

**SABER LEGO, SABER PROFESIONAL O SABIDURÍA ESPIRITUAL
¿MEDICINA ENERGÉTICA COMO ALTERNATIVA A UN SISTEMA DE SALUD
HEGEMÓNICO?**

**POR
JUAN FELIPE GÓMEZ DAZA**

**TUTORA
CATALINA ACOSTA OIDOR**

**PREGADO
FACULTAD DE SOCIOLOGÍA
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
BOGOTÁ 2019-II**

Agradecimientos

Te agradezco mamá que bajo tu amparo me dejaras decidir, por entender lo que es la Sociología en mi forma de vivir, por existir y hacer de mí, un hombre resuelto que le da sentido al día a día buscando recompensar todo tu esfuerzo.

Papá gracias te doy por ser quien soy y hacer de hoy un día mejor, por demostrarme lo que es amor, que la vida es con dolor y que no hay nada peor que un día detrás de otro, pues somos nosotros aprendices de la vida, viendo que no gastaste saliva por gusto, eso lo entiendo, ahora comprendo porque tanto libros y menos Nintendo.

A los profesores presentes durante todo mi proceso formativo agradezco por enseñarme a defender con palabras no con balas y por ser la bala incrustada en lo profundo de mi alma para sembrar semillas de rebeldía y calma encaminando críticamente mi accionar para hacerle frente a esta cruda realidad.

Por ultimo agradezco a los terapeutas y a los pacientes que con su tiempo y disposición para compartir sus experiencias con las terapias energéticas me abrieron nuevos horizontes de sentido, rompiendo con la actitud pasiva de existir para darme la oportunidad de vivir.

Resumen

El estudio busca comprender las representaciones sociales que se construyen alrededor de los cuidados de salud de las terapias energéticas a partir de las experiencias cinco terapeutas y cinco pacientes de consultorios ubicados en diferentes zonas de la ciudad de Bogotá.

El estudio se diseña bajo la dimensión transeccional de la investigación sociológica indagando y evaluando durante el primer semestre del año 2019 el fenómeno de la medicina energética en un contexto ciudadano, además de describir y categorizar las prácticas, creencias y actitudes tanto de practicantes de la medicina energética como de los usuarios que hacen uso de esta para el cuidado de su salud.

El estudio se enmarca en un enfoque metodológico mixto en vista de que se realizaran entrevistas semi-estructuradas y a profundidad para sustentar la elaboración del núcleo figurativo y el sistema periférico que fundamenta la representación de los cuidados de salud propagados por la medicina energética.

De manera expresa la medicina debe reencontrar la subjetividad humana o como lo argumenta Donati “se reducirá a un instrumento técnico-administrativo tanto más ineficaz y disfuncional para el total de la sociedad, cuanto más perfeccionado este” (1994:27) entendiendo por tanto la salud y la enfermedad en congruencia a los principios y valores que fundamentan las terapias energéticas, que al igual que la sociología de la salud las ve como un hecho social que deriva de las modalidades históricas con las que se intercomunican sistema social y mundo vital.

Tabla de contenido

- 1. Introducción**
- 2. Antecedentes**
 - 2.1. Representaciones sociales sobre el cuidado de la salud como proyecto político con fines reivindicativos**
 - 2.2. Representaciones sociales sobre el cuidado de la salud en respuesta a la crisis del modelo biomédico**
 - 2.3. Documentación etnográfica de las representaciones sociales en torno al cuidado del cuerpo y la salud**
 - 2.4. Representaciones sociales del cuidado de la salud orientadas a la formulación de políticas públicas sanitarias**
 - 2.5. Hacia una ampliación del marco de análisis**
- 3. Planteamiento del problema**
 - 3.1. Proceso salud-enfermedad: un breve recorrido histórico hacia la caracterización del modelo biomédico**
 - 3.2. Control estatal sobre los sistemas de atención**
 - 3.3. Surgimiento de un modelo de atención preventivo: la enfermología social, la inmunología y la epidemiología**
 - 3.4. Crisis del modelo biologicista preventivo**
 - 3.5. Constitución de un modelo ideológico de atención**
 - 3.6. Perdida de esperanza en el siglo XIX: acogimiento de un modelo de atención alternativo en los marcos normativos de Colombia**
 - 3.7. Precisando diferencias: medicina complementaria, medicina alternativa, medicina integrativa**
 - 3.8. Relevancia de elaborar la representación social de los cuidados de salud desde las terapias energéticas**
- 4. Pregunta problema**
- 5. Objetivos**
 - 5.1. Objetivos general**
 - 5.2. Objetivos específicos**
- 6. Marco teórico**
- 7. Metodología**
- 8. Capítulo 1 – Emergencia y consolidación de un sistema experto complementario**
- 9. Capítulo 2 – Crisis y transformación del Modelo Médico Hegemónico: Emergencia de un Modelo Médico Energético.**
- 10. Capítulo 3 - Elaborar la representación social de las terapias energéticas contrastándola con la propuesta teórica de la sociología sanitaria.**
- 11. Conclusiones**
- 12. Recomendaciones**

1. Introducción

Se analizara detalladamente para efectos del presente estudio la noción de representación social que engloba las acciones y los comportamientos de cuidados de la salud de los pacientes que asisten a cinco consultorios de medicina energética ubicados en Bogotá sin obviar, las visiones o los principios de realidad que se desligan de este tipo de medicina y a partir de los cuales la agencia individual de cuidado la salud funciona en correspondencia al saber constituido por las terapias energéticas y desde el cual se le otorga sentido a las creencias y las prácticas de los pacientes que hacen uso de este bien o servicio inmaterial.

Fruto de la influencia que posee la percepción sobre el lenguaje, la representación social de los cuidados de la salud a través de la medicina energética no son un dato en sí mismo que solo pueda ser recolectado mediante abstracciones concretas de la realidad, por el contrario, este dato es el resultado de un proceso de co-construcción entre el sujeto que investiga y los dispositivos grupales que utiliza para obtener información de los sujetos participantes de la investigación.

El sujeto al estar inmerso en un sistema social y semiótico, es producto y productor de un saber acumulado y transmitido intergeneracionalmente (Weisz, 2014) que desde la cognición lo induce a responder a un deber ser coercitivo; en este caso particular, el paciente antes de hallar en la medicina energética una solución alternativa a sus afecciones físicas o psicológicas fue introducido sin consciencia ni consentimiento a un modelo médico reconocido por los principios de comprobación científica de su terapéutica, inserción considerada como producto del proceso de socialización.

Se presenta entonces la pertinencia de usar la representación social en el presente estudio que indaga sobre las RS del cuidado de salud alrededor de la medicina energética abordando elementos de orden cultural y psico-simbólico en la medida en que potencia y abre las condiciones de posibilidad para configurar el sentido común e identificar la subjetividad y resistencia de los pacientes frente a una serie de valores tradicionales que han condicionado la forma en que agencian su salud.

Las consideraciones empíricas como la naturaleza de los principios de realidad y funcionamiento de la medicina energética, los pacientes que acceden a terapias alternativas energéticas, las imposiciones sobre los modos de agenciar la salud por parte de un modelo de atención científicista y la correspondencia de ello con el sistema teórico que sustenta y justifica la investigación, determina en gran parte la elección de la metodología tanto para la recolección de datos como para su análisis. En este sentido se utilizaron entrevistas semi-estructuradas dirigidas a pacientes y entrevistas a profundidad dirigidas a terapeutas del campo de la medicina energética, información que fundamentó la producción o formación de la representación social de los cuidados de la salud emanados de las terapias energéticas.

La representación social encuentra su fundamento en la interpretación de los discursos, por lo tanto, describir la experiencia de los terapeutas y pacientes en relación al proceso de salud-enfermedad en el tránsito o desplazamiento subjetivo de un modelo médico hegemónico hacia la incorporación de creencias y prácticas para el cuidado de la salud propios de los tratamientos de la medicina energética, conlleva a reflexionar sobre la institución de un conjunto de normas, valores, orientaciones y finalidades de vida creadas por cada sociedad para atender o agenciar la salud individual o colectiva, es decir, se requiere analizar las percepciones sociales que soportan las diversas visiones y representaciones mentales de la producción de la salud y la enfermedad, tema que será abordado en el primer capítulo de este escrito.

Los rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico que soportan las acciones estatales para manejar la salud de las poblaciones son analizados en el segundo apartado de esta investigación enunciando las discontinuidades de los elementos constitutivos del MMH lo cual implicó describir sus características, sus funciones, así como la situación de crisis por la que atraviesa en este momento. Además se expone el redireccionamiento conceptual ofrecido por los terapeutas sobre la relación médico-paciente, la manera de entender la enfermedad y la forma de organizar la consulta.

El último capítulo se exponen las características históricas que explican el surgimiento de la sociología de la salud con el fin de construir la representación social de la medicina energética, en función de evidenciar la relación existente entre las propuestas de los terapeutas energéticos y las reflexiones emanadas de esta disciplina sociológica en lo que concierne al manejo de la salud y la comprensión de la enfermedad en los grupos sociales.

2. Antecedentes

La elaboración del estado del arte en torno al fenómeno de estudio seleccionado, a saber, las representaciones sociales de los cuidados de salud alrededor de la medicina energética, se sustentó en 10- investigaciones que se han ocupado de indagar desde el campo de la enfermería, la psicología -con sus llamativos avances en la etnopsicología-, la antropología social y médica, la comunicología y la sociología; sobre las creencias, prácticas y en general las representaciones que se construyen respecto a los cuidados de la salud física y emocional.

La variabilidad cultural para tratar los procesos de salud-enfermedad es uno de los ejes centrales sobre el cual se articulan las diferentes líneas de investigación encargadas de indagar sobre las diversas prácticas curativas de un determinado sistema médico insertado o no dentro de un marco institucional legal, identificando además que los diversos estudios presentan la experiencia individual como un elemento constitutivo de la cultura.

2.1.Representaciones sociales sobre el cuidado de la salud como proyecto político con fines reivindicativos

Algunas de las investigaciones sociológicas enfocadas al análisis de las representaciones sociales en el campo de la salud se han centrado detalladamente en la descripción de las prácticas curativas; ejercicio de investigación permeado por fines políticos encaminados a apoyar procesos de reivindicación de creencias y saberes amenazados por la modernidad, trazándose como objetivo implícito, reconocer saberes tradicionales a partir de modelos de cuidados de la salud alejados del dechado respaldado por la ciencia occidental, ejemplo de ello es el estudio de Pérez (2009) quien sistematiza la práctica de un curandero por medio del cactus San Pedro en Perú o el trabajo de Becerra & Deschutter (2002) en el que develan las representaciones sociales de la población chilena del Luján acerca de las prácticas médicas populares, y de sus agentes, las curadoras, y la tesis de grado de Vénte & Góngora (2015) quienes analizan las representaciones sociales que tienen las comunidades negras del Alto y Medio Rio Dagua y los factores socioculturales, en relación al uso de la medicina tradicional.

En la misma estructura analítica se encuentra la tesis de maestría en educación y desarrollo humano realizada por Jhony Moreno (2016) en el municipio rural de Zaragoza (Antioquia) quien analizó al igual que Becerra & Deschutter (2002) las representaciones sociales sobre la salud, describiendo las creencias y actitudes de dicha comunidad rural respecto a la producción de la salud y la enfermedad haciendo uso de técnicas cualitativas diferentes a la entrevista semi-estructurada, la historia de vida, la escala Likert de actitudes y creencias o el cuestionario jerarquizado de palabras, metodología que se considerará para ser aplicada en el presente estudio por la frecuencia con que otros autores la han utilizado y los resultados detallados que han obtenido en la búsqueda de la representación social de los cuidados de la salud, siendo algunos de estos trabajos el de Pérez (2012) Quintero (2006) y Moreno (2016).

En una vertiente de estudio similar, investigaciones como la de Melguizo (2010) Castrillón (2012) y Hernandez & Bertoni (2015) enmarcadas en el área temática de cuidado cultural de la salud se dedicaron a analizar cómo el contexto sociocultural determina el cuidado de la salud. Melguizo (2010) demuestra la anterior premisa identificando las prácticas y creencias de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza de la comuna 9 de Cartagena, en donde los factores de índole religiosa, político-legal, tecnológica y de redes de apoyo favorecen la salud de las personas de la tercera edad en contraposición a factores medioambientales, económicos y educativos, develando así la influencia en las acciones preventivas o de atención en la salud de las prácticas extraídas de la cultura popular.

2.2.Representaciones sociales sobre el cuidado de la salud en respuesta a la crisis del modelo biomédico

Avanzando más allá de la descripción de los itinerarios subjetivos a partir del análisis relacional propuesto por Menéndez (1994), Castrillón (2012) describe y analiza las prácticas a las que acude un grupo de mujeres afrocolombianas del municipio del Charco-Nariño para el cuidado, la atención y el seguimiento de su proceso de gestación bajo las condiciones del esquema de salud del municipio, que conjuga el modelo de atención biomédico y el dechado popular articulado a los saberes endógenos de las prácticas de la partería derivadas de la medicina tradicional de este territorio, reconocidas y protegidas por la constitución para su uso formal en el interior de la institución médica.

Por su parte Hernandez & Bertoni (2015) en el estudio de un proceso migratorio de una comunidad boliviana asentada en Bahía Blanca, a partir del uso de la historia oral y la etnografía analizaron del mismo modo que Melguizo (2010) y Castrillón (2012) las representaciones sociales acerca de la salud y la enfermedad y las maneras en que se generan distintas prácticas que articulan distintos modelos de atención no convencionales, identificando por ejemplo el vínculo que existe entre el surgimiento de la festividad de la Virgen de Urkupiña en la ciudad de Bahía Blanca, la conversión de los migrantes a las creencias de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (mormones) y la sanación de una enfermedad, recalcando así el papel que juega las significaciones culturales en el proceso de atención salud-enfermedad.

El punto en común entre estos los estudios de Melguizo (2010) Castrillón (2012) y Hernandez & Bertoni(2015) son las condiciones de desigualdad y pobreza en la que se encuentran sus unidades de análisis u objetos de estudio, reconociendo la precariedad en la oferta hospitalaria de atención y por ende, el drama que sufrían tanto las mujeres como los ancianos al momento de enfermarse, por lo cual los hallazgos de cada trabajo aportaron información pertinente para apoyar programas de formación de cuidadores, aproximarse a comprender el perfil de cuidado de la salud, identificación de factores contextuales que permiten sincretizar algunas prácticas de curación y logrando hasta cierto punto redireccionar las políticas públicas de atención para atender integralmente estos grupos en condición de vulnerabilidad.

2.3.Documentación etnográfica de las representaciones sociales en torno al cuidado del cuerpo y la salud

En la dirección de documentar las prácticas curativas de grupos tradicionales y haciendo uso de igual manera de técnicas etnográficas referidas al estudio de la etnomedicina, en San Nicolás, Estado de México, la investigación propuesta por Chávez, White, Moctezuma y Herrera (2016) resalta la importancia -de igual manera que Restrepo (2008)- de analizar la relación funcional que adquieren algunas sustancias orgánicamente activas en diferentes situaciones de la vida cotidiana de la comunidad rural de San Nicolás, relación que se expresa en términos de conocimiento botánico tradicional, del cual emana la responsabilidad de prevenir y tratar la enfermedad según lo expuesto por Restrepo (2008) y de asumir la herbolaria como un indicativo de la pervivencia de la cosmovisión mesoamericana para tratar las afecciones de cuerpo y espíritu como lo sugirieron Chávez, White, Moctezuma y Herrera (2016) quienes analizan las prácticas curativas y su relación con el uso de plantas medicinales y su hábitat de la comunidad mexicana.

Estudios como el de Restrepo (2008) el de Chávez, White, Moctezuma y Herrera (2016) y el de Quintero (2006) se asemejan en tanto conciben generalmente la dimensión del cuerpo del paciente en conexión con un sistema de valores que además de condicionar las ideas de los sujetos para agenciar los cuidados de su salud les restringe y les inculca una serie de hábitos que equilibren las funciones del cuerpo ligados o no a unas convenciones sociales normativizadas.

La relación cuerpo y esquema de valores inherentes al modelo de atención biomédico, pone de relieve la necesidad de indagar sobre los hábitos que consciente e inconscientemente se internalizan en el cuerpo, identificando de esta manera si al momento de utilizar un tratamiento alternativo como el que propone la medicina energética se resignifica la noción salud y por lo tanto se reorientan los hábitos para el cuidado de la misma en función de los nuevos principios y cosmovisión derivados de la terapia alternativa, creando así un nuevo sistema de pautas de cuidado y promoción de la salud.

2.4.Representaciones sociales del cuidado de la salud orientadas a la formulación de políticas públicas sanitarias

Retomando la discusión planteada por algunas investigaciones de reorientar las políticas públicas de salud en busca de una atención primaria que integre conocimientos no occidentales o populares para el cuidado de la salud propios de la cultura de un grupo particular (Melguizo (2010), Castrillón (2012) Restrepo (2009) y Becerra & Deschutter (2002)), la tesis doctoral de María del Carmen Quintero (2002) propone desde el enfoque de la elaboración de políticas públicas a diferencia de los cuatro estudios citados con anterioridad, comprender las representaciones que tienen jóvenes urbanitas de la ciudad de Manizales en relación con la salud con el fin de determinar estrategias que permitan un mayor acercamiento entre la política pública y lo que los jóvenes sienten y viven en salud, más allá de otorgar reconocimiento social a una serie de prácticas tradicionales.

Lo relevante de este estudio, que contó con el apoyo de cinco grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales, conformados por 57 jóvenes entre los 10 y los 51 años, es el método de análisis cuantitativo de los resultados para comprender las diferentes R.S frente a la salud que construyen grupos de jóvenes con características personales y experiencias de vida disímiles, a partir de categorías analíticas como el género, situaciones de la vida cotidiana, percepción frente al trabajo, concepción frente a la salud de la alteridad y el análisis de fuentes de información que inciden en las creencias sobre la salud de la población juvenil.

De igual manera con una innovación en la metodología, Imelda Herrera Pérez (2012) para acercarse a la comprensión de las R.S alrededor de la salud y la enfermedad analiza el trabajo de los jornaleros agrícolas del Municipio Aguililla, Michoacán, con el fin de proponer nuevos modelos de atención sanitaria a personas jóvenes y adultas, erigiendo la importancia del enfoque de género y aplicando el método cualitativo de métodos asociativos para la recolección del contenido a través del enfoque estructural junto a la teoría de grafos que orientaron la organización de las R.S de los jornaleros -dedicados al corte de limón y jitomate- sobre la salud y la enfermedad laboral quienes ejercen una actividad que pone en riesgo sus vidas.

Se evidencia a través de la producción discursiva elementos no percibidos en la cotidianidad laboral de los trabajadores que les afectan su salud física, retornando a la idea planteada por los ya revisados estudios que consideran imperante articular el cuidado de la salud con la cultura, en la medida en que Aguililla (2012) demuestra que las representaciones sociales se fundamentan no solo en los condicionantes de una estructura ajena al individuo sino también a un conjunto de representaciones sociales simbólicas y afectivas que orientan la actitud de las personas frente a ciertas actividades diarias, del mismo modo que lo evidenciaron Melguizo (2010), Castrillón (2012) y Quintero (2006).

2.5.Hacia una ampliación del marco de análisis

Los textos revisados han buscado problematizar el cuidado de la salud en grupos o comunidades de individuos con particularidades en los factores sociales, políticos, económicos y culturales, pero referidos constantemente al análisis de la colectividad inmersa en contextos de marginalidad territorial, ya sea por el barrio de procedencia, estrato o la

población carente de la presencia institucional sin la capacidad de extender los sistemas de atención sanitarias.

Este escenario, indica que existe poca atención hacia las prácticas alternativas de cuidados de salud en urbanizaciones más grandes en donde las representaciones sociales se presentan fragmentadas debido a que la construcción de sentido y la transmisión intergeneracional de experiencias operan en función de los espacios desiguales que ocupan los individuos en las sociedades modernas, que les limita el acceso a determinada información o a prácticas alejadas del modelo médico dominante.

La inserción de prácticas curativas no occidentales en entornos urbanos es una vertiente de estudio que se ha consolidado en el campo de la sociología y la antropología médica y social, áreas de conocimiento que resaltan la función cultural de la medicina ya sea desde la exposición de la existencia de un fenómeno cultural conexo a la ingesta de plantas o bebidas medicinales propias de pueblos originarios como lo relata Ronderos (2009) en el consumo de yagé en el eje cafetero o el análisis realizado por Martínez (2015) sobre el papel que cumple la medicina indígena Inga -que inserta en su práctica curativa el consumo del yagé- en los procesos de resistencia frente a los modelos económicos basados en la extracción de recursos en el departamento de Putumayo.

La adaptación de maneras alternativas de cuidar la salud a entornos socioculturales caracterizados por la pluralidad de intereses y expectativas de los individuos en el momento de ser agentes activos de la salud soporta la hipótesis de que existe implícitamente en el contexto ciudadano una construcción de nuevas mentalidades emergentes buscando un estado completo de bienestar físico, social y psicológico por medio de técnicas que desafían los principios objetivos de la ciencia.

En correspondencia a lo que se ha investigado sobre representaciones sociales de la salud frente a un modelo de atención particular de un grupo con características territoriales sociales y culturales diversas, se evidenció que no existe un esfuerzo académico por caracterizar los modos de operación de un tipo de medicina alternativa que a grandes rasgos implica analizar los elementos constitutivos del conjunto de conocimientos que fundamentan sus prácticas, describiendo detalladamente la cosmovisión que poseen los doctores frente a las terapias energéticas en estrecha relación a los procesos subjetivos de significación que le otorgan los pacientes cuando toman la decisión de acudir a dichos métodos, reconociendo de este manera los modos y procesos de constitución del pensamiento social respecto al cuidado de la salud, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social.

Producto de la revisión de los textos y aunado a los interrogantes que cada uno de los artículos fue suscitando, se establece que se dejan de lado elementos importantes que permiten ampliar el horizonte analítico con miras a la plena comprensión del funcionamiento del mercado de la medicina energética por medio de las prácticas y creencias que le dan forma a una profesión hasta ahora poco estudiada.

A esto se le suma que los esfuerzos de los investigadores se han encaminado a conceptualizar un objeto de estudio que se sustenta en conocimientos y prácticas no perceptibles, soslayando la importancia de una investigación práctica desde el campo de la sociología que describa no solo las interacciones producidas por la función social que tienen los cuidados de salud no convencionales a partir de estudios de caso atípicos, sino que también caracterice un escenario en el cual sea posible aprehender holísticamente la dinámica de un mercado de salud emergente, analizando simultáneamente el modo en como esta producción cultural moldea la racionalidad científica de los individuos que acceden a hacer uso de tratamientos alternativos.

