas terapéuticas...” (Terapeuta: Reiki y Digitopuntura)

En los datos relevados esta característica es menos notable que las descritas anteriormente, el terapeuta expresa, que en el tema de estar permanente actualizado de las “nuevas” terapias, *“no te puedes quedar atrás”*.

El ciclo de “emulación–distinción de status”, concebido por Thorstein Veblen, explica la dinámica social, enfocada a los ciclos de consumos vicarios y conspicuos, donde aplicado al consumo de las terapias complementarias/alternativas, estas adquieren una dimensión de status y diferenciación. Veblen planteaba que *“Por lo general, la superior satisfacción que deriva del uso y contemplación de productos costosos y a los que se supone bellos es, en gran parte, una satisfacción de nuestro sentido de lo caro, (...) La utilidad de estas cosas para el poseedor se debe menos a su belleza intrínseca que al honor que confieren o a la censura que evitan su posesión y consumo”*. (Veblen, [1899]1985: 125,126).

El motor movilizador de esta lógica, es la búsqueda de diferenciación a través de la innovación y actualización que les exige a los terapeutas su público consumidor. Eso refleja la percepción de quien forma parte de la oferta amplia de terapias, de ofrecer un “servicio” actualizado conforme a las expectativas de sus consumidores y potencial-consumidores. Las personas que realizan un consumo ostentoso, no solo obtienen placer con el consumo directo, sino también de la situación elevada que se refleja en las actitudes y opiniones de otros que observan y emulan su consumo.

Las terapias complementarias/alternativas como vimos, también están expuestas a adquirir una utilidad secundaria en cuanto se convierten en una demostración de una relativa capacidad de pago que le da ese carácter honorario al consumo.

3.3.3. La experiencia en las terapias de carácter empírico

Estas terapias dado su carácter, son las que tratan de legitimarse a través de su inserción en el sistema médico. Algunas de sus características se describen en el siguiente cuadro.

Grafico 3

Aspectos de las terapias de carácter empírico	Características
Mágico-místico	<ul style="list-style-type: none">- Terapias de carácter secular, se secundariza el discurso místico.- Ritual que tiende más a la eficacia del tratamiento sobre la dolencia- Mayor Importancia en la "experiencia" que en la "creencia"
Complementariedad	<ul style="list-style-type: none">- Son las que más se acercan a la medicina científica- Se utilizan de manera complementaria y también de forma alternativa con la finalidad de evitar los efectos secundarios de los fármacos- Son las más utilizadas por los médicos que incursionan en estas terapias
Relación paciente terapeuta	<ul style="list-style-type: none">- Dedicación personalizada.- En el vínculo prima lo profesional- Comparten el mismo criterio que las de carácter simbólico en cuanto a la importancia de la atención.- Relación más cognitiva e instrumental que subjetiva-expresiva
Entorno de la terapia	<ul style="list-style-type: none">- Ambiente aséptico de carácter médico- la homeopatía tiende a la formalidad farmacéutica
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">- sustentado en la pericia técnica

Con respecto a la relación médico-paciente, los entrevistados expresaban que:

"...puede haberse debido a malas experiencias o también creo que hay un porcentaje muy alto de médicos que no están capacitados al trato con los pacientes, o sea se limitan a lo que es la enfermedad y no al paciente..."
(Practicante)

"...te das cuenta que el médico está desesperado por terminar contigo y que venga otro y punto, pasás a ser un elemento más de su trabajo" (Practicante)

La medicina científica tiende a ser rotulada como altamente burocratizada, e impersonal donde el médico está pendiente de cumplir con la cuota de pacientes asignada, la atención tiende a ser mecanizada, sin miramientos a las subjetividades del paciente y despersonalizada, el vínculo se vuelve en una relación asimétrica. Sonia Romero en su estudio, como ya vimos, enfatiza en este aspecto, donde la consulta en hospitales y/o mutualistas el paciente se enfrenta a la sobriedad de los consultorios, dos sillas y una camilla y el estetoscopio del médico conforman a veces todo el instrumental visible.