Además, se identificó que, no se ahonda lo suficiente en el interés o las razones de las curanderas, o doctores y de los pacientes o usuarios para integrar este tipo de prácticas a un sistema de salud moderno. No se presentan tampoco las razones o motivaciones que poseen las personas que acuden a los prestadores de servicio de la salud alternativo, ni tampoco se hace mención o se problematiza la noción sobre el concepto de don inherente a los practicantes de terapias alternativas.

3. Planteamiento del problema

3.1. Proceso salud-enfermedad: un breve recorrido histórico

En el proceso de atribución de significados a los fenómenos materiales que contribuyen a restablecer, cuidar y mantener la salud de los agrupamientos sociales se encuentran reunidos una serie de factores sociales, políticos y culturales que orientan cognitiva e ideológicamente a los individuos en su manera de comprender el proceso salud-enfermedad.

Desde las instituciones médicas se promueve un sentido común del proceso salud-enfermedad derivado de un sistema conceptual basado en el campo científico de la medicina; fruto de este aparato teórico emergen convenciones sociales transmitidas a través de un sistema de lenguaje que instituye un código de cuidado del cuerpo, correlacionando así ambos sistemas, tanto el conceptual como el del lenguaje, de tal modo que cuando se piensa en el objeto como la atención de la enfermedad en un individuo, el código representa las creencias, actitudes y normatividades asociadas al cuidado de salud.

Al entender el cuerpo como organismo natural se acepta el determinismo propagado por la concepción biológica de la salud la cual concibe la enfermedad como producto de un desequilibrio en el soma, visión que no contempla el papel que cumplen determinantes sociales como el entorno y las relaciones que se gestan en su interior que dan atisbos a la forma en que se gesta la enfermedad en el hombre quien define su condición existencial como un estar en el mundo, habitándolo con su propio cuerpo y habituándose a la idea correcta o los buenos modales de la relación con su corporeidad (Pizza, 2005), idea profundamente arraigada y común en todos los miembros de un agrupamiento social.

La habituación implica asumir reglas o parámetros que condicionan los cuidados de la salud, adaptación en la cual el individuo internaliza una serie de pautas culturales preestablecidas que le permiten atender las variaciones de la producción social de su salud y enfermedad bajo

creencias abstraídas de modelos de atención biomédicos que disciplinan el cuerpo del sujeto atendiendo la necesidad de alcanzar un bienestar físico, mental y social

Se originan así, una serie de disposiciones adquiridas en la socialización -no innatas- que orientan la atención de las afecciones en la salud de los individuos. Disposiciones emergentes del modelo de atención primario que inducen al individuo a tomar la decisión -con o sin consciencia- de adscribirse en un primer momento a este paradigma médico fuertemente influenciado por la significación social colectiva alrededor de la medicina alopática¹, respaldada por un cúmulo de investigaciones científicas que le otorgan a las prácticas médicas el reconocimiento social, del cual se deriva un tipo de verdad generalizada que engloba en su contenido formas particulares de atención y promoción de la salud individual y colectiva, tendencia que evidencia la inclinación hacia el uso del saber médico profesional por parte del paciente o de sus responsables.

Estas reglas reconstruidas por deducción que buscan agenciar la salud individual son una prueba que postula la existencia de un modelo médico hegemónico concebido como el ente regulador del sistema de salud, y a su vez explican la capacidad de los sujetos sociales para propagar determinados comportamientos avalados o reconocidos científicamente en la búsqueda de restablecer o reequilibrar su bienestar, contrastando en este punto las conjeturas teóricas formuladas por Eduardo Menéndez (1990) quien analizó como un conjunto de prácticas y saberes abstraídos del campo médico lograron identificarse como la única forma de atender la enfermedad.

Esta “verdad” se fundamenta en el modelo biomédico² de salud importado de Europa y que data del siglo XVIII, esquema de atención primaria que según Anthony Giddens “vincula su aparición con el triunfo de la ciencia y la razón sobre las explicaciones del mundo tradicional basadas en la religión” (Giddens, 2009: 266) reforzando la premisa que apuntaba a concebir la salud y la sociedad como dos esferas independientes por lo que debían tratarse de manera aislada, es decir, mente y cuerpo son entes que se trataban por separado, enfatizándose este modelo en curar y eliminar la afección del soma y no en buscar la armonía entre la actividad mental del paciente y el entorno en el que se desenvuelve su vida social para prevenir la enfermedad (Acurio, 2001).

3.1. Control estatal sobre los sistemas de atención

El predominio del modelo biomédico de salud durante el siglo XIX sustentado en los avances de las ciencias naturales y exactas como la física, la química y la biología demostró su

¹ Aunque la expresión se encuentra en estrecha relación con el concepto de homeopatía acuñado en 1796 por Samuel Hahnemann quien la definía como un sistema de medicina alternativa que opera bajo la premisa, “lo similar cura lo similar”, el término medicina alopática es un desarrollo de su postura pseudocientífica e intelectual en el año 1841 para “referirse al uso médico de ingredientes activos o intervenciones para tratar o eliminar la sintomatología o los procesos fisiopatológicos de las enfermedades bajo la premisa los contrarios curan a los contrarios” (The Free Dictionary. Farlex, 2018) Este concepto se usa incluso para hacer alusión a la categoría global de medicina occidental o modelo biomédico de atención.

² El auge del modelo biomédico se desarrolla en el interior de la concepción somático -fisiológica de la salud que según Moragas (1976) se respalda en la terapéutica habitual basada en identificar los organismos fisiológicos alterados corporalmente, a través del uso de instrumentos físico-químicos que constituyeran el quehacer y la forma fundamental de la práctica médica.

eficacia en diagnosticar la enfermedad y curar el organismo físico (Moragas, 1976) difundiendo un concepto de salud reduccionista que impedía que se visibilizaran otras concepciones de salud como la medicina preventiva y social, la medicina psiquiátrica o la medicina sanitaria.

Considerando la salud como un bien complejo que va más allá de la ausencia de la enfermedad compensada, la salud pública en América Latina se erigió como una práctica social derivada de una disciplina dependiente del control estatal que tenía como objetivo controlar y prevenir, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades del colectivo social (Granda, 2000: 111) estipulando -en conexión con el postulado de Giddens- que el comportamiento en la salud pública dependía en gran medida del uso de saberes, prácticas y tecnologías desarrolladas en el interior del campo científico de la medicina, idea reforzada más tarde por los estudios de Foucault sobre la medicalización de la sociedad y la microfísica del poder.

En este sentido Edmundo Granda (2000) afirma que el sistema de salud ha producido “maquinas corporales” menos enfermas a través del descubrimiento de las causas que afectan el funcionamiento del organismo, constituyendo indirectamente las bases científicas de la medicina, a partir de la sistematización de evidencias que se esfuerzan por intervenir con métodos biológico-químicos el origen del desequilibrio en las funciones de la máquina.

3.2.Surgimiento de un modelo de atención preventivo: la enfermología social, la inmunología y la epidemiología

Este desequilibrio se tradujo en el concepto de “enfermedad individual” dimanado por la medicina clínica³ a comienzos del siglo XX. Años más tarde se estableció que las causas de las afecciones en el funcionamiento del organismo individual también son de índole externo, concepción relacional que da origen a la enfermología social como disciplina que entendía la enfermedad colectiva como producto de las múltiples relaciones, padecimientos o alteraciones personales originadas de un ambiente social compartido.⁴

Contrastando las medidas de intervención del cuerpo y las formas de atender la enfermedad del paciente de ambas disciplinas, la temporalidad en la atención por parte de la medicina clínica se encuentra en un marco de acción inmediata, en donde la expresión de dolor y angustia del paciente se imbrica con la esperanza de curación que le suscita la atención clínica. Por su parte, la salud pública o enfermología enfoca sus esfuerzos en la predicción

³ Respalda por el modelo biomédico que luego de realizar un diagnóstico del grado de salud del paciente se encargaba de tratar y eliminar las alteraciones del organismo o del cuerpo enfermo. (Moragas, 1976)

⁴ La enfermología social también conocida como salud pública -en oposición a la medicina clínica- se responsabilizaría de buscar las causas que produce la enfermedad del organismo físico en el exterior de este, es decir, las causas del desequilibrio de la maquina corporal podrían encontrarse en animales, plantas, ambientes industriales o relaciones entre individuos. Ver Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 18, núm. 2, pp. 83-100. En: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12018207.pdf>

de las enfermedades, encargándose del análisis de riesgos en función de la generación de estrategias para prevenir las enfermedades que pudieran atacar el cuerpo social.

El salubrista o especialista en salud pública quien tiene como sujeto de salud las grandes comunidades o grupos sociales, hace uso de tecnología positivista manejada por el Estado en el momento de examinar el riesgo de las causas que potencialmente pueden transformar el individuo sano en paciente enfermo, es decir, el ente institucional de la salud se transforma en el actor que explica el riesgo de la enfermedad y lo previene⁵ a diferencia del médico clínico que también orientado por los principios del paradigma biologicista diagnostica la enfermedad, la explica individualmente y a la vez la cura.

La percepción diferenciada sobre los modos de asistir el cuerpo enfermo y de entender el origen de la enfermedad de estas dos profesiones se relaciona estrechamente a través de los avances de la medicina científica en atención primaria de salud, identificando la ciencia técnica como la fuente de conocimiento que provee el saber con el cual tanto el salubrista como el médico clínico tratan al paciente enfermo o por enfermar.

Del mismo modo en que la medicina clínica desarrolló sus técnicas y modos de intervención, los avances de la ciencia ligados a grandes descubrimientos bacteriológicos facilitaron la aplicación de medidas masivas a toda la población (Moragas, 1976) confirmando simultáneamente la eficacia de la acción preventiva por medio del desarrollo de la inmunología o la epidemiología, disciplinas que se posicionan en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, integrando los principios y metodologías de ambos campos de saber profesional en pro de estudiar la salud y controlar las enfermedades en colectividades sociales..

La medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte (Granda, 2000) erigiendo un escenario en el cual el saber del paciente o de la colectividad no era compatible con el conocimiento científico acumulado de la medicina clínica, supeditando el cuidado de la salud individual a los diagnósticos del médico, legitimados por las investigaciones desarrolladas en su campo profesional; del mismo modo los agregados sociales se atienen en su accionar y comprensión de la enfermedad a los avances de la ciencia que orientan el accionar de la salud pública, relegando el papel de la cultura local y universalizando un conjunto de prácticas, creencias y poderes que naturalizan el dominio científico y estatal sobre el cuerpo.

3.3.Crisis del modelo biologicista preventivo

⁵ En este punto se identifica la transición de una concepción de salud somática-fisiológica a una visión de salud orgánica desde la cual se promueve la liberación de la enfermedad y el fortalecimiento del estado positivo de la “maquina corporal” a través de prácticas preventivas, enarbolando la importancia de introducir en el campo de la medicina una concepción sanitaria de la salud que en su momento se trazó como objetivo: mantener, preservar o recuperar la salud colectiva de una población. (Moragas, 1976)

Hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, en un medio caracterizado por el dominio de una concepción de sanidad pública y estatal alrededor de la salud individual y colectiva, que explicaba con base en disciplinas científicas el riesgo de enfermar normativizando e instaurando acciones preventivas sobre el cuerpo del paciente, se ubicó e interpretó -con el desarrollo de los modelos de atención contemporáneos- el concepto de salud y vida dentro de un paradigma médico biologicista en crisis, que no ofrecía respuestas a nuevas patologías como el alcoholismo, el consumo de drogas, la desnutrición o los desórdenes mentales, que podrían ser evitadas si su origen no se rastreara en la permanencia y mantenimiento de estructuras sociales y económicas desiguales (Laplacette & Vignau, 2008).

Dada la incapacidad del modelo de salud biomédico para dar una respuesta integral al proceso de salud-enfermedad-atención en las condiciones sociales y ambientales contemporáneas, en conexión con la dinámica del mercado inclinada a reproducir un sistema económico con fines lucrativos en aras de acumular capital (expresado ello en el esfuerzo y la rentabilidad de las investigaciones enfocadas a consolidar la industria farmacéutica y la electromedicina) se consolidó paulatinamente las condiciones objetivas para la extensión de las prácticas y recomendaciones médicas científicas a la vida cotidiana de las colectividades, renovando el proceso de atención hacia la medicalización de la vida.

La medicalización de la cotidianidad, concepto acuñado por Eduardo Menéndez (1987) indica una serie de prácticas, ideologías y saberes referidos a una proliferación y evolución de funciones preventivas y curativas hacia funciones de control y normativización legitimando un modelo médico hegemónico (en adelante MMH), en donde los profesionales se dedican a atender problemas en áreas de la salud individual que anteriormente no tenían relevancia, como el estrés o los cuadros depresivos, es decir, intencionalmente el modelo biomédico ha posicionado al médico en un lugar privilegiado frente a miembros de su propio gremio (Laplacette & Vignau, 2008) y respecto a otros individuos que poseen la capacidad de intervenir la salud sin un tipo de tecnificación científica o profesionalismo, para diagnosticar, prevenir y atender la enfermedad o malestar del paciente.

Al identificar y conceptualizar la medicalización no se pretende desprestigiar el ejercicio curativo de la medicina alopática calificando sus intervenciones como negativas, esto sería negar el esfuerzo de un campo intelectual por atender las necesidades sanitarias de la sociedad; tampoco dicha definición se encamina a reivindicar o romantizar las prácticas alternativas a la medicina moderna; al incluir esta categoría se trata de comprender críticamente una realidad que de facto condiciona y obstaculiza las formas en que se entienden y se agencian los cuidados de la salud individual.

Se ha cuestionado la eficacia del modelo biomédico o del MMH (Menendez, 1987) en un escenario en el cual la población se encuentra expuesta a una serie de enfermedades crónicas o patológicas a diferencia de las afecciones infectocontagiosas que atendía el modelo preventivo de enfermología social. El costo elevado de los estudios clínicos y de los medicamentos -sin dejar de lado los efectos secundarios de los mismos (estudiados por la rama de la psicología farmacológica)- y la incapacidad de ofrecer respuestas a nuevas

patologías dentro de un paradigma biologicista en crisis, tales como el maltrato, la violencia y las adicciones, son algunos factores que soportan los cuestionamientos críticos frente a este modelo de atención (Laplacette & Vignau, 2008).

3.4. Constitución de un modelo ideológico de atención

Bajo esta línea de análisis historiográfico el sistema de salud biomédico se ha consolidado como una especie de mecanismo ideológico en el proceso individual de la reproducción de la vida social, construyendo intrínsecamente una falsa conciencia ilustrada sobre las prácticas “adecuadas o aceptadas” para cuidar la salud individual, es decir, están presentes mecanismos de control inconscientes y aceptados para agenciar la salud individual ya que, como se ha venido exponiendo se excluye de la creencia biomédica cualquier conocimiento que no se ajuste a los parámetros de validación científica.

Esta visión crítica del modelo alopático no implica asumir una posición maniquea que resalte los errores o efectos negativos de las funciones de la medicina científica, ni tampoco se pretende romantizar las prácticas alternativas de los cuidados de la salud para rescatarlas y otorgarles un reconocimiento dentro del mercado competitivo de la promoción de la salud. Por el contrario, se trata de analizar las estructuras sedimentadas que forman el elemento discursivo de los cuidados de la salud dominantes, en función de describir las condiciones sociales y culturales que a los pacientes de la medicina energética en cuestión, para acceder y tratar su salud en el interior de un campo alternativo que se ha venido introduciendo gradual e informalmente en la cotidianidad de los sujetos enfermos.

En la interacción que el individuo establece con su cuerpo, hereda y asume sin cuestionarse, una serie de códigos culturales que lo condicionan y lo capacitan para manejar su salud, ignorando que el principal mecanismo de dominación es la manipulación inconsciente que existe sobre el cuerpo (Bourdieu, 2005). Desde esta concepción de violencia simbólica se reafirma la imposibilidad de pensar los efectos ideológicos a partir de la conciencia, en la medida en que el mundo social funciona en términos de prácticas y mecanismos derivados de un complejo de estructuras sociales.

A la luz de la naturalización o de la aceptación escéptica de pautas para el cuidado de la salud, emerge un mercado que se encarga de divulgar tratamientos alopáticos para la promoción de la salud del paciente, que van desde la oferta y propaganda de productos de la industria farmacéutica, hasta procedimientos quirúrgicos arraigados a un campo científico profesional, representado dicho mercado en el discurso que valida las acciones estatales que devienen de las políticas de salud pública.

3.5. Pérdida de esperanza en el siglo XIX: acogimiento normativo de un nuevo modelo de atención alternativo en Colombia

La pérdida de esperanza en el modelo estándar creado por el Estado para atender la salud denota el incremento de la demanda de terapéuticas complementarias o alternativas tal como lo registró Manuel Pinto (2012) en su revisión bibliográfica sobre medicinas alternativas en los países de América Latina quien afirmó que una proporción considerable de pacientes

asistentes a terapias alternativas o complementarias lo hacían por padecer de una enfermedad crónica o incurable que les exigía medicarse constantemente o luchar con las reacciones adversas de los fármacos ,terapias que según el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa o CNMCA (2001) se definen como el conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional- también conocida como medicina occidental o alopática- o no están integradas en el sistema de salud predominante.

En la Colombia del siglo XIX el doctor José Víctor Sanmiguel y Tobar luego de estudiar medicina en España se convierte en el pionero de enseñanza de la medicina homeopática hacia el año 1835, su actividad educativa se encontraba en la informalidad hasta que en el año de 1865 se consolida el Instituto Homeopático de los Estados Unidos de Colombia, que más tarde, en el gobierno de Rafael Núñez, se le otorgaría el aval al instituto para expedir títulos de Médicos Homeópatas.

Luego de algunos hitos históricos de consolidación de centros de estudios, construcción bajo reglas sanitarias del primer hospital y regulaciones normativas para la formación integral de médicos homeópatas, se considera que la homeopatía fue el primer sistema médico complejo reglamentado en el país, “luego el Ministerio de Salud, con la Resolución 5078 de 1992, creó el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de otras medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas” (Quintero, 2015) hasta que en el año 1998 se reglamentó la práctica de las Terapias Alternativas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la Resolución 2927, y las definió como "un conjunto de conocimientos y procedimientos terapéuticos derivados de algunas culturas médicas existentes en el mundo, que han alcanzado un desarrollo científico, empleados para la promoción de la salud, la prevención y diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento y rehabilitación de los enfermos, en el marco de una salud integral y considerando al ser humano como una unidad esencial constituida por cuerpo, mente y energía."⁶

Se traza normativamente una diferencia esencial entre la medicina alternativa y la terapia alternativa o complementaria. Según la Ley 1164 de 2007 del Congreso de la Republica la medicina alternativa se define como “aquellas técnicas prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la auto-regulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico”; mientras que las terapias alternativas mantuvieron su misma definición jurídica del año 1998 ya no como figura legal de la resolución 2927 sino como Decreto 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La historia de las diversas disposiciones legales y normativas respecto a la inclusión de terapias alternativas en el sistema general de seguridad social posee numerosos cambios reflejados en las resoluciones, acuerdos y decretos establecidos por el Ministerio de Salud y

⁶ Ministerio de Salud, Resolución 2927 de Julio 27 de 1998, Artículos 1 y 4, Colombia, Diario Oficial No. 43358,10/08/98:2

el Ministerio de Protección Social, transiciones que serán tratadas de manera detallada en sesiones posteriores del presente estudio. Por el momento se resalta que actualmente, se encuentra vigente el Acuerdo 008 de la Comisión de Regulación en Salud el cual actualizó el Plan Obligatorio de Salud definiendo la medicina alternativa como “el conjunto de prácticas médicas fundamentadas en saberes, cosmovisiones y culturas diferentes a los conocimientos de las ciencias y tecnologías convencionales”⁷ (Rojas, 2012).

3.6.Precisando diferencias: medicina complementaria, medicina alternativa, medicina integrativa

Definiendo al ser humano en conexión cuerpo, mente y energía, y en correspondencia con la precisión que el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (CNMCA) - que orienta la gestión sanitaria de las instituciones encargadas de la salud en América Latina- otorga sobre cada tipo de medicina, se identifica que la conceptualización de los tipos de medicina difiere en el uso de conectores en relación con la “medicina alopática”, a saber, la medicina complementaria es la que se emplea *junto con* la medicina occidental, mientras que la “medicina alternativa” se emplea *en reemplazo* de la medicina alopática. Aunada a estas dos acepciones aparece un tercer concepto referido a la “medicina integrativa” definida como una práctica *que combina* los tratamientos de medicina convencional y de medicina complementaria y alternativa, sobre la cual existen datos científicos de inocuidad y eficacia. (CNMCA, 2001).

Inmerso en este último concepto se inscribe el objeto de estudio de la presente investigación el cual será denominado como “medicina, tratamiento o terapéutica energética-integrativa” para el cuidado de la salud física, mental social y emocional, teniendo como precedente que unas décadas atrás se entendía que todo el universo, incluyendo al ser humano, estaba constituido por pequeñas partículas sólidas, hasta la inflexión ocasionada por los avances en los estudios de la física cuántica que ha demostrado que todo lo que gira en el espacio, lo que se encuentra en la naturaleza y en general lo que constituye el universo es energía (Capra, 1975).

3.7.Relevancia de elaborar la representación social de los cuidados de salud desde las terapias energéticas

Es necesario aclarar que existen diversos tipos de medicina que comprenden la manipulación de campos de energía en sus prácticas para tratar la salud, como el *qi gong*, el reiki o la acupuntura, integrando en sus terapias una serie de instrumentos como la música, los aromas (aromaterapia) o las agujas respectivamente; estas herramientas difieren de los elementos utilizados en los tratamientos energéticos que este estudio propone sistematizar, los cuales se valen de una terapia manual reflejada en la imposición de manos complementada con un

⁷ Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009, Artículo 8 Numeral 22, Colombia, Diario Oficial No. 47579, 31/12/2009:78.

diálogo sanador, entre el paciente que alterna los métodos convencionales de la medicina alopática y el doctor que con un cúmulo de experiencias metafísicas y una serie de capacidades y talentos desarrollados decide practicarla, distanciando su práctica lego del método científico.

Por ello, identificar las creencias, prácticas, relaciones intersubjetivas y en general las construcciones sociales y culturales alrededor del cuerpo, la salud, la enfermedad y las dimensiones que subyacen estos campos como la espiritualidad o el despertar de una conciencia holística en el momento de atender la enfermedad que emergen de las formas no convencionales de atención e intervención de la medicina energética y que direccionan **los cuidados de la salud** de los pacientes, propicia las condiciones de comprensión y conceptualización de los diversos sentidos y significantes que los individuos van construyendo respecto al cuidado de su salud con base en el uso de los tratamientos de la medicina energética en mención.