Esa escasez de elementos se agrava cuando la relación con el médico no cumple expectativas y su discurso es poco explícito, cuando el tiempo que dedica a “tocar” la dolencia y atender a la persona, parece desmesuradamente breve en comparación con lo esperado en la consulta. Opuesto a la atención individual y el trato personalizado que las personas tienen en las terapias, donde el terapeuta se muestra como un individuo sumamente receptivo a las problemáticas expresadas por el paciente.

Otro aspecto que se enfatizan en las entrevistas, es la necesidad de **evitar los efectos secundarios de los fármacos**, expresan que:

“De esta manera al paciente lo tratás sin drogas y sin tantos elementos agresivos, como medicamentos que son contraindicados en algunos puntos.” (Terapeuta: acupuntura)

“que vea al individuo como un todo, que lo comprenda como un ser que no está separado por sectores. Otro gran motivador es la búsqueda de lo natural o el rechazo a lo artificial, a lo sintético.” (Médico, homeópata y acupuntura)

La cuestión es utilizar en cada paciente lo que es mejor... como también hay pacientes que saben que yo imparto homeopatía y acupuntura y me piden ser atendidos de esa manera. A veces es difícil desligar una cosa de otra pero bueno fue el camino que elegí. Te pongo un ejemplo si viene una persona con dolores cervicales y con acupuntura anda muy bien... le podría recetar un analgésico que también podría andar bien pero con la acupuntura podría evitar efectos colaterales que tienen algunos analgésicos ... (Medico- homeópata- acupuntura)

“El paciente quiere que se le resuelvan los problemas que no les resuelve la medicina en general, la convencional no da respuesta a enorme cantidad de problemas, si uno escucha cualquier sala de espera, los pacientes se quejan, no se ven comprendidos, y se dan cuenta que las enfermedades crónicas no se las cura, sigue estando enfermo, y los medicamentos son para siempre. Después de los 60 años, los adultos tienen una polifarmacia. Demanda insatisfecha hay cada vez más.” (Médico, homeópata y acupuntura)

En esta interpenetración de las diferentes tradiciones y mundos, **se revaloriza las prácticas naturales y populares** donde el sujeto tiene mayor autonomía planteando en palabras de Sonia Romero una “revolución cultural” saludable, donde hay mayor auto-gestión de los individuos y menor dependencia a una salud medicalizada. Estos demandan una sanación más enfocada a una realidad psico-somática. Unido a esto, hay un creciente interés y “apertura” de los profesionales de la salud, aparecen nuevas formas de solidaridad y voluntad de servicio hacia el otro y la formación de colectivos que se presentan como alternativas de contención socializada.

La complementariedad entre estas terapias y la medicina científica prevalece en los discursos, sobre la oposición de éstas, Se afirma a su vez, la factibilidad de la legitimación “oficial” de algunas de las terapias dada su eficacia empírica en la curación de ciertas dolencias, aunque estas científicamente no se puedan comprobar.

“Yo tengo la convicción de que alguna medicina alternativa, principalmente la homeopatía y la acupuntura que son las más aceptadas en el mundo, van a ingresar a través de las universidades privadas. Nosotros como Asociación Homeopática del Uruguay funcionamos como pequeña universidad privada y hacemos postgrados. Basta que una universidad cualquiera quiera tomar ese postgrado como propio.” (Medico – homeopático)

“...pero en este sentido hay más desilusión por el trato médico paciente que por errores específicamente en el tratamiento... es un factor muy fuerte...” (Médico y terapeuta: medicina tradicional china)

“Cuando vos llegas a la medicina alternativa es porque pasaste por todas las especialidades y te seguís sintiendo mal, es como el último recurso para muchos.” (Terapeuta: medicina tradicional china)

“Si el paciente tiene una afección que es mejor resuelta por otras medicinas uno lo deriva, como corresponde. Yo como médico tengo la responsabilidad, está el límite el conocimiento de cada uno que hay cosas que tienen unas indicaciones y hay otras que tienen otras. Debo derivar al paciente a donde corresponde. Un paciente con una apendicitis yo no puedo tratarlo de ninguna manera...” (Médico, homeópata y acupuntura)