Fruto de esta trama de relaciones se instituye implícitamente un mercado imperfecto en el que se comercializa libremente el bien inmaterial del servicio de salud brindado por los terapeutas de la medicina energética, es decir, tanto oferentes como usuarios se benefician de la práctica y los resultados de la producción de la salud con bases energéticas; se propone por ende en la presente investigación extraer los diferentes elementos que componen la relación médico-paciente alrededor de los tratamientos alternativos que subyacen de la medicina energética, además de analizar los cuestionamientos y las experiencias de los pacientes que arguyen su distanciamiento del MMH para atender sus afecciones

Producto de esta relación médico-paciente y con la noción a priori de que los pacientes de la medicina energética, bajo motivaciones desconocidas, reconocen y hacen uso de las prácticas que ofrece este bien de consumo inmaterial como lo es por ejemplo la canalización de energías, es relevante para efectos del estudio, identificar cuáles fueron los aspectos estructurales que se modificaron del MMH para que los pacientes forjaran una convicción para tratar sus afecciones físicas o psicológicas con técnicas alejadas del imperativo científico.

Acudir a los tratamientos energéticos seleccionados para el cuidado y la prevención de la salud y la enfermedad, reemplazando en algunos casos los procesos de curación que ofrece la medicina convencional adscribiéndose a un tipo de medicina independiente del método científico –lo cual implica no estar regulada normativamente- es cambiar la concepción funcionalista de intervenir los problemas de la salud ya que, la poca efectividad y los efectos colaterales de la medicalización propia de la alopátia de origen occidental, suscitan en el individuo una pérdida de esperanza que acarrea la búsqueda de opciones más diligentes para tratar cualquier afección de la salud física o mental.

Se entiende entonces la salud, como el resultado del conjunto de condiciones de vida que es posible analizar indagando alrededor de la condición económica, el nivel intelectual, la relación con otras prácticas culturales, el marco normativo que las instituciones han impuesto frente a las diversas prácticas médicas, los pensamientos internalizados del individuo desde

su socialización primaria, las experiencias de vida, la relación médico-paciente, la comunicación de anécdotas, entre otros cuestionamientos analíticos que permitirían comprender los incentivos, motivaciones o mecanismos que llevan a los pacientes de la medicina energética a reconocer un conjunto de factores determinantes que condicionan los cuidados de la salud.

Bajo la premisa de que las respuestas de las personas frente a la enfermedad dependen de valores, creencias, símbolos heredados, regulaciones sociales (Acurio, 2001) y como posible respuesta a la iatrogenia (conocida también como némesis médica) producida por los principios biomédicos o en vista de la falta de soluciones eficaces emanadas de dicho esquema de atención, se indaga en el presente estudio sobre las representaciones sociales del cuidado de salud que emergen de un modelo alternativo de atención en torno al uso de tratamientos y terapias no convencionales ofrecidos por practicantes o profesionales del campo de la medicina energética, teniendo como marco analítico 5 consultorios ubicados en la ciudad de Bogotá.

Se define la representación social como un sistema socio-cognitivo de sentidos y significantes que ordena de forma específica sus conocimientos y que se caracteriza por asumir reglas propias de funcionamiento que le permiten intervenir las prácticas sociales. En la búsqueda de los mecanismos que intervienen en la práctica de cuidar y agenciar la salud individual se requiere elaborar analíticamente la organización interna de la representación, por ello para el presente estudio se vuelve una condición necesaria caracterizar a través de la teoría del núcleo central y el sistema periférico los fundamentos prácticos e ideológicos en los que se sustentan los servicios alternativos o tratamientos energéticos.

En la medida en que se describan las representaciones sociales del cuidado de la salud que giran alrededor de la medicina energética se da a conocer al lector un fenómeno atípico que abarca la salud desde una perspectiva integrativa, que no se reduce simplemente a la intervención del médico con un don especial y el paciente en busca de opciones alternativas, sino además, propone un ejercicio de introspección del paciente con base en una cosmovisión alejadas o excluidas de las costumbres y sistemas de valores de la civilización moderna; modos de percibir y habituarse en el mundo que edifican caminos para entablar relaciones integrales no solo con los individuos que componen nuestro ambiente inmediato, sino con nosotros mismos y con el universo en el entendido de entramado social, sin tampoco recurrir al extremo de una visión tradicional, ancestral o peyorativamente *hippie* del mundo, para dar cuenta de las representaciones y el modo en que operan las significaciones deducidas de esta práctica informal en la vida cotidiana de los prestadores del servicio alternativo y los usuarios del mismo.

Así el concepto de salud que se abordará desde la teoría de la representación social entendida como indicador del funcionamiento social dará cuenta de las creencias, opiniones, conocimiento popular y actitudes de los prestadores y usuarios de terapias energéticas quienes actúan, orientan y toman decisiones frente a los hábitos propagados y asimilados por la medicina energética para el cuidado de la salud individual.

La salud mediada por la subjetiva social del individuo se caracteriza por formas de valoración y organización de expectativas respecto al cuidado del cuerpo, elaborando de esta manera marcos de referencia social que permiten integrar y adaptar al proceso cognitivo del sujeto premisas de cuidado del cuerpo, el cual “no existe en el estado natural, siempre está inserto en la trama del sentido” (Le breton, 2002) por lo que el cuidado de la corporeidad debe comprenderse en función de su estructura simbólica.

Estudiar las condiciones, factores y motivaciones en las que los pacientes acceden al mercado de la medicina energética en los cinco consultorios en la ciudad de Bogotá, permitirá recopilar información acerca de la operación de dicho servicio de salud individual, con vistas a concientizar al colectivo social sobre prácticas de consumo que trascienden el espacio de consultorio médico, la clínica u hospital y que han sido determinantes en el momento de cuestionar y repensar creencias científicas que invisibilizan un mundo impalpable pero latente en nuestra cotidianidad. De otra manera sin ser idealista, también se visibilizarán las prácticas que se hacen pasar por medicina energética presentándose como estrategias comerciales de personas inescrupulosas para acumular un monto de capital económico basado en engaños.

4. Pregunta problema

¿Cuáles son las RS sobre el **cuidado de la salud** que emergen de las experiencias de oferentes y asistentes a tratamientos de medicina energética en algunos consultorios de Bogotá?

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Comprender las R.S sobre el **cuidado de la salud** que emergen de las experiencias de oferentes y asistentes a tratamientos de medicina energética en algunos consultorios de Bogotá.

5.2. Objetivos específico

- **Describir** desde la visión de los oferentes las prácticas curativas y la constitución de los sistemas expertos que fundamentan el ejercicio de las terapias energéticas.
- **Identificar** las discontinuidades o transformaciones de los elementos constitutivos del modelo medico hegemónico a partir de la exposición de las concepciones de cuidados de la salud que emanan de las terapias energéticas.
- **Elaborar** la representación social de las terapias energéticas contrastándola con la propuesta teórica de la sociología sanitaria.

6. Marco teórico

Los planteamientos conceptuales que se adoptan en la presente investigación se inscriben en el paradigma comprensivo-hermenéutico del cual se desprende la dimensión intersubjetiva

de la sociología fenomenológica que acuña como objeto de estudio la construcción del significado de la realidad social a partir de la experiencia del individuo en el interior de un entramado de relaciones sociales.

De esta manera se busca analizar la particularidad del mercado emergente de la medicina energética en la ciudad de Bogotá a partir del análisis de una realidad atípica que engloba un conjunto de acciones para la promoción de la salud alejadas de cualquier explicación racional y asumidas por los practicantes u oferentes del servicio de la medicina energética, personas que a su vez decide integrar esta práctica de cuidado de la salud a su cotidianidad.

La relación entre médico-paciente abarca los planteamientos sugeridos por la teoría del interaccionismo simbólico teniendo en cuenta que las experiencias de cada uno de los pacientes crean al mismo tiempo canales de comunicación para divulgar la información relativa a los tratamientos energéticos, considerando el concepto de significación social que se deslinda de la observación social de dicha práctica.

Además, es necesario abordar la categoría de salud en contraste con dos fenómenos que emanan de ella y que han sido investigados tanto por la sociología y la antropología social como por la psicología y la etnopsicología.

La sociología comprensiva heredada de Simmel ha enfocado la investigación en comprender la dinámica de las micro-estructuras condicionadas a una serie de reglas, creencias, prácticas o valores sociales subyacentes a un sistema de organización social más complejo. Lo anterior da lugar al estudio de la vida cotidiana de los individuos inmersos en esa red de relaciones con el fin de entender las razones o las motivaciones de la acción social dotada de sentido para acceder a los tratamientos de la medicina energética.

Para efectos del presente estudio analizar las razones que llevan a los individuos a adoptar un tipo de práctica atípica -desde el punto de vista occidental de la medicina alopática- en su estilo de cuidar la salud da lugar para que se traten temas como el de los procesos de salud-enfermedad, la medicalización de la vida, la biopolítica del cuerpo o los desarrollos de la bioética reunidos en el campo de la teoría social de la salud.

Lo descrito anteriormente permite sentar las bases para la construcción de las representaciones sociales en torno a los cuidados de salud propuestos por la medicina energética, entendidas estas como los conocimientos específicos y los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1986) seleccionando los condicionantes necesarios según el interés del investigador para la elaboración de dichas representaciones ya sea el contexto, el género, la edad, las fuentes de información de los pacientes, la relación establecida con los doctores de la medicina energética, entre otros factores que expliquen a profundidad el dinamismo del fenómeno en cuestión.

Para desarrollar la investigación de las prácticas de cuidado de salud referentes de la medicina energética en el marco de la teoría de las representaciones sociales se considera necesario revisar la transición que esta categoría conceptual y metodológica ha sufrido desde lo

propuesto por Durkheim (1987) quien acuñó en primera instancia el término de representación para designar los constructos o “producciones mentales sociales” mentales que se comparten por medio de una consciencia colectiva regida por una fuerza normativa que condiciona las acciones de los sujetos en el mundo social.

Mediante el proceso de comunicación que fundamenta el pensamiento social, las explicaciones que las personas extraen de su mundo los ayuda a entender, conocer y construir su realidad. Bajo esta lógica, la representación social sintetiza un tipo de conocimiento específico en función del cual la gente se comunica, actúa y organiza su vida cotidiana, lo que Moscovici (1973) definiría como la función simbólica de la R.S a través de la cual se dota a los miembros de la comunidad de un código para nombrar y clasificar los aspectos del mundo que habitan.

Este código expresa una forma de conocimiento social que incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que no solo guían la acción del sujeto, también le organizan su realidad y le permiten comunicarse en sus relaciones interindividuales- proceso de filtro interno de información- e intrapersonales – pensamiento de naturaleza interactiva y culturalmente situado- desligándose de allí, el concepto de sentido común entendido como una forma de percibir, razonar y actuar (Reid 1998, citado por Araya 2002) otorgándole a la persona la capacidad para tomar una posición ante los diversos objetos sociales que se le presentan.

Como guía de acción y marco de lectura de la realidad las RS son sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales (Araya, 2002) aproximación que constituye un esquema teórico heurístico para profundizar en las concepciones, ideas, pensamientos motivaciones y actitudes adoptadas de los pacientes que por algunos años han recurrido a los tratamientos ofrecidos por la medicina energética en cuestión.

Al asumir una postura socioconstructivista para elaborar las representaciones que va más allá del interaccionismo simbólico, se nota mayor interés en el aspecto constituyente de las representaciones que en el aspecto constituido, destacando la actividad de reinterpretación continua que emerge del proceso de construcción de la representación, lo cual lleva a considerar el espacio de interacción médico-paciente como el objeto de estudio a partir del cual se identifican los elementos que constituyen el nodo central.

El nodo o núcleo central es entendido como el sistema que da significado a las creencias, prácticas y al modo en que opera la medicina energética, ligado a eventos históricos e ideológicos que le dan sentido a las terapias alternativas de cada uno de los consultorios, siendo estos factores sociales condiciones sine qua non es posible captar la estabilidad, rigidez y continuidad de la representación y en este caso particular de la continuidad en el tiempo en el que se han utilizado los tratamientos energéticos.

Al conocer, desentrañar y cuestionar el nodo central de la representación social de los cuidados de la salud derivada del modelo biomédico de atención, se da un primer paso para el estudio del reconocimiento social y la articulación de prácticas alternativas para tratar la

salud individual a partir del entendimiento de la dinámica de las interacciones sociales producidas en el interior de un campo de conocimiento con principios metafísicos que ofrece otro tipo de explicación o representación frente a los determinantes ligados al proceso salud-enfermedad.

Estas interacciones desde la condición inherente a los estudios de las R.S deben ser analizadas en razón a las actividades producidas por un contexto específico, en la medida en que se busca “detectar la ideología, las normas y los valores de personas e instituciones y los grupos de pertenencia y referencia.” (Araya, 2002: 12) aspectos centrales que permiten identificar el surgimiento de prácticas alternativas para el cuidado de la salud.

Siguiendo la premisa de Ibañez que sugiere que la R.S no puede pensarse como una abstracción desconectada de una estructura social concreta (1994), se establece que el estudio de la R.S de los cuidados de la salud alrededor del saber de la medicina energética en mención se debe contrastar con los diversos condicionantes y determinantes sociales que tradicionalmente han explicado con bases científicas la producción de la salud y la enfermedad, abordando de igual manera las concepciones y las prácticas que orientan la experiencia y los hábitos de vida de los grupos de pacientes frente al cuidado de su salud.

En lo relativo a las condiciones en las que se acepta la formación de una R.S, Moscovici (1986) afirma que el objeto que se pretende dilucidar debe poseer un carácter social mediado por las relaciones entre sujetos que elaboran un pensamiento compartido en relación con un objeto significativo y significativo para la reproducción de la vida social; en lo que concierne a este estudio, los cuidados de la salud que subyacen del corpus de conocimiento de la medicina energética son el objeto a representar en la medida en que:

1-Supone un cambio en la concepción del mundo y del ser humano en términos de agenciar la salud individual a través de modelos alternativos al científico, 2- hipotéticamente se plantea que existe un desarrollo de procesos mentales que conllevan el surgimiento de prácticas contrahegemónicas que modifican las percepciones y las prácticas derivadas de un modelo de salud hegemónico; 3- la emergencia de estas prácticas alternativas se relaciona con los procesos de medicalización y control social que existe sobre el cuerpo por parte de instituciones médicas o clínicas; y 4- se parte de identificar un fenómeno presente en los consultorios de dicha medicina energética que desde la cosmovisión que propaga, afecta sustancialmente los procesos básicos de comunicación, interacción y visión sobre el mundo, sobre sí mismo y sobre los demás.

Aunado a estas características que supeditan la construcción de la R.S de los cuidados de la salud que emergen de la medicina energética, Moscovici (1986) tiene en cuenta tres condiciones necesarias para constituir la representación, a saber: que exista una dispersión de la información sobre el objeto a representar; que los sujetos no tengan claridad sobre los diversos aspectos que dinamizan el objeto a representar y por lo tanto no exista una visión global del fenómeno; finalmente, que el proceso inferencial en el que se contrastan el saber del sujeto sobre el objeto y el pensamiento dominante del grupo sobre el mismo, permita la estabilidad del conocimiento que posee el grupo, el cual no solo orienta la acción, también

desarrolla discursos coherentes con el objeto a representar y el saber compartido intraindividualmente.

Al contrastar las condiciones propuestas por Moscovici para elaborar la representación alrededor del uso de la medicina energética se debe tener en cuenta que: existe una dispersión de la información frente a los tratamientos energéticos que imposibilitan definir detalladamente las prácticas que fundamentan las intervenciones en la salud individual por medio de la energía; además, la latencia de intereses disimiles en el interior del grupo por darle relevancia a ciertos aspectos de los tratamientos ignorando otros que también estructuran las prácticas y las dinámicas tanto de los oferentes como de los pacientes del servicio energético no permite tener una visión global del fenómeno; por último, la influencia de la significación social y la producción de discursos alrededor de la práctica energética permite la estabilidad o perdurabilidad en el tiempo de los conocimientos que la sustentan, corroborando ello en el desarrollo de conductas y discursos coherentes con la cosmovisión del objeto a representar.

Luego de que Moscovici propusiera que las RS son guías para la acción, un número considerable de investigadores intentaron verificar experimentalmente esa característica de la representación, encontrando la labor activa y heurística que cumple la representación en el proceso de comprensión de la interacción social.

La dificultad estriba en que los métodos utilizados para comprobar esta parte esencial de la representación se asociaron a estudios ahistóricos y no dinámicos, es decir, situados en un laboratorio social bajo el manejo de variables de control que excluían de su análisis determinantes sociales sobre la representación que influían en la elaboración de la misma, como el contexto social que la condiciona con normatividades legales y valores culturales o las relaciones de poder y dominación en las que se enmarca la interacción (Abric, 2001).

Así las cosas, según el psicoanalista francés Jean Claude Abric el interrogante no resuelto hasta este punto era: “¿qué papel juegan – las representaciones- en la elaboración de prácticas sociales efectivas, es decir en los sistemas complejos de acción socialmente investidos y sometidos a desafíos social e históricamente determinados (2001: 09) subrayando de este modo la necesidad de relacionar la representación construida con los diferentes sistemas constituyentes del entorno social como lo es el ideológico, el cognitivo, el social y socioeconómico, el material y el tecnológico.

Siendo la RS un conjunto sociocognitivo de saberes, organizados de forma específica y regidos por reglas propias de funcionamiento (Abric, 2001), en el presente estudio se hace un esfuerzo por describir los mecanismos de funcionamiento, la génesis y las transformaciones de la representación alrededor de los cuidados de la salud que emergen de la adscripción o uso esporádico-no convencional de los tratamientos ofrecidos por tres consultorios que tienen como base de acción para la atención primaria de salud los saberes inherentes a un campo específico de la medicina energética.

En la medida en que la organización interna de la representación sea identificada a partir del sentido que los pacientes le otorgan a la acción de cuidar activamente su salud por medio de

la medicina energética, se podrán comprender los mecanismos de intervención de la representación en las prácticas sociales de atención primaria en salud, es decir, al identificar la visión del mundo que los individuos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar posición es posible entender la dinámica de las interacciones sociales, describiendo de manera simultánea los determinantes de las prácticas sociales.

En reemplazo de los planteamientos legados por el behaviorismo que dissociaba la relación entre pensamiento y lenguaje, reduciendo el pensamiento a una forma de actividad muscular, como lo afirmaba Watson: un lenguaje “sin movimiento de músculos”; surge en el escenario académico la noción de representación que controvertía esta posición anticientífica proponiendo que el sujeto y su mundo interior era indisociable del objeto o el mundo exterior.

Como lo afirma Jesus Ibañez, observar el mundo desde lo que el mundo nos ofrece para que lo observemos, es una de las paradojas de la prueba empírica en el acto de investigar. Esta paradoja forjó en la conciencia colectiva una creencia alrededor de la cual la ciencia social construía la realidad del mundo desde un punto marginal de la verdadera realidad, es decir, se construye una representación objetiva del mundo desde fuera. (1991)

Construir el mundo desde fuera o comprender la acción del sujeto bajo el marco de estímulo y respuesta no es posible, por lo cual se acepta que el sujeto no solo influye en el objeto desde el presupuesto de la reflexividad, sino que se añade el hecho de que: “el estatuto ontológico del objeto se encuentra determinado por la acción investigadora del sujeto” (Ibañez, 1991) presupuesto que presenta a la verdad como una construcción y no como un elemento a descubrir, lo cual le transfiere al estudio de la verdad una cualidad de constancia re-interpretativa que permitiría construir verdades cada vez más complejas en un proceso inacabable de indagación.

En este proceso reflexivo o de reinterpretación de las verdades ya establecidas lo que queda claro es que existe un objeto supeditado a un marco de referencia individual o grupal que se encuentra regido por normas y valores tanto sociales como culturales que además de promover comportamientos y actitudes, está sujeto a la dinámica de cambios en el tiempo; es el caso de la concepción de la salud que en principio se afianzó como la búsqueda de la enfermedad en el soma, verdad que cambio sus marcos de referencia con el desarrollo de las concepciones psíquicas, preventivas y político-legales fruto del estudio del proceso salud-enfermedad en diferentes etapas de la historia del siglo XIX y XX, como se explicó en el planteamiento del problema.

Al expresar una opinión, se constituye hasta cierto punto el objeto, el cual en la interacción intersubjetiva al momento de reconstruirlo resulta consistente con un sistema representacional compartido, proporcionándole de este modo el carácter social a la representación vislumbrando como lo corrobora Abric que “toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo e integrada en su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le

circunda” (2001: 06) siendo la representación una forma de visión global y unitaria de un objeto, pero también de un sujeto .

La representación al ser elaborada socialmente y compartida con un objetivo práctico (Jodelet, 1989) le permite al sujeto conferir sentido a sus acciones, tomar una posición en la estructura y entender la realidad mediante los constructos influenciados socialmente pero elaborados individualmente a través de la actividad mental que posibilita reconstituir la realidad atribuyéndole una significación específica, es decir, “la representación no es un simple reflejo de la realidad, sino una organización significativa” sujeta a factores circunstanciales como el contexto inmediato de la acción y factores generales como el contexto social e ideológico (Abric. 1987).

Así las cosas, la representación además de funcionar como un sistema de interpretación de la realidad que determina el modo en que un individuo se relaciona con su entorno físico y el mundo social, opera también según Abric como “un sistema de pre-descodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas” (2001: 10).

En este sentido se puede prever que los pacientes que hacen uso de la medicina energética han construido por experiencia propia un conjunto de conocimientos o saberes de sentido común que orientan la acción de cuidar su salud por medios no convencionales y marginales frente a los servicios ofrecidos por la medicina alopática; (comportamiento de) promoción de la salud que al prologarse en el tiempo por el éxito de los tratamientos energéticos reacios de comprobación científica, configura una estructura de expectativas expresadas en las motivaciones de los pacientes para volver a acudir al servicio energético reemplazando o complementando las prácticas de cuidado divulgadas o promovidas por el modelo de salud hegemónico.

Entendido este dechado como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde finales del siglo XVIII estableció la subalternidad de las prácticas curativas reconocidas por la cultura particular de los grupos sociales (Menendez, 1990) es posible comprender el proceso de sujeción respecto al cuidado de la salud individual al que fueron sometidos los individuos incentivándolos a identificar una forma única de atender la enfermedad legitimada tanto por el Estado como por las comunidades científicas que trabajaban en el campo de la medicina.

Aunque se abordará a profundidad esta categoría de modelo médico hegemónico, se resalta en este punto de discusión las condiciones históricas en las que el modelo ha operado estableciendo y promulgando una representación social dominante alrededor de la deontología de cuidar la salud individual soportada en los avances de la ciencia como lo fue la producción en masa de fármacos o la invención de herramientas que además de optimizar la función profesional del médico, la tecnificación de su ejercicio laboral le otorgaba un reconocimiento social privilegiado en la medida en que era el único instruido y capacitado

para atender la enfermedad, induciendo implícitamente a que las personas con afecciones en su salud desarrollaran una racionalidad científica para creer en el campo de la medicina alopática, referenciando las demás prácticas curativas en un marco de irracionalidad.