La experiencia de la consulta médica, la posible frustración de expectativas encarnadas en la consulta y el no encontrar respuestas satisfactorias en el sistema médico, motivan al individuo a recurrir a otras vías alternativas de

sanación. Sonia Romero expresa que, No es por casualidad que los pacientes están hoy a la búsqueda, no sólo de cura, sino de también de relaciones más satisfactoras en ese plano, a la búsqueda de rituales curativos, de consultorios más cargados de mensajes, de íconos que les signifiquen al paciente que su problema está siendo contemplado por instancias idóneas que tomarán seriamente a cargo su individualidad única e irrepetible. (Sonia Romero; 1995:143)

Así mismo los médicos que han incursionado en el campo de las terapias complementarias/alternativas consideran que hoy en día existe un cierto descrédito que no tiene que ver con la medicina en sí, sino que con el sistema de atención médica. La gran mayoría de los autores revisados coinciden en la detección de algunas ineficiencias en ese plano. Romero plantea que "(...) la modalidad autoritaria predomina y perdura como hábitus asistencial en las relaciones médico-paciente, sobre todo en el marco de la asistencia gratuita y/o de salud pública." (Romero, 2005: 37) Esta problemática radica en el propio proceso de medicalización, que reproduce hasta la actualidad el modelo moderno de institución. Éste se caracteriza por ser altamente burocratizado, mecanizado, duro, frío, despersonalizado, deshumanizado, promotor de "(...) *vínculos asimétricos en la relación médico-paciente, y por extensión en las relaciones entre población e institución.*" (Romero, 2005: 39).

3.3.4. Las terapias en relación al contexto en que se aplican

En el análisis del entorno global relacionando las terapias y el por qué las personas se vuelcan a experimentar estas prácticas, confeccionamos las siguientes relaciones:

Grafico 4

Universo explicativo al cual corresponden	Las terapias como respuesta a:	Características
Terapias de carácter empírico	insatisfacción con la medicina científica	<ul style="list-style-type: none"> - Retorno y búsqueda de tratamientos naturales y menos invasivos - Disconformidad relativa con el trato médico - Brevedad de la consulta - frustración de expectativas encarnadas en la consulta y la respuesta obtenida en el sistema médico
Terapias de carácter simbólico	Nuevas necesidades y resignificaciones de las terapias	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de relajación y desconexión con la rutina diaria - Búsqueda de ámbitos de carácter místicos espirituales - Necesidad de espacios secundarios de contención emocional-afectiva - Como objeto de moda - Búsqueda de ámbitos que permitan expandir la sensación de bienestar - Compartir ámbitos de interacción grupal

Este último gráfico muestra que la utilización de los distintos tratamientos terapéuticos no es azarosa, sino que responde a universos de sentido y necesidades diferentes.

Las terapias de carácter empírico están relacionadas a esa búsqueda de tratamientos naturales y son usadas principalmente por personas que en cierta forma vieron frustradas sus expectativas en la atención médica.

En cambio las de carácter simbólico atienden más a esa búsqueda de ambientes relajados, místicos, cargados de simbolismos, de interacción grupal en algunos casos y contención emocional.

CAPITULO 4- CONCLUSIONES

Lo expuesto hasta aquí ha pretendido ser una reflexión sobre como experimentan los diversos actores las terapias complementarias/alternativas y su interrelación con la medicina científica.

Si bien se pueden enumerar algunas dificultades y/o debilidades del sistema médico relatadas por los entrevistados, las personas no solo ni fundamentalmente, practican estas terapias complementarias/alternativas por aversión a la medicina científica, sino que su uso implica variadas resignificaciones y satisfacciones de diferentes necesidades.