Aparte de la relación que se establece entre el prestador del servicio alternativo y los pacientes que acuden y hacen uso de este servicio, se aclara que los individuos exteriores al grupo de pacientes también son mediadores del proceso de construcción del conocimiento sobre el modo en que funciona la medicina energética ya que, la relación de sujetos externos con el objeto de estudio -sea social, imaginario o real- identifica y comprende los significados sobre el cuidado de la salud, asumiendo que el conocimiento como fenómeno complejo se genera en circunstancias y dinámicas de diversa índole y su elaboración esta multideterminada por una serie de relaciones sociales y culturales.

Estas relaciones le dan sustento a la significación como componente fundamental de la representación, la cual como lo argumenta Abric (2001) está determinada por efectos de un *contexto discursivo* que centra su atención en la naturaleza de las condiciones de producción del discurso desde el cual se formulan o se descubren las representaciones y por influencia de un *contexto social* que en parte se centra en los aspectos ideológicos pero también en la posición que ocupa el individuo o el grupo dentro del sistema social en donde los elementos de una representación pueden ser o no activados en un contexto dado. Al tener en cuenta los efectos del contexto sobre la representación es posible descubrir el principio organizador de la misma ocultado por la imposición de un contexto particular, reflejado ello en el modelo de atención biomédico dominante en los cuidados de salud individual.

El principio ordenador de las representaciones está compuesto por un conjunto de informaciones, creencias y actitudes del objeto a representar, elementos que se abstraen luego de la identificación del contenido y la estructura en la que opera el fenómeno en análisis, en la medida en que los diversos factores que constituyen la representación al estar jerarquizados determinan la significación y el lugar que ocupa el objeto de estudio en el sistema representacional.

Si se concibe la representación como un conjunto organizado siguiendo la propuesta de Abric (1976), se infiere que su organización interna se presenta como particular y específica en cuanto sus elementos no solo están jerarquizados para volverla dinámica, simultáneamente la significación de la representación esta mediada por un núcleo central.

La tendencia de las personas de asociar la vivencia de su entorno con un núcleo de información unitario con organización interna cerrada, se asemeja a la lógica estructural del proceso de construcción de sentido en vista de que dichos núcleos conforman el pensamiento social del cual es posible abstraer un orden y un entendimiento de la experiencia de los individuos, quienes en clave de las funciones del núcleo central conocen la realidad, definen su identidad, orientan su acción y justifican sus posturas y comportamientos (Abric, 2001)

La organización centralizada de un conjunto de información, posibilita identificar el papel que cumplen los factores o rasgos unívocos de la representación que incrustados en jerarquías de relevancia generan la naturaleza de la percepción social; en el caso del análisis de la representación de la medicina energética el rasgo que concierne posicionar en la centralidad del estudio del objeto es el modo en que opera esta para propender por el cuidado de la salud individual, desprendiéndose de allí una serie de modalidades y métodos particulares que se significan desde la cosmovisión del tratamiento energético en cuestión, en oposición a maneras convencionales o tradicionales de agenciar la salud otorgándole a una de estas formas alternativas de tratar la enfermedad una significación mayor respecto a las derivadas de modelos de atención como el biomédico.

La acción de los individuos de retener de manera selectiva la información circulante en la sociedad, es uno de los primeros pasos según Moscovici (1961) para elaborar la representación configurando un saber sobre el objeto que se desea representar. Este proceso también se conoce como objetivación, caracterizado por la transformación de conceptos abstractos o ideas extrañas en experiencias y materializaciones concretas; sin embargo la propuesta de Abric considera el núcleo central como el elemento central de la representación constituida, el cual “ puede, de algún modo, ir más allá del simple marco de objeto de la representación para encontrar directamente su origen en valores que lo superan, y que no necesitan aspectos figurativos, esquematización, ni concreción.” (2001).

Como fundamento estable para construir la representación, el núcleo es simple, concreto, gráfico y coherente (Abric, 2001) velando porque exista una correspondencia con el sistema de valores que inciden en las decisiones del actuar individual, es decir, el núcleo se encuentra permeado por la cultura y las normas del entorno social proporcionando un marco de categorización e interpretación de la información recibida por los sujetos y garantizando en este sentido una *función generadora* referida al elemento mediante el que se crea o se transforma la significación de las particularidades que definen el objeto a representar, es decir, la toma de sentido y valor del fenómeno y una *función organizadora* en cuanto el núcleo estructurante determina la naturaleza de los lazos que unen los elementos constitutivos de la representación, operando como un factor unificador y estabilizador de esta.

Identificar el núcleo central permite el estudio comparativo de las representaciones, teniendo como precedente que dos representaciones deben estar organizadas alrededor de dos núcleos figurativos distintos para que sean diferentes, no basta con la simple descripción del contenido del objeto para reconocerla y especificarla. En lo concerniente a este trabajo, se exponen dos representaciones de la medicina definidas por un mismo contenido si bien, ambos contenidos activos encaminados en buscar el estado completo de bienestar físico, social y psicológico su organización y la centralidad de ciertos elementos denotan representaciones totalmente divergentes respecto al modelo de atención y los cuidados de la salud individual.

Se optara por hacer uso de las dos dimensiones que emergen del núcleo central según Abric (1987) para esclarecer en primer lugar -según la naturaleza del objeto- desde la *dimensión funcional* los principios de realidad que le otorgan sentido a la finalidad operatoria de la medicina energética, resaltando los elementos más relevantes para la realización de la tarea de incidir en la salud de los pacientes que acuden a esta terapia alternativa; por otro lado la *dimensión normativa* -según la finalidad del objeto a representar- será utilizada para abarcar las dimensiones socioafectivas, sociales e ideológicas que posibilitan analizar la motivación de los pacientes para decidir acceder a un tratamiento energético que desafía normas o convenciones sociales respaldadas por la investigación científica, que crea estereotipos frente a prácticas metafísicas y que genera actitudes nuevas para agenciar los cuidados de la salud individual.

Conforme a lo expuesto en la dimensión normativa, el presente estudio constituye el núcleo central de la representación de los cuidados de la salud fuera del objeto en sí, referido este objeto a los tratamientos derivados de la medicina energética, de manera que el núcleo figurativo -las prácticas de cuidados de la salud- se ubica en una representación general -la medicina energética- en la que este ya está integrado. Dilucidando así, el estudio de un tipo de representación no autónoma.

Alrededor del núcleo central se organizan una serie de elementos periféricos de la representación, en estrecha relación con el núcleo; en suma, estos elementos son la parte esencial de los contenidos de la representación en la medida en que abarcan las informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas respecto a las terapias alternativas de la medicina energética presente en un entorno ciudadano, reconociendo así los juicios, los estereotipos y las creencias formulados sobre los cuidados de la salud inherentes a la medicina mencionada.

El sistema periférico al ser el lado más accesible, vivo y concreto de la representación posee elementos jerarquizados en clave de la significación de la representación, es decir, algunos factores próximos al núcleo estructurante desempeñan un papel en la concreción del significado de los cuidados de salud energéticos; los factores distantes del núcleo ilustran, aclaran y justifican esta significación (Abric, 2001) respondiendo así a tres funciones esclarecidas en seguida, en relación al objeto que se pretende representar en este trabajo.

La *función de concreción* dependiente del contexto resulta del proceso de anclaje de la representación en la realidad, integrando las condiciones en las que se forja la representación y denotando la experiencia del sujeto; en relación con el uso de los tratamientos de la medicina energética se refleja esta función en la integración cognoscitiva de los principios de realidad -desligados de la medicina energética- al pensamiento social de cada grupo de pacientes que acuden a los consultorios, revistiendo la representación en términos concretos, comprensibles y de fácil difusión.

La adaptación de los cuidados de salud alternativos a las evoluciones contextuales de los modelos de atención médicos refleja la *función de regulación* de los elementos periféricos, en el sentido en que existen elementos susceptibles de poner en duda los fundamentos de la representación que pueden ser integrados en el análisis ya sea otorgándoles un estatuto menor, sea reinterpretándolos en el sentido de la significación central, o concediéndoles un carácter de excepción, de condicionalidad (Abric, 2001).

Por último, la *función de defensa* alude a las posibilidades y condiciones en las que cambie el sentido de la representación, reevaluación del núcleo central que solo es posible mediante la transformación de sus elementos periféricos en cuanto se evidencie un cambio de ponderación, interpretaciones nuevas, deformaciones funcionales defensivas, integración condicional de elementos contradictorios (Abric, 2001) vislumbrado ello, por ejemplo, en la reinterpretación de agenciar la salud -propuesta por la cosmovisión de la medicina energética- lejos de tratamientos biomédicos que induzcan la dependencia de los pacientes a fármacos en vista de la contradicción y los efectos contraproducentes que conlleva la medicalización de los cuidados de la salud individual.

La idea de los elementos periféricos converge con las diferentes prácticas de cuidado de la salud que asumen los pacientes en su cotidianidad al ser estas derivadas y sugeridas por la medicina energética; de manera que se conceptualiza la práctica como "la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática". (Rosenstock, Harris y Col, 1965, Pp.36-38); conviene subrayar de esta definición la finalidad que tienen las personas en el proceso salud-enfermedad para mantener en función de sus intereses y expectativas su bienestar físico y emocional, a través de la reinterpretación constante de los elementos periféricos de la representación de un modelo de salud convencional o alternativo.

7. Metodología

La metodología que se adoptará en la presente investigación se inscribe en el paradigma comprensivo-hermenéutico del cual se desprende la dimensión intersubjetiva de la sociología fenomenológica que acuña como objeto de estudio la construcción del significado de la realidad social a partir de la experiencia del individuo en el interior de un entramado de relaciones sociales.

Se optará por utilizar la metodología de estudio de caso que según Stake (1994) tienen como característica básica abordar de forma intensiva una unidad, en este caso dicha unidad se asocia al grupo de terapeutas o prestadores del servicio de medicina energética quienes poseen desde su experiencia de vida los conocimientos de los principios de realidad y de funcionamiento inherentes a los tratamientos energéticos y al grupo de pacientes que con la asistencia a los tratamientos terminan por legitimar el saber poseído por los terapeutas.

Se resalta además que según Merriam (1998) y Stake (1994) existen cuatro tipos de estudios de caso tales como: el estudio de caso "típico", el estudio de caso "diferente", el estudio de

caso “teórico” y el estudio de caso “atípicos”, acuñando en función de lo mencionado con anterioridad este último, el cual consiste en analizar a “personas con alguna característica peculiar que los hace diferentes de los demás, pueden tener algún trastorno o habilidad excepcional, pueden ser personas que están o han estado expuestas a situaciones especiales” (Muñiz, 2012) con el fin de construir el núcleo central de la medicina a partir de la recolección de datos de cada uno de los consultorios que practican un tipo de medicina alejada de los imperativos científicos del modelo biomédico de atención de la salud.

El estudio se diseña bajo la dimensión transeccional de la investigación sociológica indagando y evaluando durante el primer semestre del año 2019 el fenómeno de la medicina energética en un contexto ciudadano, además de describir y categorizar las prácticas, creencias y actitudes tanto de practicantes de la medicina energética como de los usuarios que hacen uso de esta para el cuidado de su salud.

El estudio se enmarca en un enfoque metodológico mixto en vista de que se realizaran entrevistas semi-estructuradas y a profundidad para sustentar la elaboración del núcleo figurativo y el sistema periférico que fundamenta la representación de los cuidados de salud propagados por la medicina energética, dando lugar a analizar estos datos de forma cuantitativa en el momento de hacer una comparación de la información obtenida tanto de prestadores del servicio como de usuarios del mismo entre los diferentes consultorios.

Las técnicas de recolección de datos propuestas se ajustan al proceso de investigación que conlleva un vínculo dialógico sujeto-sujeto, superando el debate planteado hace unos años en las ciencias sociales respecto a la presunción de objetividad y externalidad que debía poseer el sujeto que investiga frente al fenómeno u objeto investigado.

Elaborar los diferentes elementos que componen la representación social de las prácticas de cuidado de la salud es un proceso mediado por las experiencias vividas, la transmisión intergeneracional de la información y los modos de comunicación, constituyendo de este modo representaciones fragmentadas, yuxtapuestas y hasta contrapuestas en función de la posición desigual que cada persona ocupa en la estructura social (Weisz, 2014).

En este punto se hace la claridad de que la representación social conlleva un nivel de generalización menor que el imaginario social en la medida en que se representa un objeto o una acción individual, mientras que el imaginario refiere a visiones más generales sobre el mundo desde las cuales la representación cobra sentido.

En consecuencia, el estudio de las representaciones sociales exige utilizar métodos que busquen identificar y hacer emerger los elementos constitutivos de la representación, además, de conocer la organización de esos elementos para darle sentido al núcleo figurativo; herramientas que deben ser elegidas para recabar tanto el contenido como la organización de la representación de los cuidados de la salud derivada de la experiencia de pacientes que asisten a consultorios de medicina energética.

Como lo afirma Abric (2001) un aproximación multi-metodológica de la representación se organiza en tres fases de estudio complementarias entre sí; la primera de ellas alude a los

métodos usados para la recolección del contenido de una representación, calificando a uno de *interrogativo* que consiste en recoger la expresión de los pacientes sobre los cuidados de la salud energéticos; el otro método conocido como *asociativo* aunque reposa también sobre una expresión verbal, esta surge de manera espontánea y menos controlada, destacando un tinte de autenticidad.

La entrevista como técnica traducida en la producción de un discurso se caracteriza por aspectos que dificultan el análisis de los resultados ya que, la utilización de mecanismos psicológicos, cognitivos y sociales vuelven problemáticos la fiabilidad y la validez de los mismos, en el sentido en que las características de la situación de la enunciación determina una producción discursiva que no permite distinguir lo que se sujeta al contexto respecto a la opinión o actitud asumida por el locutor, en donde los métodos de análisis de contenido no logran superar el sesgo analítico de la lectura del analista a partir de los datos obtenidos.

Lo anterior no es señal para ignorar la función de la entrevista en el presente estudio en vista de que se aplicaron entrevistas a profundidad y semiestructuradas tanto a prestadores del servicio alternativo energético como a los usuarios de este, lo que se destaca es la necesidad de asociar las entrevistas a otras técnicas, con objeto de controlar, recortar o profundizar las informaciones recolectadas.

Como se ha venido exponiendo el presente estudio se delimito a recabar la información de cinco consultorios que prestan el servicio de terapias energéticas en la ciudad de Bogotá durante el segundo periodo del año 2019. Los consultorios en cuestión ofrecen terapias de imposición de manos, acupuntura, aromaterapia, sintergetica, reflexología, y ThetaHealing.

El acceso a los terapeutas estuvo mediado por la búsqueda realizada en Google a partir del termino inductor “medicinas energéticas en Bogotá”, en donde los resultados arrojados permitieron recolectar información de algunos terapeutas que luego serían contactados con la finalidad de incentivarlos a que participaran en la investigación, cinco de ellos aceptaron la propuesta y decidieron compartir su experiencia referida a la prestación del servicio alternativo, su proceso de formación y su concepción sobre el sistema de salud actual.

La información suministrada por terapeutas y pacientes se analizó a través de la sistematización de los datos en matrices de análisis que permitieran comparar las concepciones fundamentales de las unidades de análisis para así explorar la manera en que las actitudes de los terapeutas y pacientes de los consultorios energéticos conforman y les dan sentido a las funciones de la representación social, ex profeso de que esta cumple un papel crucial en la definición de prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales.

Desde la entrevista entonces, se tiene acceso como ya se dijo al contenido de la representación pero no a su organización ni a su estructura interna, para ello, utilizar la aproximación biográfica además de corroborar el contenido de la representación recabado en la entrevista, permite referirlo directamente a su contexto estudiando sus relaciones con las prácticas sociales del grupo.

Este tratamiento de los datos se ajusta en el presente estudio a los trabajos de análisis llevados a cabo por Grize, Verges y Silem (1987) quienes en un primer momento proponen situar y analizar el sistema de categorías utilizado por los sujetos para delimitar el contenido mismo de la representación, para luego extraer los elementos organizadores de ese contenido utilizando así tres indicadores de recolección de datos: la frecuencia del ítem en lo expresado por la población de estudio, su rango de aparición en la asociación y la importancia del ítem para cada sujeto.

En el caso que nos ocupa se medirá la frecuencia con que los terapeutas y pacientes utilizan palabras como equilibrio de energía, o cambio de hábitos espirituales para comprender los conceptos que asocian con los cuidados de la salud luego de usar la medicina energética, identificando en seguida el rango de aparición de la asociación -definido por el rango medio calculado sobre el conjunto de la población- y finalmente pidiendo a los pacientes que designen los dos términos que mayor relevancia tienen en el momento de escoger un tratamiento para agenciar los cuidados de la salud.

La frecuencia y el rango constituyen un indicador para conocer la centralidad de los elementos que dinamizan la organización de la representación, en donde el campo semántico de los cuidados de la salud puede ser analizado de forma descriptiva y comparativa, comparación de los campos semánticos producidos por dos poblaciones diferentes o por la misma en dos momentos diferentes.

De esta manera para identificar la *función de saber* que cumple la representación se les solicitó tanto a terapeutas como a los pacientes narrar el proceso de acceso a la medicina energética, para así identificar el modo en que adquirieron conocimientos sobre un tratamiento alternativo y los factores influyente en la toma de decisión de integrarlo a sus cuidados de salud, develando los valores a los que se adhieren y los medios a través de los cuales estos valores se propagan, para conocer así las condiciones en las que se produce el intercambio social, la transmisión intergeneracional y la difusión de ese saber.

La *función identitaria* de la representación que sitúa a los individuos y a los grupos en el campo social se rastreará en las características implícitas que definen la identidad social y personal de los grupos de pacientes de los consultorios de medicina energética seleccionados. Estas características podrán ser descritas mediante el análisis de las opiniones y consideraciones de los terapeutas respecto a las interacciones que establecen con los pacientes del servicio, lo cual posibilita analizar -en caso de estar presente una identidad grupal- la emergencia de relaciones de dominación y control social que se ejercen por la colectividad sobre cada uno de los pacientes al cuestionar si estas relaciones inciden particularmente en sus procesos de socialización.

Al considerar la representación como una guía para la acción, resulta conveniente buscar en la comprensión de las acciones de las personas, su motivación para formarse y acceder a tratamientos de salud alejados del reconocimiento científico, para este fin, el estudio de la orientación de las conductas influidas por la representación de la medicina energética resulta de tres factores esenciales. El primero indica que la representación interviene en *la definición de la finalidad de la situación* en un escenario en el que se efectúa una tarea, que para este

caso en particular se refleja en el ejercicio de agenciar la salud individual; bajo este presupuesto se describirán los determinantes que llevan al paciente a acceder a una terapia alternativa.

El *sistema de anticipaciones y expectativas* al ser un proceso de selección y filtro de las informaciones se rastreará a partir de la experiencia de vida del terapeuta y del paciente dentro del modelo de atención biomédico, evaluando las razones que lo incitaron a recurrir al modelo de atención alternativo energético, generando un nuevo esquema de expectativas para el cuidado de la salud que les llevara a complementar o reemplazar algunos de los modelos de atención.

El último proceso de orientación de las conductas refiere al análisis de la representación prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas, interrogando a los pacientes para hallar dichos principios prescriptivos sobre lo que ellos conciben como lícito, tolerable e inaceptable en el proceso de cuidar la salud individual en el interior de un contexto racionalizado por la ciencia.

Finalmente, la última tarea esgrimida por la representación social es la *función justificadora*, la cual le da sentido a la acción a posteriori de ser ejecutada permitiendo a los pacientes explicar y justificar las razones que los llevaron a sustituir el modelo de atención de salud convencional; estudiando desde otra arista la relación sucinta entre representaciones y prácticas, relación que constituye y dinamiza el sistema periférico de la representación en cuanto esta persiste o refuerza la posición social adoptada por los terapeutas y el grupo de pacientes cumpliendo con la tarea de perpetuar y justificar la diferenciación social respecto a otras prácticas de cuidado de la salud.

Objetivo general	Objetivo específicos	Categorías de análisis iniciales	Método	Técnicas
Comprender las R.S sobre el cuidado de la salud que emergen de las experiencias de oferentes y asistentes a tratamientos de medicina energética en cinco consultorios de Bogotá.	1: Describir desde la visión de los oferentes las prácticas curativas y la constitución de los sistemas expertos que fundamentan el ejercicio de las terapias energéticas.	Núcleo central Creencias Prácticas Sentido común Principios de funcionamiento Comportamiento de Salud FUNCIONES SABER FUNCIONES IDENTITARIAS Objetivación	Cualitativo	Entrevistas semi-estructuradas dirigida a pacientes Entrevista a profundidad dirigida a los doctores.
	2: Identificar las discontinuidades o transformaciones de los elementos constitutivos	Actitudes Experiencias Vida cotidiana Ideología Sistema periférico	Cualitativo	Entrevistas semi-estructuradas dirigidas a pacientes

	del modelo medico hegemónico a partir de la exposición de las concepciones de cuidados de la salud que emanan de las terapias energéticas.	FUNCIONES ORIENTACIÓN		
	3: Elaborar la representación social de las terapias energéticas contrastándola con la propuesta teórica de la sociología sanitaria.	Comunicación Publicidad Modelo Medico Hegemónico Anclaje. FUNCIONES DE ORIENTACION	Cualitativo	Entrevistas semi-estructuradas dirigida a pacientes Entrevista a profundidad dirigida a los doctores.

8. Capítulo 1 – Emergencia y consolidación de un sistema experto complementario

Este apartado está destinado a describir la visión que poseen los prestadores u oferentes de los tratamientos alternativos sobre la cual soportan el ejercicio de sus terapias energéticas, infiriendo de sus concepciones los elementos básicos para abordar las categorías de señales simbólicas y sistemas expertos propuestos por Anthony Giddens en su obra las consecuencias de la modernidad.

La elaboración de un pensamiento compartido referido a la visión de los cuidados de la salud derivados del análisis de la información suministrada por los doctores de la medicina energética es una de las tareas que se deben llevar a cabo con el fin de demostrar el carácter social de prácticas de consumo que desarrollan, estimulan o amplían la conciencia del paciente para agenciar la salud individual en el interior de un proceso continuo de medicalización y disciplinamiento de la sociedad moderna que instaura técnicas corporales para afrontar el proceso salud-enfermedad.

Existe una dispersión de información referente a las formas en que la medicina energética se ocupa de reestablecer la salud individual conceptualizando y utilizando la energía de distintas maneras. Para el caso particular de las terapias alternativas que sustentan el servicio de los cinco consultorios en cuestión, a partir del análisis procesual de la información obtenida se identificó que cada uno de los terapeutas ofrece una definición diferente respecto a la energía, sin desconocer que en términos prácticos del uso y aplicabilidad del concepto no existe entre ellos mayores diferencias.

La dispersión de información y la falta de marcos de referencia para comprender adecuadamente la medicina energética es una razón para mencionar sucintamente los

desarrollos históricos y las discontinuidades presentes en el entendimiento del proceso salud-enfermedad, con la finalidad de ubicar temporalmente los rasgos y factores que propiciaron el reconocimiento en la conciencia colectiva de las terapias energéticas.

La OMS máxima autoridad encargada de proveer los parámetros y las directrices para que las instituciones velen por proteger el bienestar de los ciudadanos, conceptualiza la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades, a fin de permitir a las personas llevar una vida social y económicamente productiva (OMS, 1948).

Subrayando la finalidad a la que alude la definición es posible identificar una noción de representación social dominante en el entendimiento de la enfermedad como incapacidad para ser funcional en un sistema económico y social, paralelo a ello supone que el origen de la enfermedad no debe asumirse netamente como un desequilibrio biológico sino en relación a un sistema de valores orientador de comportamientos que buscan recuperar y mantener el orden social, objeto de estudio sociológico.

Los esfuerzos de la humanidad por buscar herramientas y métodos para atender y recuperar la salud del individuo traducidos en costumbres y creencias perpetuadas para estos fines, han encaminado una evolución de los escenarios de acción y legitimación de universos simbólicos referentes a las formas de agenciar el cuidado de la salud

La antigüedad permeada por un pensamiento mágico-religioso basaba la explicación del origen de la enfermedad, su recuperación y el mantenimiento de la salud en la existencia de dioses encargados de curar y de personas con el privilegio de manejar la información proporcionada por los dioses para coadyuvar dicho proceso con el dominio del conocimiento de plantas para la preparación de infusiones o brebajes que devolvían el bienestar al sujeto enfermo. (Vergara, 2007)

Varios fueron los filósofos que rechazaron la influencia de los dioses para restablecer la salud de sus comunidades como Galeno (131 A.C) e Hipócrates (370 A.C), quienes introdujeron un sistema de pensamiento racional basado en la producción de textos guía para el manejo y control de las enfermedades como el reconocido tratado hipócrata que hoy día sigue orientando la formación de los profesionales en el área de salud. Doctrina de creencias científicas opacadas por la edad media que con sus limitaciones y censuras invalidó y ocultó avances en la comprensión del proceso salud-enfermedad.

Con la ilustración, la edad moderna se caracterizó por los desarrollos enfocados en el estudio anatómico del ser humano, posicionando el cuerpo como un instrumento fiable a través del cual era posible rastrear las causas de una afección física sin acudir a la explicación inmaterial que relacionaba la enfermedad con el castigo de los dioses, los espíritus malignos o los seres poseídos o endemoniados.

La revolución industrial de la mano de los avances tecnológicos insertó una nueva causa o condicionamiento productor de enfermedades, ubicando el riesgo en los ambientes o entornos en los que se desenvolvía la vida política, económica y cultural de las modernas

organizaciones sociales conglomeradas en un espacio geográfico reducido en el que no se tenía en cuenta la planeación urbana que evitara por ejemplo la acumulación de desechos orgánicos emisores de agentes externos de los que se contraen las enfermedades.

Al descubrir la teoría microbiana se estableció una concepción unicausal de la enfermedad pero no se contemplaban conceptos como el de agentes infecciones o el de inmunidad, avances trabajados durante la mitad del siglo XIX y el inicio del siglo XX y divulgados en términos médicos bajo la idea del modelo epidemiológico del cual se hizo una referencia histórica en las páginas iniciales de este escrito; huelga recordar que esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control propias de las ciencias naturales. (Vergara 2012)

La salud como un factor de desarrollo desplazo los logros alcanzados por las ciencias naturales, asumiendo el proceso biológico como un hecho inherente a las condiciones de la vida humana y no como un elemento determinante en la producción de la afección en el individuo, situación que lo lleva a contemplar una explicación multicausal para entender la presencia de la enfermedad.

Anunciadas las etapas históricas que han forjado un mapa comprensivo respecto a cómo se ha entendido la salud a través del tiempo, es adecuado adicionar a esta revisión temporal la manera en cómo paralelamente a los avances de la ciencia y el pensamiento han operado las instituciones sociales para la consolidación de estos marcos comprensivos de la salud.

El papel de las instituciones sociales en la comprensión de la salud desde una visión teórica discontinuista

Es posible identificar algunos aspectos que vuelven únicas las instituciones modernas en referencia a la forma y la organización de los tipos de sociedades de orden tradicional, escenario que de acuerdo a Giddens (1999) faculta una interpretación discontinuista del desarrollo social enfocado en los modelos de atención médicos y sanitarios.

Indudablemente existen discontinuidades en varias etapas del desarrollo histórico como la transición de unas costumbres curativas enmarcadas en la fe metafísica de las sociedades primitivas unida a los deseos de los dioses, hacia la consolidación de unas creencias pragmáticas, que emergieron de la unidad con los procesos de verificación experimental científicos, anulando las modalidades tradicionales del orden social y alterando así elementos de orientación íntimos y privados para agenciar la salud en nuestra cotidianidad.

La terapia energética puede concebirse históricamente como una continuidad de un pensamiento mágico religioso ya que, sus fundamentos no parten desde cero, debido a que la práctica ha sido objeto de estudio de campos científicos que han intentado demostrar la existencia de fenómenos inmateriales para hacer inteligible e integral el entendimiento del proceso salud-enfermedad desde por ejemplo los desarrollos cuánticos.

En función de lo expuesto hasta ahora y atendiendo a la recomendación de Giddens (1999) para hallar o reconocer las discontinuidades que distinguen a la institución médica moderna de los órdenes tradicionales de atender y entender la salud individual es necesario tomar en

cuenta el ritmo de cambio, el ámbito de cambio y la naturaleza intrínseca de las instituciones sanitarias modernas.

El ritmo de cambio se identifica como se mencionaba en párrafos anteriores con la búsqueda incesante de las causas que producían la enfermedad aunado a los desarrollos técnicos para tal fin, resulta evidente el papel que juega en este punto la tecnología para apoyar en el caso de las terapias energéticas la comprobación material de esta práctica curativa ligada a filosofías orientales e hindúes.

Los enfermos europeos de tiempos medievales en donde la tasa de mortalidad era alta y la esperanza de vida baja comparada con la época actual, trataban las dolencias o las afecciones físicas según lo recomendado por los monasterios que se habían encargado de la preservación del conocimiento médico heredado del mundo griego y romano. Por ejemplo a los enfermos crónicos se les aconseja acudir a la “celestial” medicina de Cristo que tenía como método curativo el contacto directo con la reliquia de un santo. (Lupton, 2012)

El ámbito de cambio en el que se encuadra el tratamiento energético, alternativo al propuesto por la biomedicina para cuidar la salud, se analiza en función del rol determinante del flujo de la información que derriba las barreras comunicativas entre las sociedades globales, lo cual permitió reconocer y a su vez aculturizar novedosas formas de entender y tratar la enfermedad, debido a la traducción de libros filosóficos de culturas ancestrales o esotéricas o al ejercicio investigativo divulgado por entes especializados en física cuántica y ciencias relacionadas con la demostración einsteniana de la realidad.

La naturaleza intrínseca de las instituciones modernas caracterizadas por un proceso acumulativo de conocimiento en el área de la salud colectiva que ha llevado a institucionalizar una forma única de captar los determinantes sociales de la enfermedad ligado a una manera unívoca y especializada de prestar el servicio de atención desde entidades encargadas de propender por el bienestar del colectivo social, ya que, de acuerdo a los ideales de racionalidad se confió en el perfeccionamiento continuo de la intervención alópata en función de las investigaciones médicas.

La institucionalización de la vida moderna y la expansión global de sus ideas propició un ambiente de oportunidades para que el individuo disfrutara de una existencia más segura. Bajo esta premisa se han elaborado una serie de parámetros que vigilan la persecución de este objetivo de proporcionar seguridad y bienestar a la población desde las acciones institucionales.

La atención del proceso salud enfermedad es capaz de objetivarse siguiendo la propuesta teórica de Berger y Luckmann (2012) prestando atención al proceso de atención y a las pautas de recuperación de la salud que se manifiestan como productos de la actividad humana al alcance tanto de los doctores y profesionales en el área de la salud como de la población en general por ser elementos de un mundo común.

Para ilustrar mejor este tránsito de un modelo tradicional hacia su institucionalización en la modernidad es prudente recordar que anteriormente la lucha del sistema sanitario era solo

contra los gérmenes, se consideraba la conciencia como un conocimiento pseudocientífico relacionado posiblemente con el cerebro y la mente, se instrumentalizó la medicina para diseccionar cuerpos entre otros hitos que marcaron el carácter tradicional del modelo biomédico.

El desarrollo evolutivo del modelo da cuenta de la necesidad latente de estimular la capacidad de respuesta inmunológica e integrar la ecología de las relaciones del individuo con el entorno, de asumir la conciencia como herramienta complementaria de la psicoterapia pretendiendo integrar la relación del cerebro, la mente y la conciencia, vislumbrando un nuevo enfoque de la profesión médica que no se especializa solo en el estudio detallado del cuerpo sino que direccionan su accionar hacia la integración de una concepción de atención en la que no solo se buscaron las causas de las afecciones sino se es consciente del desconocimiento de factores en la atención como hacer énfasis en la exploración del propósito y sentido de la vida propio del sujeto enfermo.

Parece perfectamente claro la relevancia que se debe otorgar a la unidad de los parámetros normativos, base prioritaria en este proceso de institucionalización moderno de las maneras de gerenciar la salud de los colectivos sociales. En Colombia desde 1869 el ejercicio de la homeopatía está regulado por los estatutos legales propuestos por el Ministerio de Salud; el uso de la práctica homeopática se restringió solo médicos profesionales desde el año 1962.

Según lo anunciado por el Decreto 2753 de 1997 -luego de que la Ley 100 de 1993 contemplara una normatividad regulatoria para la prestación de servicios alternativos- se recalcó una vez más que las terapias alternativas y complementarias solo podían ser ejercidas por personal médico especializado.

En este sentido el Decreto 3554 de 2004 regula el régimen de registro sanitario, vigilancia y control sanitario de los medicamentos homeopáticos para uso humano, el cual sufriría unas modificaciones de forma de acuerdo al Decreto 1737 de 2005 que reglamenta las condiciones de producción de productos homeopáticos, regulación que cuatro años después abarcaría las condiciones de vigilancia y control sanitario de las tiendas naturistas.

La resolución 1043 de 2006 enuncia el carácter ambulatorio de los servicios alternativos, fomentando de igual modo la regulación de los procesos de habilitación y acreditación de dichos servicios alternativos.

La Ley 1438 de 2011 que reformo el sistema general de seguridad social en salud incluye el concepto de interculturalidad en los elementos y principios para la implementación de la Atención Primaria en Salud, de la misma forma que lo hace la Ley 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental de la salud y la Resolución 429 de 2016 que bajo la misma noción de interculturalidad adopta la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) enfocada a promover el respeto por las diferencias culturales existentes en el país a partir de la recuperación de saberes, prácticas y medios de los grupos sociales en aras de recuperar la salud.

La política de Participación Social en Salud expuesta en la Resolución 2063 de 2017 la cual se deriva del Decreto Único No 780 de 2016 fue un instrumento creado con el fin para que

las personas naturales y jurídicas participaran a nivel comunitario e individual en el ejercicio de sus derechos y deberes para gestionar, planificar y evaluar planes y programas enfocados a la agencia del desarrollo en salud.

El conocimiento a profundidad de los condicionamientos normativos estipulados por el ministerio de Salud para prestar un servicio alternativo o complementario no está dentro de las prioridades de los terapeutas quienes manifiestan resquemor y desconfianza frente a las leyes emitidas por dicha institución para la promoción de la salud como queda demostrado en la intervención de Alberto:

“se me hacen un poco injustos la verdad y digo esto un poco con ignorancia porque pues no los conozco los lineamientos, pero son camisones de fuerza que en vez de beneficiar han hecho daño y mucha gente haciendo desastres en temas de salud a ellos no los persiguen” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

O como lo reflejan las palabras de Alexandra quien hizo parte del estudio exploratorio de mesas sectoriales para integrar al sistema de salud los servicios alternativos o complementarios en la ciudad de Bogotá, experiencia que no recuerda con satisfacción al relatar:

“Yo trato de estar un poco alejada de ese proceso, por ejemplo se estaba en esa parte tratando de establecer auxiliar de terapias alternativas y el auxiliar se quiere establecer para hacer esto y lo otro, y querían hacer diagnósticos médicos y querían reemplazar cosas médicas y pienso que no son así las cosas” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019)

Justificar el por qué no adherirse o seguir al pie de la letra la normatividad emitida para legitimar la terapia energética es un reflejo de la representación ética que le imprime cada uno de los terapeutas a su servicio alternativo, lo cual los avala para argumentar su falta de conocimiento en razón de no intervenir directamente el cuerpo del paciente tal como lo reflejan las siguientes declaraciones: “Tomarse un agua de manzanilla, de Romero que depende lo que tenga la persona porque no ha todos se les van a dar lo mismo, no afecta en nadie porque eso no está prohibido” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019) es decir que no se trabaja dentro de lo prohibido sino en el campo de lo no reconocido como lo demuestra esta afirmación:

“no los conozco porque la forma como yo hago medicina no necesita de ese tipo de avales, y si yo de pronto tuviera un centro médico de medicina alternativa pues atendería a los lineamientos que recomienda el ministerio de salud” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

Situación resumida en las palabras de Daniel: “En la legislación hay un vacío sobre eso, porque simplemente no existimos entonces en este país todo queda supeditado a la ética que tu tengas” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) lo cual evidencia que no hay una relación directa entre la prestación de un buen servicio de atención sanitaria y el cumplimiento rígido de la norma para prestarlo, dicha premisa sin embargo no abarca la

totalidad de tratamientos alternativos e informales a los que las personas asisten con frecuencia ya que, existen una variedad de casos en los cuales quien presta el servicio alternativo resulta ser un charlatán sin escrúpulos y conciencia del daño causado en el organismo de una persona por atender sin experiencia o con dolo.

Las restricciones impuestas por los estatutos legales a los hábitos y practicas referidas a la atención de la salud y la enfermedad de las poblaciones, abre un abanico de posibilidades de cambio para agenciar la salud individual en vista de que las organizaciones privadas que ofrecen servicios de Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias asumen la etiqueta de instituciones desvinculadas que extienden según Giddens (1999) el ámbito de distanciamiento entre tiempo y espacio.

Realizar el recorrido histórico del proceso salud-enfermedad demarcando la operatividad funcional de la ciencia en cada una de las etapas de desarrollo hasta llegar al establecimiento de normas regulatorias de servicios alternativos de atención de salud a los propuestos por el Modelo Medico Hegemónico, permite estudiar en función del análisis sociológico el proceso de desanclaje de los sistemas y prácticas médicas relacionadas con la producción de la salud y la enfermedad.

El desanclaje como categoría de análisis Giddens la entiende como: “el “despegar” de las relaciones sociales de su contexto local de interacción y reestructurarlas en intervalos indefinidos de tiempo-espacio” (1999). En consonancia con el objetivo trazado de describir las practicas curativas propias de la medicina energética, es conveniente afirmar que las prácticas de cuidados de salud adquiridas de la relación social terapeuta energético-paciente se derivan de la “abstracción” y “emulación” de un conjunto de conocimientos, prácticas y saberes milenarios que no forman parte de la tradición de Colombia, identificando en el ejercicio de inserción de las terapias energéticas en el sistema de salud la reestructuración de una práctica de cuidado salud alejada de su contexto original, como lo fue la inmersión de la medicina tradicional china y la medicina tradicional ayurveda.

Es así como Giddens (1999) destaca dos tipos de mecanismos de desanclaje que están estrechamente relacionados con el desarrollo de las instituciones sociales modernas, correspondientes a la creación de señales simbólicas y al establecimiento de sistemas expertos; el funcionamiento de dichos mecanismos se expondrá entretejiendo la experiencia de los terapeutas energéticos entrevistados en la ciudad de Bogotá.

Se definen las señales simbólicas como una serie de “medios de intercambio que pueden ser pasados de unos a otros sin consideración por las características de los individuos o grupos que los manejen en una particular coyuntura” (Giddens, 1999, p.32) distinguiendo varios tipos de señales simbólicas como por ejemplo la legitimación del saber de los terapeutas energéticos de acuerdo al proceso de desanclaje que compete exponer en este apartado.

La emergencia de señales simbólicas en la constitución de terapias energéticas estará mediada por la transmisión de información -relativa a la medicina energética- de los terapeutas hacia los usuarios que incorporaron en el cuidado de su salud el uso de terapias energéticas. Dicha información es transversal a una noción de confianza sobre el saber de la

terapia (es decir, sus principios de funcionamiento) noción que se traduce en el concepto de fiabilidad frente a una práctica desconocida.

La coyuntura en la que se enmarca la transmisión de los denominados medios de intercambio es el distanciamiento parcial por parte de la población de las creencias emitidas por los sistemas de atención sanitaria dominados por el Modelo Médico Hegemónico y la apropiación de prácticas no occidentalizadas para agenciar los cuidados de la salud individual.

Es así como se establecen desde cada una de las terapias abordadas en esta investigación unos principios acordes a la estabilización, recuperación y mantenimiento de la salud de los pacientes. Se anota que existen entre los terapeutas explicaciones o discursos sobre los principios de cuidado de salud más elaborados o tecnificados, lo cual no está directamente relacionado con la eficacia pragmática del tratamiento tal como lo revelan los datos suministrados por los pacientes quienes consideran que el servicio alternativo les ha transmitido una noción de cuidado de salud diferente a la convencional-alopática independiente de la explicación del corpus filosófico-teórico que sustenta la práctica de los terapeutas.

El entrelazamiento entre las diferentes esferas de la vida social es una de las ideas que aparece con más frecuencia en el discurso de los terapeutas cuando exponen los principios esenciales de su servicio terapéutico relacionados con el ordenamiento de la naturaleza en su contribución al bienestar físico. Le asignan por tanto un grado de importancia significativo en el proceso salud-enfermedad a los pensamientos, las emociones y los sentimientos que el paciente maneja en el ámbito social, ambiental y personal siendo una de las consignas emblemáticas en los cinco terapeutas, en el sentido de dirigir la sesión de terapia con preguntas reflexivas del tipo: ¿cómo me comunico espiritual, emocional, verbalmente con todo lo que me rodea? Exaltando de igual forma la prioridad otorgada al entrelazamiento o la conexión que como seres humanos tenemos con todas las esferas de interacción.

Emergen principios de ordenamiento de la naturaleza para cuidar la salud, considerando estos elementos constitutivos de la práctica como una fuente de señales simbólicas que cuestionan la autoridad del médico deducida del modelo funcionalista de atención en el que el profesional en el área de la salud se le sugiere mantener una distancia o reserva en la relación con el usuario atendido, eximiendo a este de su responsabilidad en el cuidado y manejo de la dolencia que lo aqueja. Los cinco terapeutas problematizan críticamente este modelo de atención en sus intervenciones, subrayando la necesidad de hacer coparticipe al paciente en el proceso salud-enfermedad como lo expone el terapeuta Daniel:

“Eso se llama conciencia. Si yo invito a una conciencia, doy pasos gigantes, en no quedarme en creer que lo que necesito es un bastón o una herramienta externa si puedo sacar a flote mis herramientas como ser natural al servicio de algo que yo quiera propiciar” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019).

Además, el contexto social y político en el que la relación médico-paciente tiene lugar debe analizarse en relación a las propiedades intrínsecas de dicha relación social, ya que no basta

solo con que la investigación social este dirigida a volver más eficaz la práctica y la comunicación de los miembros del gremio médico con el fin de mantener la confianza y la buena disposición del paciente para asegurar su obediencia a las prescripciones que le devolverán su salud. La cuestión fundamental es identificar cómo la posición dominante de los médicos ejerce control desde los discursos, la ideología y las prácticas propias del área de la salud pública; deduciendo que el control no solo es producto del acto comunicativo fruto de la relación médico-paciente.

Es particular encontrar que ese universo simbólico que constituye la medicina energética de los terapeutas entrevistados propaga una serie de valores o virtudes que el ser humano debe incorporar en su personalidad como el amor, la bondad, la generosidad en vista de que el cuerpo emocional se ve afectado por el sistema de pensamientos y creencias con el que el paciente se relaciona con el mundo físico y social. Algunos como Alexandra Castellanos tienen como principio base para mantenerse sano, el amor, o como Delma Romero la felicidad, sentimientos generadores de bienestar más que los hábitos alimenticios o la actividad física. Además, se integra al cuidado la de salud convencional (dieta, rutinas de entrenamiento físico) un cuidado o una higiene de los pensamientos para ser menos proclive a enfermar como lo expresa Daniel Aljure:

“lo que yo le enseño a mis pacientes ahora y lo que trato de hacer conmigo mismo es cuidar esa cosa que llaman dialogo interno, es decir, las cosas que uno se dice a si mismo porque esto si esta 100% bajo tu control. Tu si puedes ejercer total control sobre los pensamientos, sobre las cosas que te dices a ti mismo y al final esto termina desarrollándose en hábitos y en formas de comportamiento.” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019)

Se trastoca la manera de entender la enfermedad como un proceso biológico producido por un germen o una bacteria y se pasa a la comprensión mental del origen de la enfermedad. Esto no quiere decir que se ignore la incidencia de estos organismos biológicos malignos en la producción de las afecciones físicas, el punto a resaltar es la incidencia de los pensamientos para potencializar o controlar estos organismos en el desarrollo de la enfermedad.

Para describir este proceso de formación de ideas que engloba la medicina energética se acude al análisis propuesto por Perter Berger y Thomas Luckmann referente a la construcción social de la realidad, entendiendo la realidad “como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra volición” (Berger y Luckmann, pg 5, 2012) y el conocimiento como la certeza de la existencia de una materialidad que posee características específicas plenamente identificables en un contexto social específico.

Definir la vida cotidiana como una realidad interpretada por los hombres es asumir que las practicas curativas desligadas de las terapias energéticas poseen un significado subjetivo tanto para los terapeutas que las dominan como para los pacientes que las utilizan, configurando de esta manera un mundo coherente (Berger y Luckmann, 2012) y de sentido para orientar la atención de la enfermedad.

El proceso de formación de un mundo coherente y de sentido relacionado a las terapias energéticas se sustentó en los aportes y significados individuales que cada uno de los terapeutas ofrecía sobre el concepto de medicina energética (ME). Reuniendo sus puntos de vista definir la (ME) implica abordar en primera instancia el concepto de cuerpo o del bienestar del cuerpo, el cual se obtiene luego de moldear, atraer o regenerar moléculas energéticas desde diferentes modalidades y no solo desde la intervención directa sobre el cuerpo físico. Por ello, los terapeutas aluden a la constitución del cuerpo antes de ofrecer una definición sobre (ME); conceptualizando el cuerpo respecto a los tratamientos que ellos ofrecen, en este sentido resaltan definiciones como “somos vibraciones de energía” “somos energía como cuerpo” “somos sistemas de energía” “somos pensamientos y creencias que son una forma de energía”.