4.1. Las terapias complementarias/alternativas en relación a la medicina científica.

La atención médica frente a nuevas sensibilidades

En primera instancia, la tendencia de las personas a practicar estas terapias en cierto grado responde, por un lado, al interés por reducir la dependencia de los fármacos y de una salud medicalizada, manifestándose en una búsqueda de curaciones más naturales, sobre todo para dolencias físicas leves o crónicas y por otro, a la experiencia de la consulta médica, la posible frustración de expectativas encarnadas en la consulta y la respuesta obtenida en el sistema médico, que también motivan la recurrencia a vías alternativas de sanación, los pacientes no solo buscan curarse sino que también buscan relaciones más satisfactorias en esos planos, esto es, atención personalizada y humanizada, consultorios cargados de simbolismo, tratamientos integrales, plena interacción entre terapeuta y practicante, diagnóstico integral, actitud activa de la persona en su proceso de cura, tratamientos múltiples y en algunos casos elementos de ritualidad mística-mágica de contención afectiva emocional de variada índole.

El reconocimiento del otro, el diálogo con el paciente y hacerlo partícipe del proceso en que se resuelve la curación es fundamental. La relación en si misma produce efectos terapéuticos.

Las terapias complementarias/alternativas se muestran a sí, como oferentes de esta variedad de demandas que el sistema de salud muestra ciertas ineficiencias.

Así, los diversos actores abogan por la complementariedad entre la medicina alopática y las terapias complementarias/alternativas, reconocen los diferentes papeles que juega cada uno dentro de la esfera de la salud.

En la mayoría de los casos estudiados el primer nivel de consulta es la medicina alopática, pero si no encuentran alivio y/o contención en los diferentes tratamientos médicos, se apela a la búsqueda de refugio en estas otras formas terapéuticas. Las terapias que más se acercan a esta complementariedad con la medicina científica son las terapias de carácter empírico, como la acupuntura y la homeopatía.

Tanto la homeopatía como la acupuntura, dado que operan en el orden real empírico de las dolencias, son las terapias que más utilizan los médicos que practican la complementariedad entre las terapias, atenuando su carácter místico y revitalizando su eficiencia empírica. Atendiendo a su vez, a esta demanda de tratamientos naturales, de atención integral-individual y trato personalizado. Justamente esto último es lo que afirma la forma social que adquiere esta relación médico-paciente, lo afectivo-emocional es parte constitutiva de esta, la racionalidad científica, lo no racional y lo no lógico logran una unidad, las personas buscan curarse pero también ser atendidos, escuchados y consolados.

En este contexto existe una inversión de la relación entre el contenido y la forma en que se manifiesta la consulta, la forma que está adquiere ya no es el simple amparador de la curación, sino que juega un papel igual de importante que este último.

Podemos hablar de un movimiento de convergencia entre ambas formas de pensar la salud, una combinación que puede ir a la fusión. Todo esto determina cierto tipo de relaciones sociales que se basan en el reconocimiento del otro, de uno mismo y de los otros, a partir de la correspondencia y de tener en cuenta la diversidad y la unicidad de los diferentes aspectos.

La vida cotidiana y sus relaciones se apoyan en esa manera de experimentar y vivir la realidad que tienen las personas, hay una fuerte interacción entre la realidad objetiva y los valores socialmente vividos por los individuos.

4.2. Respuestas a nuevos valores socioculturales

Estas prácticas sanitarias complementarias/alternativas considero que son marginalmente una respuesta a las ineficiencias de la medicina alopática, ya que, como objeto cultural de institucionalidad aún no definida y difusa, permiten varias resignificaciones en su uso, principalmente las terapias de carácter simbólico. Que atendiendo a la forma social que adoptan en los determinados casos, estas satisfacen necesidades de variada índole que se separan del universo sanitario.

Nuevos ámbitos de relajación

La utilización de las terapias como un ambiente aliviador de tensiones generadas en otros ámbitos de la vida cotidiana, principalmente el Yoga y el Reiki, incluyen en su práctica una serie de ejercicios de relajación, que apuntan a disminuir la tensión generada por el stress, el nerviosismo urbano y las actividades cotidianas de las personas, donde se desestructuran los roles sociales que el individuo está sometido en el cotidiano, primando un entendimiento empático entre los compañeros de grupo.