Por lo tanto, condensar el concepto de ME en una unívoca acepción resulta complicado e innecesario en la medida en que cada terapeuta entiende la ME dentro de una multidimensionalidad de factores que orientan la prestación de su servicio (emociones, creencias, ambiente), la relación común encontrada entre los cinco terapeutas entrevistados es que entienden la energía como “eso que somos como seres humanos” compartiendo un fin común entre ellos que es asistir, cuidar, sanar o mejorar el bienestar físico del paciente.

Conceptualizada la ME se vuelve necesario entender las objetivaciones de los procesos subjetivos a través de las cuales se elabora un mundo intersubjetivo del sentido común (Berger y Luckmann, 2012), es decir, se vuelve imperante esclarecer los significados y los fundamentos del conocimiento de las terapias energéticas en la vida cotidiana de los oferentes y usuarios de este servicio alternativo para atender la salud individual.

La manipulación corporal es la zona de la vida cotidiana a la que el individuo tiene acceso directo ya que, condensa el mundo que está al alcance para actuar, trabajar y por ende modificar su realidad próxima, determinando así la orientación del sujeto en este mundo en cuanto expectativas, experiencias pasadas y situaciones presentes; además de ser un mundo compartido en función de las relaciones que lo recrean y lo mantienen en funcionamiento.

El paso de una comprensión del cuerpo desde una teoría mecanicista-newtoniana que lo asemeja a una maquinaria biológica a una teoría einsteniana-cuántica que lo define como redes de campos complejos de energía en interfaz con los sistemas físico/celulares refleja la concepción que cada uno de los terapeutas ofrece sobre el cuerpo ya que está de por medio el estudio de una noción evolutiva de la materia como una de las expresiones de la energía.

De esta manera cada uno de los terapeutas concibe el cuerpo físico como un ente energético o un instrumento por el cual circula energía hacia los diferentes sistemas anatómicos. Cada uno de los terapeutas coinciden en clasificar por lo menos dos tipos de cuerpo, a saber, el físico y el emocional, solo uno de ellos resalta dos clasificaciones de más, el cuerpo mental y el cuerpo espiritual tal como lo estipula la filosofía hinduista.

El cuerpo físico para los terapeutas se encuentra determinado por capas electromagnéticas o conexiones anatómicas que llevan información, pero al mismo tiempo posee una idea en sí mismo de trascendencia en cuanto el cuerpo es observado con limitaciones y a la vez con

propósitos en este mundo, lo que tres de los terapeutas nombran como aprendizaje para evolucionar o crecer como persona. Lo anterior da cuenta de las razones o las conjeturas que llevan a los profesionales en este servicio alternativo a explicar el origen de la enfermedad y el proceso hacia la estabilización de la salud individual.

Esta revisión tan somera como inevitablemente personal de los significados y las comprensiones del mundo inherentes a las terapias energéticas es uno de los argumentos para sostener la existencia de un sistema experto adjunto a la medicina energética conceptualizado como un “sistema de logros técnicos o de experiencia profesional que organizan grandes áreas del entorno material y social en el que vivimos” (Giddens, 1999, p.32).

La organización del entorno material se encuentra mediado por los principios de funcionamiento de las diferentes terapias energéticas en la medida en que estos principios no solo condensan informaciones relativas a los modos operativos de la terapia sino también incluyen una visión del mundo encargada de recoger propuestas filosóficas y conceptuales que invitan a reconceptualizar los ámbitos de referencia tradicionales bajo los que se trata la salud y la enfermedad.

Exponer las cosmovisiones, los presupuestos conceptuales, los fundamentos teóricos y filosóficos desde donde las terapias energéticas se aproximan a entender el mundo, la naturaleza, las pautas de cuidado y bienestar de la salud, es una tarea que en si misma da cuenta de la configuración y auge de un nuevo sistema experto para atender las afecciones en salud de la población, sistema experto soportado además en el reconocimiento y la demanda que estas prácticas tienen entre el colectivo social ciudadano quienes han puesto la fe no solo en la competencia de los terapeutas energéticos sino en la autenticidad del conocimiento experto que han aplicado para la estabilización y recuperación de la salud y el bienestar individual.

Las discontinuidades de la institución social biomédica encargada de mantener y vigilar la salud poblacional, ocasionaron la consolidación de novedosas señales simbólicas para entender el proceso salud-enfermedad aunado a la elaboración de un nuevo sistema experto como complemento para rastrear la noción de desanclaje, proceso productor de cambios cognitivos sociales como la apropiación de nuevas modalidades para atender la salud desde las terapias energéticas; surge de este escenario códigos de conocimiento profesional que le proporcionan a las personas fiabilidad frente a los nuevos sistemas expertos, tema que se tratará con mayor detalle en el siguiente capítulo.

Conviene resaltar la concepción del cuidado de salud ideal que poseen los terapeutas, ya que es un aspecto vital a tratar en consonancia con el análisis propuesto en este primer capítulo, centrado en indagar las prácticas curativas que emergen del universo simbólico de las terapias energéticas en cuestión. Para este fin se ofrece al lector un análisis comparativo de la visión de cuidado de salud de cada uno de los terapeutas.

Para alcanzar un estado de salud óptimo los terapeutas hacen énfasis en los consejos que le proporcionan al paciente para que este comprenda la enfermedad desde un plano espiritual a partir del acompañamiento psicosocial para la estabilización de la salud. Al conceptualizar la

enfermedad como una transformación para eliminar los daños que el mismo paciente se ha producido por medio de sus estilos de vida, la terapeuta Adriana reseña como en Latinoamérica las personas se enseñaron a concebir la enfermedad desde la parte física olvidando que esta también es producto de las vivencias pasadas, de las condiciones sociales de su entorno que determinarían sus emociones, sus formas de alimentación y sus situaciones diarias. Por ello afirma:

“uno da unas pautas y se quisiera que gran parte de los pacientes toman todo ese compendio completo y puedo decir, bueno: vamos a mirar cómo es tu dieta alimentaria ¿cómo te alimentas? vamos a ver cómo es tu dieta emocional y vamos a ver cómo es tu dieta social. Entonces uno no solamente hace un tratamiento energético, sino que hace un proceso terapéutico psicosocial con el paciente” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019) en donde la variable que determina la efectividad del tratamiento en su conjunto es la asiduidad del paciente para tener en cuenta todas las recomendaciones brindadas por los terapeutas.

Es notorio, además, que aparte de las recomendaciones otorgadas en la relación médico-paciente se procura transmitirle al paciente una noción de autosuficiencia para cuidar su salud, es decir, les proporcionan desde cada una de las filosofías o cosmovisiones de sus terapias las herramientas para formarse como personas capaces de agenciar su salud de manera individual. Reflejo de esta premisa se encuentra en la opinión de Delma al decir: “en este momento todo mundo lo puede hacer” refiriéndose a la capacidad que desarrollo para intervenir la salud de otros a través del manejo consciente de sus manos; la intervención de Alexandra en esta misma línea lo demuestra cuando afirma “Cuando la persona se hace consciente y crea hábitos como buen resultado emerge la salud.” aludiendo a una consciencia de las habilidades ocultas que como ella relata surgen luego de “despertar” y reconocer que tenemos habilidades sanadoras. (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019)

Se encuentra en el mismo camino, ideas comunes referidas a la incidencia de los hábitos en la salud desde lo expuesto por Daniel al concluir que:

“Tu si puedes ejercer total control sobre los pensamientos, sobre las cosas que te dices a ti mismo y al final esto termina desarrollándose en hábitos y en formas de comportamiento” premisa que se soporta desde la visión individual de cada terapeuta entrevistado desde la filosofía particular de sus terapias energéticas que como se ha venido describiendo cada uno le confiere una relevancia diferenciada a los factores que aquejan el bienestar de la salud dependiendo del cuadro clínico en el que se enmarque la enfermedad, es decir, para algunos primara el manejo de las horas de comida, otros centraran su intervención en los problemas o crisis de la vida personal del paciente o como Daniel resaltaran la convicción de una “higiene del pensamiento” para lograr recuperar la salud independiente de todas las variables o determinantes sociales de la salud-enfermedad “sobre todo es cuidar tus pensamientos, lo que yo le enseño a mis pacientes ahora y lo que trato de hacer conmigo mismo es cuidar esa cosa que llaman dialogo interno, es decir, las cosas que uno se dice a si mismo porque esto si esta 100% bajo tu control.” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019)

Las investigaciones desde la sociología y la antropología han documentado cómo a través de la higiene, los consejos para una buena alimentación o las pautas de crianza, la práctica médica difunde unas pautas de comportamiento consideradas como las correctas (Menéndez, 1990) que como apunta Giddens (1999) en sus reflexiones sobre la índole reflexiva de la modernidad, la tradición “es una manera de integrar el control reflexivo de la acción” (1999: 45) sin desconocer el dinamismo de la tradición ya que ha de ser reiventada por cada nueva generación, fenómeno que engloba la integración de cuidados de salud alternativos a los demarcados por el MMH, en donde los pacientes al hacerse cargo de la herencia cultural dejan de validar por ejemplo la tendencia a percibir la etiología de los problemas en términos individuales, es decir, dejan de opacar la causalidad social y los procesos históricos.

9. Capítulo 2 – Crisis y transformación del Modelo Médico Hegemónico: Emergencia de un Modelo Médico Energético.

Acentuar el análisis de este capítulo en las discontinuidades de los elementos constitutivos del modelo médico hegemónico implica describir sus características, sus funciones, así como la situación de crisis por la que en este momento atraviesa. De esta manera se puede hacer referencia a la relación que mantiene con otros modelos de salud como el propuesto por los terapeutas energéticos, es decir, el análisis global del modelo no puede reducirse a sí mismo, debe ser estudiado en función de los saberes y prácticas que subordina.

Se entiende por Modelo Médico Hegemónico (MMH) “el conjunto de teorías, saberes y prácticas generadas por el desarrollo de la medicina científica” (Menéndez, 1990: 83) el cual, desde fines del siglo XVIII, época en la que se empieza a acentuar la idea de modernidad ha logrado establecer como subalternos a los tratamientos, saberes e ideologías tradicionales que dominaban en los conjuntos sociales. El MMH de esta manera asumió que sus conocimientos respaldados por evidencia científica y el Estado eran la única forma de atender la enfermedad.

El MMH cumple con la función de excluir ideológica y jurídicamente las otras posibilidades de atención buscando expandirse en condiciones conflictivas ya que, cada vez con mayor frecuencia se recuperan prácticas y saberes curativos que ofrecen soluciones de complementariedad constituidas como se dijo a partir del rechazo de la dominancia del MMH.

Cabe hacer la aclaración que el modelo como concepto es un instrumento metodológico utilizado por el Antropólogo Eduardo Menéndez que supone la construcción de una propuesta descriptiva de los elementos que constituyen el poder del sistema médico a través de rasgos estructurales que consideran no solo la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones médicas sino también la participación de los conglomerados sociales en el funcionamiento del modelo, cuyo valor es básicamente heurístico (Menéndez, 1990)

Es así como el MMH se encuentra conformado por rasgos estructurales tales como:

- “**a)** el biologismo, **b)** la concepción teórica evolucionista/positivista, **c)** ahistoricidad, **d)** asocialidad, **f)** individualismo, **g)** eficacia pragmática, **h)** la salud enfermedad

como mercancía, **i**) orientación básicamente curativa, **j**) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, **k**) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, **l**) relación médico paciente asimétrica, **m**) relación de subordinación social y técnica del paciente, **n**) concepción del paciente como ignorante, **o**) el paciente como responsable de su enfermedad, **o**) inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores de acciones de salud”, **p**) producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, **q**) prevención no estructural, **r**) no legitimación científica de otras prácticas, **t**) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, **v**) tendencia inductora consumismo médico, **w**) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad y **x**) tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez, 1990, p.87)

El rasgo estructural dominante es el *biologismo* que garantiza no solo la científicidad del modelo sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos en donde la enfermedad se manifiesta por uncausalidad debido al marco de comprensión que permea este rasgo, sin remitirse a la influencia de las relaciones con el entorno o con las personas que también la determinan (Menéndez, 1990) la práctica epidemiológica reseñada en apartados anteriores es la expresión de este rasgo más que la práctica clínica.

El biologismo en contraste con las terapias energéticas tiene unos niveles explicativos más complejos en cuanto centra su atención en las nuevas estructuras físicas cuánticas que componen el cuerpo físico, ya sea que se hable del estudio de biofotones, de la influencia de las propiedades curativas de las plantas o de la programación neurolingüística en el proceso de regeneración de las células. En resumidas cuentas, este rasgo estructurante que comparte el MMH con el Modelo Alternativo Subordinado, busca de igual forma garantizar el respaldo científico de las terapias energéticas.

Con la implementación de un modelo preventivista como el epidemiológico basado en la propuesta de Laevell y Clarck sobre la Historia Natural de la enfermedad, se concibió la afección física como un hecho natural, biológico y no como un hecho social, histórico, inclinándose a concluir que la enfermedad evoluciona y no tiene historia, en vista de que trabaja con series históricas de corta duración producto de la desconfianza de la veracidad de los datos en un periodo de tiempo prolongado, señalando justamente la ahistoricidad como otro de los rasgos estructurales.

De esta forma se evita o se limita la importancia de analizar los procesos no biológicos, como la idea que mantienen los terapeutas energéticos de pensar la enfermedad y la energía en términos del entrelazamiento histórico que posee el ser humano con los otros sistemas del mundo -incluyendo otros seres humanos- lo cual denota una influencia marcada para definir el concepto de energía nombrada como interconexión cósmica o matriz energética según el compendio filosófico que fundamentan las prácticas terapéuticas energéticas.

Se designa esta interconexión, como una de las fuentes esenciales de las que surgen las enfermedades o las afecciones en el cuerpo físico debido a la codependencia de cada uno de los sistemas energéticos que toman forma bajo la figura de pensamientos, emociones,

percepciones o creencias, sin restarle importancia a la sintomatología biológica pero no ubicándola en el centro del análisis.

La asociabilidad confirma la existencia del biologismo y la ahistoricidad del MMH, eventualmente se suele establecer que la práctica médica no solo asume un acto técnico sino también un acto social e ideológico que no es reconocido en su práctica, es decir, como lo argumenta Menéndez (1990) hechos como la pedagogía indirecta del consumo de fármacos que fue introducida a la población por el equipo de salud tienden a ser negados e ignorados, responsabilizando al colectivo del uso erróneo de la automedicación; se alude en este punto a la formación e investigación médica que no asume la importancia ideológica del sistema social en el que se desenvuelve, carácter que es plenamente trabajado desde las terapias energéticas en su tarea de reorientar las concepciones alopáticas que siguen causando efectos yatrogenicos en la población, encaminando su práctica alternativa hacia un sociabilidad -en términos comunicativos- de las fallas operativas del MMH y del resultado efectivo de las intervenciones energéticas en el cuidado de la salud.

Además de diferenciar cuadros de origen biológico y cuadros de origen social el MMH tiende a disolver algo común a todos los padecimientos que son los marcos de referencia bajo los cuales el paciente le proporciona un sentido y unas significaciones subjetivas y colectivas al proceso de salud enfermedad, acentuándose el análisis en el rasgo estructural del individualismo y la eficacia pragmática del MMD.

El individualismo para agenciar la salud y la eficacia pragmática de las prácticas curativas en las que residen las expectativas de los pacientes, son el núcleo para exponer las dificultades identificadas para prestar un servicio de salud alternativo.

Los terapeutas energéticos coinciden en declarar que el sistema de valores y creencias impuesto por la cultura somática de cuidado del cuerpo es uno de los principales baches para enfrentar en los inicios del proceso terapéutico, debido a la predisposición con la que llega el paciente para ser atendido y para seguir las indicaciones del tratamiento tal como lo relta Alexandra: “Siempre desde el exterior habrán muchas limitaciones porque hay muchas creencias, entonces uno hace un diagnostico a través del iris entonces creen que eso es una brujería” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019) aunado al nulo reconocimiento de las terapias energéticas por parte de una entidad estatal como lo confirma Delma: “Las dificultades es que no está aprobado el servicio, pocos saben lo que es energía. Científicamente se sabe, pero hablar con el Estado y decirles: "Mira, yo sano con las manos" es como tan difícil para ellos aceptarlo”

Sumado a ello, la actitud pasiva del paciente que subyace de la tradición médica alópata es otra de las dificultades en la prestación del servicio debido a los reclamos injustificados que algunos pacientes realizan luego de acudir a la terapia energética dan cuenta de que: “No se siente protagonista jamás de ese proceso sanador. Por eso de cierta manera me encuentro cansada, porque el paciente por más que le explicas, si algo no funciona me culpa a mi...” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019)

De otra manera asumir la salud y la enfermedad como mercancía y ubicar la enfermedad en un proceso curativo niega la responsabilidad sobre nosotros mismos ya que, el tratamiento médico propone un alivio temporal del malestar, sin permitirle al paciente ahondar en la problemática de su vida diaria que vuelve recurrente la aparición de la enfermedad, asumiendo la consigna “todo pasará con el tiempo” como una estrategia del MMH para medicalizar al individuo en función de los intereses económicos de las grandes farmacéuticas que son reconocidas como proveedoras de esperanza para recuperar la salud luego de revestirla como una mercancía de consumo proclive a ser controlada por las fuerzas económicas.

En contraposición a estos dos rasgos estructurales de la salud como mercancía y la enfermedad como un simple proceso curativo, los terapeutas energéticos conceptualizan la enfermedad como una manifestación física de un mal procesamiento de las energías, reflejado ello en expresiones como: “es una falencia de la falta de energía o el mal uso de esa energía” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019) o la ofrecida por el instructor de ThetaHealing Daniel Aljure quien la concibe como una “manifestación física de una serie de emociones que el cuerpo no es capaz de procesar.” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) llevando la definición de enfermedad fuera de las referencias convencionales del MMH que la concibe como una manifestación de ruptura, desviación o diferencia.

Es importante anotar la relación vigente entre los determinantes sociales y los determinantes personales de la enfermedad, rechazando la hipótesis según la cual el comportamiento humano se puede analizar de la misma manera como lo hacen las ciencias naturales, es decir, la enfermedad a pesar de que se presenta en un nivel anatómico no deviene y se considera solo como un mal funcionamiento a nivel biológico, por el contrario la etiología de la afección se intenta situar en el sistema de la personalidad emocional del paciente, lo cual rechaza la práctica curativa basada en la eliminación inmediata del síntoma a través de instrumentos científicos (medicamentos, operaciones quirúrgicas, etc.) y la enfatiza en el manejo de las emociones de los individuos para suprimir con el tiempo los síntomas de dolencia.

Los doctores alopáticos entienden la enfermedad como un mal funcionamiento del organismo biológico o como entes malignos alojados en los tejidos de la máquina corporal que no le proveen bienestar al cuerpo del enfermo y por lo cual este automáticamente asume una actitud pasiva y acrítica frente a sus dolencias al dejar en manos del profesional la recuperación de la salud individual, lo cual expone la existencia de una relación médico-paciente asimétrica.

Por el contrario, los terapeutas alternativos conciben la enfermedad como un proceso de cambio necesario en el cuerpo que no debe suponer una desesperanza frente a la vida generada por el hecho de no agenciar de manera adecuada la salud; se les proveen a los pacientes una visión reflexiva sobre su papel en el proceso de estabilizar su estado de salud a partir del establecimiento de una relación horizontal terapeuta-paciente sin tintes de dominación basados en un conocimiento especializado.

De esta forma se le asigna un valor trascendental a la enfermedad más allá del propio padecimiento biológico corporal sufrido por el paciente; es diferente preguntarse ¿cuáles son las causas por las que enferme? a reflexionar sobre el ¿por qué razón de la vida estoy enfermo en este momento?; para dar cuenta de las causas solo hay que echar un vistazo a un manual médico de etiologías de la afección, mientras que la segunda cuestión puede ser abordada desde un plano no material como las creencias y los valores del cuerpo que enferma.

Esta idea de la enfermedad como reflejo de creencias o pensamientos negativos se encuentra condensado en la idea de “**anti-valores que se han depositado en el ser humano; egoísmo, rabia, envidia**” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019) explicación compartida aunque no en los mismos términos y con un mayor nivel de profundidad por Daniel Aljure quien le otorga igual importancia a las creencias no en términos de valores sino de sentimientos afirmando que las personas que practican ThetaHealing entienden que “ las tres emociones negativas básicas que explican casi todo lo que nos pasa no solo cómo enfermamos, son el resentimiento, el remordimiento y el rechazo. (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) en donde cada una de esas creencias poseídas por el enfermo tienen una manifestación física diferente, esta explicación de la enfermedad es el compendio de lo aprendido por el terapeuta en manuales y lo visto en la experiencia, es decir:

“sentirte rechazado o el estar rechazando algo que no puedes comprender, te vuelves caldo de cultivo para que te salgan hongos, alguien que tenga hongos crónicos o enfermedades por hongos, le pregunto ¿por qué te sientes tan insuficiente frente a la vida o quien te rechazo y te hizo sentir poca cosa? eso es casi que automático, están ligados una cosa a la otra.” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019)

Así las cosas, se presencia un consenso de los terapeutas alternativos frente a un redireccionamiento del sentido de la enfermedad no enfocado en las consecuencias negativas y devastadoras de la misma sino en sus potencialidades de aprendizaje para avanzar como un ser humano espiritual, reflejado ello en las palabras de Alexandra quien considera que el cuerpo “viene a hacer un proceso de aprendizaje, por eso esa energía que yo uso, usa el cuerpo para poder hacer ese proceso de aprendizaje y en todos los ángulos he visto siempre que es con el fin de la expansión” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019) o en las palabras de Adriana cuando opina que:

“El cuerpo expulsa de una u otra forma toda aquello que le hace daño, simplemente empieza a reorganizarse. Pero para reorganizarse tiene que haber un caos y ese caos es a lo que se le llama enfermedad. Depende como lo concibas, positivo o negativo” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019)

Por lo general la cultura de cuidado de salud occidental se enfrasca en un primer momento en el polo negativo de la enfermedad debido a la improductiva que conlleva para el sujeto ese estado limitante de su salud, por lo cual el sujeto enfermo asume un rol de pasividad en su recuperación sumido en la premisa de aguantar el dolor, confiar y esperar hallar la cura en el conocimiento técnico de los doctores. Así pues, el terapeuta alternativo reconceptualiza el rol del enfermo proponiéndole al paciente una concepción promisoriosa y esperanzadora en su proceso de sanación-curación haciéndolo copartícipe del tratamiento y suprimiendo de esta

manera la relación de subordinación social y técnica del paciente en la que era considerado como lo expresaba Menéndez (1990) como un ignorante, portador de un saber equivocado, o el responsable de su enfermedad.