La experiencia micro-grupal

El vínculo micro-grupal que se crea es una característica sobresaliente, sobre todo en la práctica del yoga, donde el sustento afectivo y de pertenencia que estos grupos logran, se convierte en un fin en sí mismo, en ellas las personas encuentran un lugar apropiado para expresar libremente sus sentimientos, angustias y exteriorizar problemas de diversa índole, estableciéndose una interacción subjetiva con el terapeuta y compañeros de grupo, las personas tienden a expresar sus preocupaciones, sus expectativas y necesidades, formulan sus deseos de anhelos de bienestar y de superación personal, todo esto nos da la pauta que el ámbito que se genera en estas terapias trasciende el campo de la salud.

Los individuos se vuelven más reflexivos y comienzan a rescatar antiguas y resignificadas visiones de la vida que se mezclan con otras de carácter contemporáneo y regional, que ponen el acento nuevamente en el valor de lo irracional, lo comunal, lo afectual y lo espiritual.

La necesidad de pertenencia a grupos comunitarios pequeños de relación personalizada, son buscados con el fin acceder a ese orden de integración, en donde va a primar la dimensión afectiva y sensible (Maffesoli). Estas asociaciones aunque tienden a ser tenues y efímeras, expresan una manera de experimentar y sentir, donde el individuo responde a una facultad de compartir y de experimentar en grupo.

En este caso, las prácticas de algunas terapias, no responderían en esencia solamente a un objetivo explícito (de curar o de aliviar dolencias) sino que justamente de revivir en el ritual, este tipo de sensaciones colectivas antes mencionadas.

El proceso reflexivo terapéutico

En la medida que los conocimientos circulan más fácilmente en un mundo globalizado, gracias a los mecanismos de desenclave, los sistemas de conocimiento son puestos al alcance de las personas a través de masificación de la información, éstas adquieren el conocimiento de los sistemas expertos para tomar decisiones sobre cómo vivir.

La reflexividad de la modernidad (Giddens), hace que la mayoría de los aspectos de la actividad social estén sometidos a revisión continua a la luz de nuevas informaciones o conocimientos. Esta información o conocimiento no es algo accesorio en las instituciones modernas sino constitutivas de ellas.

La Reflexividad institucional atiende a esa utilización regularizada del conocimiento de las circunstancias de la vida social en cuanto elemento constituyente de su organización, transformación y diversificación de los sistemas de conocimientos.

La pluralidad de elecciones que se presenta a los individuos, con esta diversificación de sistemas abstractos en la reflexividad moderna no actúa en condiciones de certeza progresiva sino de duda metódica. Las autoridades más fiables solo son fiables "hasta nuevo aviso" y estos sistemas abstractos que impregnan en tan considerable proporción la vida diaria, más que imponer formas de acción preestablecidas, proporcionan una multiplicidad de posibilidades, una persona puede recurrir a las terapias alternativas tras haber sufrido un desencanto con la medicina alopática, pero lo que se da en tal caso es, un cambio de confianza, entre estos dos sistemas abstractos.

Pero también la concepción holística de las terapias, aunque poco visible exteriormente, afecta considerablemente el sentido subjetivo de la vida cotidiana de los individuos. Estas son ámbitos y actividades que sirven como orientación práctica y fuentes de sentido para las personas.

En nuestro contexto, la vinculación más distintiva entre los sistemas expertos y las personas ha de hallarse en la aparición de estas formas de terapéuticas. Como vimos anteriormente, una manera de interpretar el desarrollo de las terapias es concebirlas como respuesta a los efectos debilitadores de las instituciones modernas en la experiencia del yo y en las emociones.

Pero, por otro lado la desaparición de la tradición, hace que para combinar autonomía personal con un sentido de seguridad ontológico, el individuo se vea obligado a negociar estilos de vida, reelaborar continuamente una narrativa reflexiva del yo.

Considero que la adopción de este sistema holístico, en que "todo es uno" y la totalidad es más que la suma de las partes, la asunción de una postura más cósmica, más allá del interés individual; la reconexión del hombre con la naturaleza, con el sentimiento místico y mágico de la vida, las personas más allá de suscribir al carácter paradigmático de las terapias estas, aparecen como un mecanismo de resolver de modo eficaz la provisión de sentido.

Ese impacto en la vida cotidiana de las personas que pasan por, un impulso a optar por un estilo de vida equilibrado, encarar las actividades cotidianas de manera más relajada buscando la empatía con los demás, la búsqueda del bien-estar con uno mismo, mensajes ecológicos- naturista, renovación de la importancia de la espiritualidad y el control de ansiedades; definen "un estilo de vida" que no sólo satisfacen necesidades utilitarias, sino que dan forma material a una crónica concreta de la identidad del "yo".

El estilo de vida no es un aspecto externo o marginal del individuo sino que define quien el individuo es y el auge de estas terapias, no sería simplemente un medio de hacer frente a nuevas angustias, sino una expresión de la reflexividad del yo. Las terapias, como sistema experto, están profundamente implicado en el proyecto reflejo del yo; un fenómeno de la reflexividad en la alta modernidad (Giddens).

La salud “liquida”

También este fenómeno se circunscribe en nuevas formas de concebir la salud y el propio cuerpo, donde las personas ya no solo quieren sentirse saludables, sino que aspiran a “estar cada vez mejor” desde el punto de vista físico-psíquico-emocional.

Si bien la salud corresponde a un estado de equilibrio estandarizado y cuantificable, un estado que puede describirse de maneras más o menos exacta y luego evaluarse con igual precisión, se le impone un nuevo ideal cultural: el “estar en forma”, que por el contrario, no puede ser definido ni circunscripto con precisión, estar en forma significa tener un cuerpo flexible y adaptable, preparado para vivir sensaciones aún no experimentadas, novedosas e inusuales (Bauman).

Si la salud es un tipo de estado determinado de equilibrio, de “ni más ni menos”, “estar en forma” implica una tendencia hacia el “más”, que no alude a ningún estándar particular de capacidad corporal, sino a su ilimitado potencial de expansión, donde no es posible realizar una comparación entre los diversos grados de “estar en forma” de diferentes personas, a diferencia de la salud, el estar en forma refiere a una experiencia subjetiva, en el sentido de una experiencia “vivida” y “sentida”.

Como todos los estados subjetivos, la experiencia de estar en forma es notablemente difícil de articular de manera adecuada para la comunicación interpersonal, y más aún para la comparación interpersonal. El significado de un estilo de vida saludable está permanentemente en movimiento, así como las terapias en oferta, tampoco dejan de renovarse todo el tiempo.

La moda terapéutica

Las terapias complementarias/alternativas, no escapan a la lógica de mercado, por lo que estas formas culturales de curación también actúan **como objeto de consumo** dentro de la lógica de la moda (Simmel), por su carácter de novedad y por su capacidad de diferenciar a los que las practican de los demás, que seguido de la imitación de sus pares con el fin de comportarse de manera similar a su círculo de pertenencia, el fenómeno adquiere ese carácter de “moda”.

Un terapeuta expresaba, “*no te puedes quedar atrás*”, haciendo referencia a la necesidad de estar permanente actualizado en las “nuevas” terapias.

El motor movilizador de esta lógica, es la búsqueda de diferenciación a través de la innovación y actualización que les exige a los terapeutas su público consumidor. Las personas que realizan un consumo distinguido no solo obtienen placer con el consumo directo, sino que también de la situación distintiva que se refleja en las actitudes y opiniones de otros que observan su consumo.

Si bien, el propósito manifiesto de consumir estos tratamientos es la satisfacción de las necesidades a las cuales están destinadas esos bienes, en su propósito latente, este consumo se aleja bastante de ese fin primario respondiendo a un consumo de carácter distinguido y/u ostentoso (Veblen).

Es decir, el significado concreto de estas terapias como vimos, responde a ciertas necesidades de curaciones naturales y atención personalizada, pero también enlazan un conjunto de significados asociados a esa denotación central, donde lo importante no es la capacidad de estas terapias de satisfacer esas necesidades primarias, sino que responde a la capacidad de estas para satisfacer necesidades de otro tipo, como la diferenciación y el estatus que brinda su consumo.