Los pacientes o consumidores de acciones de salud orientan su acción para tratar un padecimiento físico a la luz de los saberes médicos que descansan en las técnicas consustanciales a la profesionalización de la labor médica a través de instituciones encargadas de la formación técnica-profesional de los médicos alópatas dentro de un sistema de salud que impide la legitimación de otras prácticas de atención curativa.

Como tal el proceso formativo de los terapeutas energéticos se encuentra fuera de los límites formales de formación continua en una institución reconocida y certificada por el Estado, es así como cada uno asume el camino que más se ajusta a sus intereses y posibilidades para sanar. La sensación de poseer habilidades para mejorar el bienestar físico de las personas y ser consciente de que se podían potencializar con trabajo decidido, fue una de las razones que incito a las terapeutas Adriana y Delma a iniciar con una formación autónoma en el área de la salud, no desde una visión propiamente científica a pesar de que no la obviaron o la subvaloraron pero si la amalgamaron al saber esotérico circulante en la época de los años 90.

El trayecto recorrido por Alexandra, Alberto y Daniel da cuenta de una formación más técnica y especializada ya que decidieron combinar diferentes estrategias alternativas para ofrecer un servicio holístico que respondiera integralmente al manejo de cualquier enfermedad. Las escuelas internacionales europeas o americanas por lo general itinerantes en Latinoamérica determinaron la formación y por ende el perfil de estos tres terapeutas, en donde cada uno fue integrando y apropiando con el curso del tiempo las prácticas alternativas de su interés particular.

El sistema experto producto de esta formación informal para la intervención de la salud de un individuo fuera de las convenciones socialmente aceptadas por el gremio médico se estructura como un logro técnico debido al fundamento que estas terapias energéticas encuentran en los sistemas expertos de la física cuántica. La emergencia de este nuevo sistema abstracto se sustenta a su vez en la experiencia profesional de los sanadores energéticos que guiaron la educación formativa de los terapeutas en cuestión, propiciando la organización de un renovado ambiente material proveedor de unas nuevas reglas de cuidado de la corporalidad complementarias a las ya establecidas por el sistema experto alopatóico científico.

Tener el control o dominio de las técnicas y habilidades buscando manejar los flujos de energía en cuerpos enfermos es una de los fenómenos que marca la ruptura entre el modelo de atención biomédico y el modelo medico alternativo subordinado que contienen los servicios de los terapeutas de estas cinco terapias alternativas, en la medida en que se establecen nuevas modalidades para adquirir el conjunto de conocimientos que sustentan cada una de las prácticas, siendo la autonomía de los prestadores del servicio y la guía de algunos libros en el campo del esoterismo y la metafísica, los factores responsables de la formación “profesional” de los terapeutas.

La apertura de escuelas de acupuntura, reiki, herbolaria, metasofrología y un sin número de tratamientos alternativos basados en la energía para beneficiar la salud de los individuos ha sido un hito en la incidencia sobre la formación de nuevos sistemas expertos encargados de proveer prácticas de cuidado de salud alternativas a las exaltadas por la medicina científica. Al definir el sistema experto como un sistema de logros técnicos que organizan el ambiente material y de la vida social (Giddens, 1999) entendemos que la inserción de las terapias energéticas en el campo de la salud se debe a los avances y contribuciones provenientes de la rama cuántica de la física einsteniana la cual le ha proporcionado el apoyo a estas terapias a través de las demostraciones empíricas, que van desde el estudio de los campos electromagnéticos en nuestro cuerpo hasta la decodificación de las ondas neurales producidas por el sonido o los aromas en busca de las que inciden directamente en la estabilización de la salud individual.

Lo anterior supone una reorganización y deconstrucción del estado actual de las creencias que sustentan el estado de bienestar en las personas, alejando de los dominios médicos la comprensión tradicional sobre el cuerpo y rompiendo hasta cierto punto el esquema de la maquinaria social devenida de la visión mecanicista sobre la salud.

La inmersión de las terapias alternativas y complementarias en Bogotá inició hace un periodo aproximado de 30 años, o por lo menos se empezó a tratar con seriedad y como alternativa para tratar la salud para inicios de los años 90. Lo interesante de los relatos de los terapeutas es la manera en como reconocen y aceptan que tienen habilidades especiales para intervenir y mejorar la salud de los individuos acudiendo con constancia al axioma: todos tenemos dones, cualidades o talentos que al descubrirlos y trabajarlos nos proveen la capacidad de autosanarnos o sanar a otros.

En la etapa de reconocimiento de las habilidades para sanar aun no desarrolladas llama la atención como las terapeutas Adriana y Delma sufrieron un proceso de aceptación complicado dado que el medio social en el que interactuaban era reacio a darles un visto bueno a las experiencias desconocidas que experimentaban en su cuerpo, como el contacto con seres espirituales portadores de información vital para el progreso de la humanidad. El temor al rechazo en el círculo de amistades fue el causante de que ignoraran las extrañas sensaciones corporales en sus manos, alejándolas por un tiempo del camino profesional como terapeutas; pero como coinciden en decir los cinco terapeutas, hay una fuerza superior que no deja perder el rumbo de la vida y vuelve a conectar en cualquier punto con ese destino negado voluntariamente, fue así como ellas dos toman conciencia del deber de desarrollar este talento en beneficio personal y de otros.

Por otro lado los terapeutas Alexandra, Alberto y Daniel aunque al igual que Adriana y Delma inician fortuitamente en la adquisición de técnicas para sanar, lo hacen con guías o maestros en cada una de las artes que manejan, es decir, los sistemas expertos que respaldan su actividad provienen de un sistema estructurado de intervenciones en el cuerpo desarrolladas en la antigüedad y de acogida proliferante en la actualidad, debido a la eficacia y efectividad para recuperar y mantener la salud propias de las técnicas ancestrales y a las evidencias que ha aportado la ciencia sobre el funcionamiento eficaz de estas artes milenarias

como la acupuntura, la iriología, el reiki, hasta el mismo manejo del conocimiento botánico en el momento de intervenir el proceso salud-enfermedad de la humanidad.

En conclusión, cada uno desarrolla una habilidad especial en consonancia a los gustos, las inclinaciones y las influencias que fueron edificando durante su proceso de aprendizaje, optando por una profesionalización autónoma e informal ya que no estaba parametrizada por el ministerio de salud o una entidad prestadora del servicio de formación médico a pesar de que existen cuerpos institucionales encargados de emitir licencias certificadas para la formación en el área de salud.

La confianza ciega en los resultados esperados del MMH para tratar adecuadamente la salud de los colectivos sociales se caracterizó por no contemplar las circunstancias de riesgo que se asumían al utilizar los métodos de curación propuestos por el MMH. De allí que surja según Giddens (1999) la noción de fiabilidad sobre los sistemas expertos en donde la persona al optar por una acción para cuidar su salud, conscientemente tiene en cuenta una serie de alternativas en el caso hipotético de que sus expectativas se vean defraudadas.

En efecto la fiabilidad no es lo mismo que la fe en la confianza sobre las habilidades de una persona o de un sistema desconocido para intervenir la salud, esta es un eslabón entre la fe y la confianza, la fiabilidad se define más bien como la confianza en esa persona o sistema justificada por un conjunto dado de acontecimientos o resultados que “expresan en la confianza cierta fe en la probidad o en la corrección de principios abstractos (conocimiento técnico)” (Giddens, 1999: 43)

Uno de los aspectos comunes entre la respuesta de los terapeutas respecto al modo en cómo organizan su consulta es iniciar aclarando la manera en que los pacientes llegan a sus consultorios, develando la importancia de los pacientes referidos o los que llegan por casualidad, por curiosidad o para emprender un camino de introspección personal; según el caso que corresponda, los terapeutas asignan un valor significativo a esta dinámica de atracción de pacientes en la medida en que las personas que llegan a ellos vienen preparadas a conocer otras propuestas de cuidado de la salud sin la actitud prejuiciosa o irreverente frente a las prácticas alternativas, reflejando en esta actitud el aspecto anteriormente descrito de la fiabilidad.

Es posible distinguir la fiabilidad presente en los pacientes en expresiones como: “Primero que todo, cuando un paciente llega es porque ya me conoce o tiene referencias sobre mí, ya le han contado como trabajo, qué hago, qué tan efectiva soy.” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019) opinión compartida por Alberto cuando afirma “uno de los principios es no buscar pacientes, no estar buscando, sino que ellos lo encuentren a uno, es como si uno fuera el mejor medio para esas personas, pueda uno no sea el mejor médico, pero si la persona te escoge a ti para que tú seas el mejor medio para esa persona” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019).

Alexandra concreta estas dos visiones sintetizando que la última decisión para acceder al tratamiento la toma el paciente más que la labor de compartir las experiencias efectivas en otros pacientes “Unas personas las refieren a otras personas, simplemente por referidos.

Nunca me gusta publicar absolutamente nada, siempre estoy hablando de darle información a las personas y ya las personas deciden.” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019)

Adicionalmente, se encuentra un paralelo con el pensamiento casuístico de la llegada de los pacientes tanto en Alberto como en Alexandra, quien expresa que “todo es guiado por una energía universal. ¿quiénes son los que participan en este tipo de consultas? Quienes sienten esa necesidad de hacer esa búsqueda interna y que realmente quieren tener un proceso de sanarse” subrayando la disposición de la persona en el momento de recibir y atender a las indicaciones propuestas por el terapeuta alternativo la cual se refleja en la actitud receptiva por apropiarse en su cuidado de la salud lo dialogado con el terapeuta.

Luego de reflexionar sobre la forma de llegada de los pacientes, se constata que los terapeutas les comparten la metodología de intervención en el proceso de salud-enfermedad elaborada en el transcurso de sus años de experiencia, explicación que va acompañada de pautas específicas para que el tratamiento resulte efectivo, pautas que por lo general van dirigidas a despertar del estado de pasividad en el proceso de recuperación de la salud individual al que se sometió mentalmente a las personas desde un esquema paternalista de atención que considera el rol del enfermo dependiente de la capacidad del rol profesional del médico para curarlo, escenario en el que se resignifica el carácter dominante subyacente a la relación médico-paciente.

Esta situación se manifiesta en consideraciones como: “más que todo, es explicarle qué hago, cómo lo hago, el tiempo que dura, el proceso que lleva y sobre todo explicarle al paciente, hay que ser muy ético en eso, de decirle que no todo depende de mí. Yo hago un trabajo, pero es un 50%” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019) evidenciando así el papel protagónico y activo del paciente en este proceso, idea compartida con Alexandra cuando con vehemencia rectifica que “¡Las personas no se sanan porque la mamá quiera, porque la abuelita quiera, no! Es porque el paciente debe estar en la condición de asumir su proceso de sanación.” o por Alberto al describir el escenario iniciático del paciente quien “llego a ti por alguna razón y tu sientes que estás dando lo mejor y esa persona está lista para recibir algo, puede ser una sugerencia, una comprensión, o un tema médico y es muy fértil lo que uno puede aportar en ese momento” enalteciendo una vez más la disposición por encima de la fe, a pesar de que estos dos factores se encuentren sutilmente conectados.

Cada uno de los terapeutas al iniciar una sesión de terapia construye acudiendo a diversas estrategias metodológicas de recolección de información y de la mano del paciente, una historia de vida sobre este que le permita reconocer objetivamente el origen de la enfermedad representado en un bloqueo del flujo energético, lo cual evidencia una nueva modalidad de diagnóstico en la que las historias médicas con soporte en los exámenes especializados pasan a un segundo plano para dirigir la atención a las situaciones de la vida cotidiana que propician la enfermedad del individuo proporcionándole un nuevo entendimiento de tratar la afección, como lo demuestra el relato de Alberto:

“¿cómo ordeno? básicamente es siempre estructurar una historia donde yo pueda llenarme de información y muchas veces uno entra a ser como el eslabón perdido, el

paciente ya ha sido más que estudiado, tiene todo lo necesario para ser evaluado, entonces ya no necesito estar en el otro tema que es "voy a pedir un examen de laboratorio" ya no, simplemente tu entras a comprender con el paciente la situación y darle otra nueva visión otra nueva resolución a lo que está pasando” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

o el de Daniel:

“yo le digo a las personas que trabajan conmigo que hay algo que es accesorio que es la sensaciones que tú puedas experimentar durante la sesión, es decir, el ejercicio de meditación es muy placentero, muy bonito, la gente sale muy relajada y uno tiene una serie de herramientas y un talento para hacer sentir bien a la persona y para estabilizarla, pero eso no es lo realmente importante, lo importante es como se manifiesta después en la vida cotidiana que es lo que se termina construyendo” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) concretando así la finalidad última de su intervención que está dirigida a cambiar y sustituir en la cotidianidad de cada quien aspectos considerados desde el TH como negativos y portadores de males físicos y psicológicos.

A pesar de que cada uno tiene una particularidad para organizar su consulta los cinco terapeutas concuerdan en establecer unos principios para conseguir una apertura en las creencias de los pacientes que les permita integrar las concepciones propias del tratamiento en la mentalidad de la persona, buscando de esta manera transmitir una idea diferente del saber médico institucionalizado sobre el modo de entender y tratar la enfermedad a partir de la reflexión sobre las diferentes dimensiones de la salud y la vida, reflexiones propias de cada una de las terapias energéticas las cuales centran su interés en comprender la situación emocional del paciente, porque como lo explica Delma “a veces muchas personas no hablan o no se pueden comunicar con sus familiares o no pueden ser sinceras, mientras que con el terapeuta puede soltar esas incomodidades, eso que le molesta, eso que no puede decir, y con solo hacerlo, suelta esa energía que no le sirve para que su cuerpo mejore” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019)

En el ámbito de la modernidad la fiabilidad existe bajo la condición del contexto de un conocimiento general de que la actividad humana deviene de una construcción social y no de un pensamiento mágico-religioso y supeditada a la condición de entender la transformación de la acción humana producida por el carácter dinámico de las instituciones modernas (Giddens, 1999)

Los terapeutas están de acuerdo en que desde su tratamiento si se transmiten información no occidentaliza para el cuidado de la salud, haciendo énfasis en que las prácticas de otros lugares del mundo fuera de las reconocidas por el sistema médico son el fundamento o las bases de su terapia, lo cual alude a la estrategia utilizada por los terapeutas para crear confianza en los pacientes y asimilen que el saber que manejan para intervenir la salud es reconocido por otras culturas alrededor del mundo.

Se aprecia de igual forma en sus respuestas la tendencia a no desvalorizar las prescripciones o los consejos de los doctores alopáticos asumiendo su intervención en el paciente como un complemento a los procedimientos realizados por un médico alópata, en donde los terapeutas fungen la labor de catalizadores de procesos para recuperar el bienestar del paciente, sin obviar el sentido crítico que transmiten frente al MMH, esto expresado en palabras de Delma al afirmar:

“nunca les quito los medicamentos a los pacientes que les han sido prescritos, lo único que hago, es que ellos mismos cada vez que van a su consulta, controlen como van. Si yo le hice una limpieza al hígado, el próximo examen debe salir perfecto, eso es lo que esa persona debe mirar” notándose en su intervención la visión complementaria y la neutralidad frente a los servicios tradicionales” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019)

de igual forma como lo constata Alberto:

“desde mi modo de apreciar es que es más eficaz un químico que no toma sino una vez al año o dos veces máximo, y después si puede darles permiso a los botánicos para desparasitar. Yo acudo muchas veces a procedimientos quirúrgicos o también los evito o también formulo un antibiótico o un analgésico o también los evito, siempre estoy abierto a posibilidades.” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

Las investigaciones desde la sociología y la antropología han documentado cómo a través de la higiene, los consejos para una buena alimentación o las pautas de crianza, la práctica médica difunde unas pautas de comportamiento consideradas como las correctas (Menéndez, 1990) que como apunta Giddens (1999) en sus reflexiones sobre la índole reflexiva de la modernidad, la tradición “es una manera de integrar el control reflexivo de la acción” (1999: 45) sin desconocer el dinamismo de la tradición ya que ha de ser reiventada por cada nueva generación, fenómeno que engloba la integración de cuidados de salud alternativos a los demarcados por el MMH, en donde los pacientes al hacerse cargo de la herencia cultural bajo los preceptos energéticos, dejan de validar por ejemplo la tendencia a percibir la etiología de los problemas en términos individuales, es decir, dejan de opacar la causalidad social y los procesos históricos.

La tradición en palabras de Boltansky (1982) constituye una suerte de código de buenos modales de la relación con su cuerpo, el cual está profundamente arraigado y es común a todos los miembros del conjunto social. Por ende, este código se sintetiza en normas específicas sujetas a la capacidad de atención médica alopática, normas o reglas que al ser reconstruidas por deducción deben postular su existencia y explicar la capacidad de los sujetos sociales para reproducir comportamientos de cuidados de salud específicos.

Es por ello que los comportamientos enmarcados en la tradición médica y controvertidos por las renacientes terapias energéticas postulan que la reflexión de la vida social moderna consiste en el hecho de que: “las prácticas sociales son examinadas constantemente y reformadas a la luz de nueva información sobre esas mismas prácticas” (Giddens, 1999: 46)

alterando en este sentido su carácter constituyente. Lo que permite concluir que el carácter de la modernidad no es satisfacer el apetito por lo nuevo si no buscar la presunción de reflexión general de los fenómenos.

El flujo de información correspondiente a los estudios matemáticos y físicos que han buscado explicar y justiciar la noción de energía en el proceso salud-enfermedad sintetiza el planteamiento de Giddens sobre la índole reflexiva de la modernidad ya que, la medicina energética y la producción de conocimiento sistemático sobre la vida social a partir de la exploración en esta área de los cuidados alternativos de la salud, se hace integral al sistema de reproducción de las conductas consideradas por MMH como las correctas promoviendo en este sentido la transición de la vida social fuera de los anclajes de la tradición (Giddens, 1999) tal como lo demuestran algunas consideraciones de pacientes de terapias energéticas:

A partir de esta visita, me empecé a interesar más con la medicina energética, todo lo que tiene que ver con el equilibrio de energías, de chakras y otras herramientas de tipo espiritual que también contribuyen a mantener en equilibrio lo que es el cuerpo, la mente y el alma y todos sabemos que cuando hay equilibrio en nuestro cuerpo, esto se ve reflejado en una mejor salud. (Entrevista paciente Angelica, 04 octubre 2019)

(...) si cambian los hábitos, empezando que me cambiaron a partir de la depresión, hay le cambia a uno totalmente el pensamiento, la forma de actuar, bueno, muchas cosas. Porque es algo que tú no sabes cómo lo puedes afrontar, entonces con ella empieza uno a adquirir herramientas para uno poder cambiar los hábitos que le hacen tener esa depresión (Entrevista paciente Andrea, 15 septiembre 2019)

(...) daban como consejo como para que uno enfrentara la enfermedad, algo más orientado hacia lo emocional, porque pues con el tiempo lo descubrí y si es muy necesario, pero en ese momento no fue sencillo porque todo estaba muy reciente, (...) con el tiempo, si lo empecé a analizar y lo que ellos decían lo empecé a aplicar. Ellos me decían "tu tienes un dolor emocional muy fuerte y si tu no logras sanar eso no vas a a poder continuar y tu enfermedad te va seguir molestando, entonces tienes que sanar eso emocional que tienes hay, está bien si no lo quieres compartir, pero necesitas solucionarlo o no vas a lograr avanzar en el tratamiento y volver a retomar tu vida de adolescente." (Entrevista paciente Angie, 11 septiembre 2019)

10. Capítulo 3 - Elaborar la representación social de las terapias energéticas contrastándola con la propuesta teórica de la sociología sanitaria.

La línea argumentativa de este apartado está enfocada a la exposición de las características históricas que explican el surgimiento de la sociología de la salud con el fin de construir la representación social de la medicina energética, en función de evidenciar la relación existente entre las propuestas de los terapeutas energéticos y las reflexiones emanadas de esta disciplina sociológica en lo que concierne al manejo de la salud de los grupos sociales.

El modo de entender el ejercicio histórico de la medicina en la sociedad es el objeto de estudio de la sociología de la medicina que enfoca su análisis en el estado o condición patológica, individual o colectiva de la salud de los individuos que desde la sociología americana influenciada por Parsons se definió el proceso enfermedad/salud en términos individuales en oposición a la sociología europea que desarrollo marcos de explicación de carácter más colectivo para definir este proceso. (Donati, 1994)

Esta primera etapa de la sociología de la medicina no definió la enfermedad en términos sociológicos debido a que era considerada más como una medicina social que entendía la enfermedad como una patología con base orgánica, será Parsons el responsable de traducir la enfermedad en los términos sociales de “rol del médico” y “rol del enfermo” y analizarla bajo la idea de actos institucionalizados, considerándola por lo tanto como un potencial peligro para la integración sistémica.

Esta situación que ubicaba al sujeto enfermo en una condición de directa dependencia pasiva de un sistema en el que predomina el control del ambiente material, llevo en 1950 a Parsons a considerar la enfermedad como un transtorno psicológico o como una función social desviada, expresando una respuesta de no conformidad a los imperativos culturales del sistema social (Donati, 1994) siendo esta una de las razones para que se desarrollará el complejo profesional médico de la mano de las instituciones hospitalarias con el objetivo de devolver el enfermo a la normalidad.

La falta de integración entre los diversos planteamientos y niveles de análisis sugeridos por Parsons y el hecho de valorar los comportamientos tanto del médico como el paciente como elementos impersonales del campo profesional médico, marcaron las deficiencias de la propuesta parsoniana y se sugirió la necesidad de transitar del “rol del enfermo” al sistema de salud como un esquema que se desarrollaba sobre la misma propuesta de Parsons pero ya no concebiría la enfermedad como desviación sino como inadaptación.

Este cambio de marco referencial fue asumido por la sociología como una oportunidad de reconducir el tratamiento de la enfermedad desarrollando en este sentido las instituciones especializadas (hospitales, clínicas) con base en los progresos tecnológicos de la medicina en donde la institución médica es positivamente funcional a la sociedad en cuanto protege a la familia de los efectos destructivos de la enfermedad, refuerza el papel del enfermo como mecanismo de control social y facilita el proceso terapéutico mediante un tratamiento de carácter motivacional y no simplemente mediado por el uso de instrumentos científico tecnológicos (Donati, 1994)

De esta manera en la sociología de la medicina prevalece un paradigma médico de orientación individual en el que el concepto de enfermedad se basa en las motivaciones desviadas y en la incapacidad o imposibilidad del individuo para agenciar por si solo el estado de déficit funcional y el paradigma médico de orientación sistémica en el que la enfermedad se origina por las alteraciones del nivel orgánico y psicológico del sujeto incluyendo en su comprensión dimensiones de tipo cultural y social.