Elementos mágicos-religiosos

También, muchas de las terapias están sostenidas en parte por componentes mágico-religiosos. Ambos, magia y religión², en muchos casos funcionan en situación de estrés emocional, crisis de sentido, problemas de salud que no encuentran soluciones por los medios institucionalizados, necesidades insatisfechas entre otras. Justamente, la gran utilización de objetos simbólicos de carácter mágico-religioso en las terapias y su ritualidad expresiva, son aspectos característicos de varias de estas terapias. Que a diferencia de la solemnidad y sobriedad ritual de las religiones tradicionales, las terapias complementarias/alternativas, presentan características diferentes a éstas, materializan valores culturales como el naturalismo, el culto al cuerpo, la ecología y la sensación de bienestar psico-físico, se centran en el disfrute y el

² Magia y religión en el sentido dado por Parsons, el ritual puede calificarse como religioso en tanto la meta que se busca sea no empírica y como mágico cuando sea empírica. (Parsons; 1951:352).

placer en cuanto a la práctica, sugieren una postura relajada de la situación, se basan más en la percepción de la experiencia que en la imposición de formas de actuar. Estas urgencias detalladas, se convierten en motor para el auge de las experiencias terapéuticas místicas.

4.3. Resumen

Lo que se ha pretendido demostrar en esta investigación es que estas terapias, si bien se las puede relacionar como una respuesta a las diversas deficiencias de la medicina alopática, no es la única razón de su existencia y de su proliferación, sino que trascienden el campo de la medicina, son instituciones que por sus características, atienden a un variada gama de necesidades y expectativas actuales de las personas, la relativa autonomía de los sujetos a la hora de tomar decisiones para su vida cotidiana, la revalorización de la farmacopea natural, la necesidad romper con el individualismo urbano y de encontrar ámbitos de contención afectiva-emocional, como objeto de moda, la asunción de un ideal de vida sana en armonía con ritmos corporales y de la naturaleza, la necesidad de trascendentalizar el mundo, la asunción de una visión holística de la vida donde todos los comportamientos pueden cohabitar sin excluirse, la ruptura con el dirigismo hospitalario, la valoración de las experiencias subjetivas, son todos factores que hacen de las terapias complementarias/alternativas un fenómeno atractivo y de consumo creciente.

Recomendaciones

Dado que los trabajos cualitativos como el realizado no logran establecer la magnitud del fenómeno en su globalidad, creo que sería interesante estudiar las terapias complementarias/alternativas ampliando el universo de tratamientos, incluyendo los más novedosos como el Coaching, cosmobioterapia, sanación cosmo-biológica, registros akashicos, entre otros, ya que la diversidad de formas que adquieren es realmente impactante.

Otro análisis que sería interesante a nivel cuantitativo, es lograr un trabajo geo-referenciado en relación a las particularidades (simbólicas y empíricas) de cada una y al perfil de consumidor apuntan, entre otras variables de carácter cuantitativo que se puedan establecer.

BIBLIOGRAFIA

- **Alonso, Luís;** “la mirada cualitativa en Sociología” Editorial Fundamentos. Madrid. 1998.
- **Bauman, Zygmunt** “Modernidad líquida” (Edición inglés, 2000) Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A. Buenos Aires, Argentina. 2003
- **Barrán, José Pedro** “Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos” tomo1 “El Poder de curar” Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo 1992
- **Bayce, Rafael** “Uruguay hoy: La explicable explosión de Religiones y Sectas”. Cuadernos de Marcha. Nº 68. Febrero de 1992.
- **Bell, Daniel** “Las contradicciones culturales del capitalismo” (Edición ingles 1977). Alianza Editorial. Madrid.1994
- **Catz P, Arago M, Soria R, Sosa N.** “Terapias alternativas complementarias” Monografía del Taller de Sociología de la Cultura. FCS. Montevideo.2000 Tutores Profs. Rafael Bayce y Carlos Muñoz.
- **Cea D’Ancona, M.** “Metodología Cuantitativa: Estrategias y Técnicas de Investigación Social”. Editorial Síntesis, Madrid 1996. Cáp. 6.
- **Durkheim, E.** “Las formas elementales de la vida religiosa” (original francés de 1912) Alianza, Madrid, España.1993.Introducciones y Conclusiones.
- **Giddens Anthony** “Modernidad e identidad del yo” (Edición inglés1991). Ediciones Península. Barcelona. 1997
- **Giddens Anthony** “Consecuencias de la modernidad” Alianza Editorial. Madrid. 1994
- **Goethe – Intitut** “La medicalización de la sociedad” . Montevideo.1993
- **J; Alvira, F.** “El Análisis de la Realidad Social: Métodos y Técnicas de Investigación”. Alianza Universidad, Madrid 1986. Cáp.:1.3
- **Joaquín Rodríguez, José Portillo (comps.),** “La expropiación de la Salud.” Instituto Goethe. Nordan Comunidad, Montevideo.
- **Lipovetsky Gilles.** “La Era del Vacío”, Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Anagrama. Barcelona. 1995.
- **Maffesoli, Michel** (original francés de 1973): “O tempo das tribus”. Forense. Río de Janeiro. Brasil. 1987.
- **Maffesoli, Michel.** “Elegio de la razón sensible” Una visión intuitiva del mundo contemporáneo. Editorial Paidós, Barcelona. 1997

- **Menéndez, Gerardo** “Crisis del Uruguay laico-racionalista. Nuevas religiones y cultura holística”. Cuadernos del Claeh. N° 78-79. Montevideo, 2º serie año 22 1997/1-2 Pág. 243-258
- **Menéndez, Gerardo** “Cultura Holística, New Age, Autoayuda: ¿Nuevas caras para el individualismo o nuevo paradigma para el sentido Común?” S/f
- **Menéndez, Gerardo.** “Reflexiones para la comprensión sociológica de la cultura New Age” Pág. 37-43. Revista de Ciencias Sociales.
- **Moreira, Natalia,** “Una perspectiva sociológica sobre las nuevas formas de tratamiento frente a la enfermedad”¿Métodos alternativos o complementarios a la medicina moderna? Tesis de grado, FCS. Montevideo. 2004
- **Parsons, Talcott,** (original inglés de 1951): “El Sistema Social” Capítulo 9. Los símbolos expresivos y el sistema social: La comunicación del afecto. Revista de occidente, Madrid, España 1968.
- **Parsons, Talcott,** (original inglés de 1951): “El Sistema Social.” Cáp. 8. “Los sistemas de creencias y el sistema social: el problema del “rol de las ideas”
- **Portillo, José - Rodríguez, Joaquín** – “Las Otras Medicinas.” (compiladores. 2005)
- **Romero, Sonia.** “Indagación Antropológica sobre Medicinas y/o terapias alternativas en Uruguay” Papeles de trabajo. Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. 2004
- **Simmel, George** (original alemán de 1904): “La moda”. En sobre la aventura. Península, Barcelona, España. 1988.
- **Simmel, George** (original alemán de 1908): “El cruce de los círculos sociales”. En Simmel George: Sociología. Vol. 2. Revista de Occidente, España.1977.
- **Soria, Ricardo** “El Campo de la Salud hoy” Sistema Médico Alopático y Otras Medicinas. Tesis de grado, FCS. Montevideo. 2009
- **Sorokin, Pitirim:** “Sociedad, cultura y personalidad”. (original inglés 1947)Editorial Aguilar, Madrid, España, 1960.
- **Veblen, Thorstein.** “Teoría de la clase ociosa” (original en inglés de 1899) Hispanoamérica, Buenos Aires, Argentina, 1985.
- **Vomero, Fabricio.** “Resortes antropológicos de los diferentes procesos de curación” en “Antropología Social y cultural en Uruguay” Montevideo. Editorial Nordam-Comunidad. Año 2006. Pág. 172-185
- **Weber Max.** “Sociología de la Religión”. Madrid, España. ISTMO. 1997