Identificar el núcleo central permite el estudio comparativo de las representaciones, teniendo como precedente que dos representaciones deben estar organizadas alrededor de dos núcleos figurativos distintos para que sean diferentes, no basta con la simple descripción del contenido del objeto para reconocerla y especificarla. Por esta razón, se exponen dos representaciones de la medicina definidas por un mismo contenido si bien, ambos contenidos activos encaminados en buscar el estado completo de bienestar físico, social y psicológico su organización y la centralidad de ciertos elementos denotan representaciones totalmente divergentes respecto al modelo de atención y los cuidados de la salud individual, de allí que se haya dejado en evidencia en el apartado anterior las discontinuidades del MMH respecto a las propuestas de la medicina energética.

Haciendo uso de lo hasta ahora descrito, para elaborar la formación del núcleo central de la representación social de los cuidados de la salud alrededor de las terapias energéticas se optara por hacer uso de las dos dimensiones que emergen del núcleo central según Abric (1987) para esclarecer en primer lugar -según la naturaleza del objeto- desde la *dimensión funcional* los principios de realidad o de funcionamiento que le otorgan sentido a la finalidad operatoria de la medicina energética, resaltando los elementos más relevantes para llevar a cabo la tarea de incidir en la salud de los pacientes que acuden a esta terapia alternativa.

En este orden de ideas se pretende caracterizar la *función de saber* de la representación social en relación directa con la información proporcionada por los cinco terapeutas. Este saber práctico de sentido común permite que los sujetos adquieran e integren conocimientos en un marco comprensible que facilite y posibilite la comunicación social.

Abarcar la función de saber de la representación social es definir la medicina energética (ME) en cuestión desde la concepción de los prestadores del servicio, lo cual implica abordar en primera instancia el concepto de cuerpo o del bienestar del cuerpo, bienestar obtenido luego de moldear, atraer o regenerar moléculas energéticas desde diferentes modalidades y no solo desde la intervención directa sobre el cuerpo físico. Por ello, los terapeutas aluden a la constitución del cuerpo antes de ofrecer una definición sobre (ME), conceptualizando el cuerpo respecto a los tratamientos que ellos ofrecen, en este sentido resaltan definiciones como “somos vibraciones de energía” “somos energía como cuerpo” “somos sistemas de energía” “somos pensamientos y creencias que son una forma de energía”, conceptualización que manifiesta el esfuerzo permanente de los terapeutas por entender y comunicar a sus pacientes un marco de referencia que guía la fundamentación de su servicio alternativo.

Por lo tanto, condensar el concepto de ME en una unívoca acepción resulta complicado e innecesario en la medida en que cada terapeuta entiende la ME dentro de una multidimensionalidad de factores que orientan la prestación de su servicio (emociones, creencias, ambiente), la relación común encontrada entre los cinco terapeutas entrevistados es que entienden la energía como “eso que somos como seres humanos” compartiendo un fin común entre ellos que es asistir, cuidar, sanar o mejorar el bienestar físico del paciente.

Además de la función cognitiva de entender y explicar el conocimiento específico base de la representación, la *función de identidad* sitúa a los individuos y a los grupos en el campo

social a través de elementos identitarios propios del conocimiento de los terapeutas energéticos que puede o no, ser compatible con el conjunto de normas y valores social e históricamente determinados.

Rastreando esta función de identidad en la experiencia de los terapeutas se identifica que en un inicio ninguno de los terapeutas entrevistados tenía proyectado ser reconocidos como “médicos” alternativos, fueron diversas circunstancias de la vida las que los condujeron a profesionalizarse en esta labor. Los resultados efectivos manifestados en la gratitud luego de la intervención de uno de sus primeros pacientes fue un motivo acuciante para tomar la decisión de dedicar el resto de su tiempo a perfeccionar cada vez con mayor rigor su práctica hasta obtener el reconocimiento de un número considerable de pacientes que en la mayor parte de los casos son personas que hasta el día de hoy siguen atendiendo.

La prestación del servicio alternativo se masificó debido a la trasmisión voz a voz de experiencias satisfactorias de usuarios que remitieron a familiares o conocidos que al igual que ellos no encontraron soluciones pragmáticas efectivas en el modelo biomédico de atención, de esta manera Adriana relata “entonces esta persona le dijo al otro, y me llevaron a un sitio donde me dijeron "mira, tengo tantas personas, y así como una bola de nieve empezó una cosa que fue incontrolable atender durante muchos años.”(Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019); la terapeuta Delma inicia a prestar el servicio en las mismas condiciones del voz a voz y lo curioso de su caso es el vínculo formativo y de apoyo que crea con Adriana en relación al desarrollo de sus habilidades con la imposición de manos

“(…) antes lo ejercía, pero no de la misma manera. Empecé a buscar una persona que fuera una guía para saber lo que me estaba pasando. Gracias a Dios pues llegó esa persona que es Adriana Barros Serra, me explico el por qué me pasaba eso en las manos, sin embargo, yo ya había trabajado con las manos y sabía que las personas al solo imponerle las manos mejoraban y sanaban” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019) salvaguardando así una identidad basada en la imagen positiva del grupo de pertenencia que por cuestiones del azar había edificado con la terapeuta Adriana.

El referir personas producto de una intervención efectiva atrajo de igual forma los primeros pacientes de los terapeutas Alexandra, Alberto y Daniel quienes iniciaron a prestar el servicio después de haber realizado una capacitación extenuante en terapias alternativas y complementarias a través de institutos o escuelas de formación internacionales, reflejado ello en las diversas certificaciones formativas, que en el caso de Alexandra exhibe en su consultorio (ver anexos).

Se subraya en este punto la informalidad del contexto espacial y normativo en el que inician a prestar su servicio alternativo y a partir del cual empiezan a edificar una identidad de terapeutas energéticos, observando que el lugar de atención que era un espacio común del lugar de residencia del terapeuta o del paciente y el vacío legal de su práctica en una ciudad central receptora de las nuevas ideas de la modernidad para agenciar la salud, poca incidencia tenía en la fiabilidad que su nueva identidad le proporcionaba a los pacientes para acceder a un servicio alternativo energético.

La *función de orientación* que conduce los comportamientos y las prácticas tanto de terapeutas como de pacientes luego de constituida la representación de los cuidados de la salud emanados de la medicina energética está determinada por la efectividad que se le asigna a los tratamientos alternativos, el costo de los mismos y la significación social de la terapia energética, dejando en evidencia la influencia de cada uno de estos factores en la formación del sistema de expectativas y anticipaciones utilizado por los pacientes para acceder a las terapias energéticas.

La temporalidad de los resultados del tratamiento es uno de los factores que inciden en la efectividad del mismo, es decir, las personas a pesar de asistir a un cierto número de sesiones para manejar su problema de salud y ser testigos del cambio proporcionado por la terapia energética no son lo suficientemente conscientes para mantener en el tiempo los hábitos propuestos por los terapeutas energéticos, lo cual conlleva a que reaparezca la enfermedad por no haberse convertido en un partícipe asiduo de su proceso de recuperación.

Además de la asiduidad para seguir los consejos de los terapeutas el papel que desempeña la fe contenida en la fiabilidad, es de suma importancia en tratamientos como el de Adriana o Delma estando estos basados en principios inmateriales de la realidad, situación descrita por Delma como crítica, al enunciar

“yo no te puedo colocar mi fe, por lo que yo he visto, si tu no la tienes. La fe es la certeza de que eso va a pasar así tu no veas nada, porque estamos acostumbrados de que, si no vemos, todavía nuestros ojos físicos, no lo pueden ver, no existe y es mentira” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019)

Se discute allí la asimilación mental previa que debería tener el usuario ya que, como lo sugiere Alexandra “el paciente tiene que estar preparado, si no está preparado esto no le va a servir para nada” y continua su intervención aclarando que las personas se acostumbraron a soluciones inmediatas y el trabajo que ella realiza solo proporcionara soluciones temporales “porque si tú no haces el cambio de lo que está haciendo el bloqueo en tu vida que genera las enfermedades, realmente nunca vas a sanar.” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019) o como lo asegura Daniel “si alguien esta por ejemplo muy metido en un tema de un fanatismo religioso, difícilmente el pastor de su iglesia le va a ver con buenos ojos que venga a verme y que venga a tomarme.” situación que imposibilita concientizar al paciente sobre la relevancia de la fe propia en la terapia energética para que esta sea efectiva en el manejo de la enfermedad que lo aqueja.

Por su parte el terapeuta Alberto concibe la ineficacia de su intervención debido a la falta de apoyo entre terapias alternativas, es decir considera que si hay personas a las que no le es efectiva su intervención pero “igualmente este no es trabajo solo, sino uno esta con un ejército de terapeutas que son buenos en diferentes aspectos, por ejemplo, si yo veo que alguien necesita más, reflexología podal, la pongo en manos del reflexólogo para que haga su trabajo y yo después continuo” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

No está presente en los terapeutas en su calidad de prestadores del servicio de terapias energéticas, ninguna discriminación relacionada al perfil social, económico, cultural, político

del paciente ni al nivel de la enfermedad presente en el usuario que acude al tratamiento alternativo. Cada uno de los terapeutas como lo expresa Alberto se encuentran “abiertos a todas las posibilidades habidas y por haber” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019) de recibir cualquier tipo de problema relacionado con el mal funcionamiento anatomofisiológico de la persona que lo busca y confía en él para ser curada, aumentando así la posibilidad de que cualquier persona decida orientar su acción de buscar respuestas a sus padecimientos en los tratamientos alternativos de la terapia energética.

Los límites quizás se establecen desde la dimensión psicológica del usuario o como lo expresa Daniel desde el punto de vista de las creencias del paciente “las únicas personas a las que no puedes atender, son personas a las que en su libre albedrío se declaran ateas” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) en razón de su impotencia para concebir el mundo más allá de la materialidad, axioma que se opone a los principios básicos de este tipo de terapias energéticas fundadas en la raíz inmaterial y metafísica del mundo que se habita, no por ello se afirma que esto intangible no haya sido objeto de investigaciones para comprobar su forma inteligible a la luz de la ciencia.

Del mismo modo, la función de orientación se ve mediada por los costos de la terapia, tres de los terapeutas mencionan específicamente al valor de sus terapias, valor diferencial entre sesiones de diagnóstico y sesiones de tratamiento, es el caso de Alexandra quien cobra por diagnóstico 40.000 pesos y por sesiones de tratamiento entre 50.000 y 70.000 pesos; en el caso de Daniel que por una sesión de un límite de duración de una hora y media cobra 180.000 pesos.

Se pensaría como lo relata Alexandra que el costo de la terapia incluye los gastos del mantenimiento del consultorio unidos al reconocimiento de su profesionalismo y tiempo invertido en el proceso, pero se constata que los terapeutas tienen un lugar independiente para prestar el servicio ya sea apartamento, casa, consultorio dentro de la casa que habitan o en caso de domicilio el lugar destinado por los pacientes para su atención, lo cual no les implica mayores gastos más que el desgaste físico y emocional que puedan sufrir luego de atender a los pacientes.

Por su lado Delma es la terapeuta con un costo por sesión diagnóstico más accesible de los cinco, siendo este de 30.000 pesos, cabe anotar que este precio es independiente de la terapia completa que depende de la afección del paciente concordando con Alberto en decir: “Lo que hago es hacer un cobro inicial de evaluación, usualmente ya hace parte de un primer tratamiento, y dependiendo del caso situación se postula un tratamiento y un presupuesto, un tiempo.” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019) situación que demuestra la importancia de proyectar en el tiempo según la enfermedad el presupuesto requerido para acceder al servicio alternativo.

Se enfatiza además la cultura latina de no valorar un bien o servicio cuando este no tiene un costo elevado, en todos los casos el compromiso espiritual que los terapeutas tienen con la humanidad se vio reflejado cuando manifestaban las razones por las que cobraban: “Tengo precios estándares para la consulta y los tratamientos ¿por qué?, cuando tu das algo gratis no te lo valoran, pero eso no quiere decir que yo tengo unos costos altos.” (Entrevista Adriana

Barros, 25 septiembre 2019) congruente con lo relatado por Alberto “Frecuentemente uno se encuentra con la posibilidad de ser anargiro, es decir, no cobrar nada (...) es como esa visión, ser misericordioso porque uno no puede cobrar a todo el mundo igual, y también uno reconoce quien está sacando un provecho y manipulando pudiendo pagar, pudiendo atenderse a sí mismo” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019),

Esta actitud misericordiosa que se mantiene en cada uno de los terapeutas cuando se encuentran frente a un caso particular de pacientes sin ingresos económicos estables y con la necesidad de ser atendidos, como lo expresado por Alexandra: “También pienso que hay personas que están en procesos de patologías que no pueden asumir el costo y yo realmente no cobro, porque si la persona lo quiere y yo lo tengo, pues se lo ofrendo y ya” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019) convicción compartida por Daniel, quien concluye luego de referirse a situaciones en las que no ha cobrado por su trabajo que:“(...) pero en la mayoría de casos cuando no cobras nada o cuando lo dejas muy barato la gente no se lo toma en serio, yo no sé porque es así, es un tema como de naturaleza humana y muy acá latino, muy de nosotros decir: lo que no nos cuesta hagámoslo fiesta” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019)

En estos términos establecidos por la experiencia de los terapeutas energéticos destaca la función que cumple el cobro frente a la orientación de los comportamientos para agenciar la salud, el compromiso, la fiabilidad y el entusiasmo asumido por el paciente por seguir utilizando el servicio alternativo, en otras palabras, el cobro desde la concepción de los prestadores de servicio es una “estrategia” para que el paciente asuma una responsabilidad frente al bien adquirido y no decante con facilidad la información suministrada por los terapeutas, además de la influencia que el costo tiene para que el paciente no se desmotive por el valor de la terapia, evitando una pobre adherencia y más bien incentivando la constancia en el tratamiento por parte del usuario. Idea condensada en la opinión de Delma “mis pacientes, algunos, no tienen el dinero y para mí lo más importante es que esa persona mejore su calidad de vida. Entonces lo atiendo, de pronto le digo no le cobro, pero haga el tratamiento como es” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019)

Por último, la *función justificadora* de la representación que permite a los actores explicar y justificar frente a terceros los comportamientos adoptados, en este caso tanto de los terapeutas para prestar el servicio como de los pacientes para agenciar la salud con terapias energéticas en aras de perpetuar la diferenciación social de la representación pretendiendo de igual modo discriminar o mantener la distancia social entre los grupos que justifican el sistema de atención del MMH.

Esta función se analizó, en el momento de interrogar a los doctores sobre el modo en que inician a prestar un servicio de salud que alterna los diagnósticos y los tratamientos del modelo científico biomédico, identificando que es común encontrar en sus respuestas alusiones a una casualidad escatológica de diversas índoles que los llevaron a formarse en los campos alternativos de la comprensión de la salud.

Expresiones como “(...) no sabría explicarte exactamente cómo sucedió, pero sucedió, en algún momento de la vida hay conexiones universales, conexiones espirituales que te

permiten comprender y entender porque ciertas situaciones de tu vida ocurren.” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019), “es un poco difícil explicarlo, pero, cuando yo era muy niña tenía unas facultades diferentes...” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019), “Digamos que la vida misma lo va llevando a esto, yo comencé a hacer cirugía plástica” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019), demuestran el carácter fortuito por el cual cada uno de los doctores comenzó a reconocer o desarrollar habilidades de sanación.

Dos de los terapeutas referencian eventos sobrenaturales a través de los cuales adquirieron o desarrollaron sus habilidades sanadoras tales como la clarividencia fundamentada en la transmisión de información de seres espirituales hacia seres humanos o las sensaciones de extrañeza en las manos cuando se estaba cerca de una persona enferma que necesitaba ser tratada, relatos correspondientes a las terapeutas Adriana Barros y Delma Romero, quienes por alguna razón de la vida coincidieron en sus caminos para trabajar en el desarrollo profundo de esas cualidades extrañas que les habían sido ofrecidas por la naturaleza. Cabe resaltar la existencia de una formación no profesional en tratamientos terapéuticos, no acorde a un modelo de enseñanza institucionalizado de intervenciones médicas.

Los otros terapeutas, aunque se tropezaron con estos tratamientos alternativos por cuestiones del azar, (un amigo o grupos de estudios los influyeron a introducirse en este campo de la salud alterno o querían complementar sus conocimientos previos en curación o simplemente pretendían emular una experiencia exitosa en la atención de una enfermedad propia) se formaron bajo lineamientos y parámetros reconocidos de prácticas de curación alternativa que empezaron a surgir hacia finales de la década de los 90 con los diversos desarrollos en el campo de la física y la medicina que integraban saberes ancestrales, botánicos y neurocientíficos.

Se hace la claridad que la incursión de estos tres terapeutas en nuevas modalidades de atender la salud, surge luego de estar en camino de conseguir un título académico o luego de haberlo obtenido, como lo refleja la experiencia de Alexandra que paso de ser profesora de gimnasia a ser acupunturista e iriologa, o como el terapeuta Alberto que abandona en mitad de la carrera el estudio de cirugía estética y plástica para instruirse en el mundo de la bioenergía, o como lo hizo Daniel que luego de ejercer su profesión como comunicador social no encontró recompensas allí, decidiendo volcar su vocación hacia el aprendizaje de las técnicas propagadas por Vianna Stibal a través del ThetaHealing.

Además de esto, se identificó que cada uno de los terapeutas a pesar de que se forma en una línea de sanación alternativa (llámese imposición de manos, sintergetica, bioenergía, acupuntura, aromaterapia) ha guiado su enseñanza y ha forjado sus habilidades en correspondencia a sus gustos, sus convicciones y las experiencias satisfactorias de la mayoría de sus pacientes, encontrando como eje articulador y común a cada uno de los cinco tratamientos la preeminencia de la psicoterapia, es decir, el contacto y la empatía con el paciente que genera un dialogo sanador como instrumento fundamental de su servicio alternativo moldeando y ajustando este aspecto de la relación integral médico-paciente al sistema de creencias y técnicas de cada una de las terapias.

Cuatro de los terapeutas a excepción de Daniel Aljure registran una experiencia de más de 20 años en el campo de la salud alternativa, orientando y reestructurando con el paso del tiempo su servicio para hacerlo más confortable, seguro, fiable y accesible a las personas que lo quieran utilizar. De esta forma cada uno ha ejecutado proyectos de experimentación para mejorar la prestación de su servicio, ajustándose a las necesidades globales y locales en materia sanitaria, a las exigencias del contexto en el que se desenvuelven, caracterizado en un inicio por la desacreditación de las prácticas terapéuticas que no contemplaban los lineamientos básicos del modelo biomédico para atender una anomalía en el cuerpo físico y a los desarrollos tecnológicos constantes que desde los años 80 se han venido presentando en el campo de la neurociencia y la física cuántica. En una lógica de adaptar los avances de la ciencia para innovar y seguir justificando lo desconocido en la comprensión de la salud.

En conclusión, ninguno de los terapeutas inicia directamente con la práctica consciente de la medicina energética, la forma de justificar a posteriori sus posturas y comportamientos para ser reconocidos como terapeutas energéticos es transversal a su recorrido por diferentes escuelas que ofrecían visiones integrales de cuidar la salud, lo cual fue configurando y alimentando las diferentes habilidades que poseen para intervenir el proceso de salud-enfermedad de un paciente. Lo común entre ellos es que forjaron su estilo de atención terapéutico bajo el concepto polisemántico de la energía en el campo de la salud, apropiándose de las técnicas consideradas por ellos como las más apropiadas. Demostrando así, que la medicina alternativa aparte de ser un complemento de la alopática, es una suma de prácticas complementarias que potencializan los tratamientos biomédicos más no los reemplazan.

Expuestas las funciones de la representación social dimanadas de la experiencia de los terapeutas, se puede contrastar que los valores que acogen para hacer eficaces sus tratamientos poseen un vínculo directo con la propuesta de la sociología de la salud de no centrarse en tratar la enfermedad sino en trabajar integralmente el concepto de salud.

Esta conjetura se sustenta cuando los terapeutas actúan preventivamente, trazándose como meta recuperar y mantener la salud de la persona de acuerdo a una orientación activa de capacidad y voluntad, entendiendo la salud como un proceso y no como un estado, del mismo modo que lo sugiere Pierpaolo Donati (1994) en su Manual de Sociología de la Salud.

El contacto y la empatía con el paciente que genera un dialogo sanador como instrumento fundamental de su servicio alternativo enfatiza el papel dinámico del sujeto enfermo sin enfocarse en el aspecto terapéutico de control (Donati, 1994) moldeando así una relación integral terapeuta-paciente en el interior del sistema de creencias y técnicas de cada una de las terapias energéticas.

Se espera un constante compromiso enfocado al cambio de hábitos y el modo de llevar la vida de los pacientes, pero también un compromiso centrado en modificar el sistema social y sanitario (Donati, 1994) dirigiendo a programar el sistema de salud no sobre las acciones estatales de intervención de la enfermedad sino sobre las acciones preventivas para evitar su manifestación corporal evitando la intromisión en el cuidado de la salud de un modelo instrumentalizado en sus formas de intervención, característica que no permean el

funcionamiento de los tratamientos energéticos ya que, en el momento en que se les cuestiona a los terapeutas energéticos sobre los instrumentos utilizados para intervenir el cuerpo del paciente llama la atención encontrar que ninguno hace uso más que de las manos en el caso de Adriana y Delma, en unidad con las palabras y algunos brebajes o preparaciones de remedios naturales como en el caso de Alberto y Daniel.

En cuanto a Alexandra debido a su formación continua en distintas terapias energéticas y su estudio universitario en fisioterapia y su experiencia con industrias de esencias aromáticas, le ha permitido sumarle a las palabras y al manejo de sus manos una lista de instrumentos provenientes de las ramas de la medicina científica pero complementarios en su tratamiento alternativo, por ello utiliza términos como auscultar al paciente lo cual requiere de un estetoscopio o aparatos tecnológicos como el ultrasonido para la rehabilitación de las articulaciones de los pacientes con diagnósticos proclives a hacer uso de dichas herramientas.

Manejar adecuadamente tantas técnicas y mezclarlas le permite además atender integralmente una gran variedad y número de pacientes ya que, no se limita a clasificar los tratamientos en función de las afecciones, la premisa para Alexandra es combinarlos “Dependiendo cada situación y cada paciente ajusto su tratamiento” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019)

Se identifica la inexistencia de procedimientos quirúrgicos o incisivos y se resalta el uso no solo de las manos sino de la palabra “no es simplemente imponer las manos sino detallar globalmente qué pasa en ese paciente (...) también necesito esa parte en que, a través de ver lo que hay en esa persona poder inducir a las preguntas correctas para recibir las respuestas correctas que le permitan a esa persona pensar que si, efectivamente hay un problema más allá de lo físico que me está afectando, entonces hay otro tipo de sanación energética que es una sanación emocional en donde a través de la palabra intercambiamos energía y nos permitimos sanar” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019) método compartido por Delma al rectificar que “a veces muchas personas no hablan o no se pueden comunicar con sus familiares o no pueden ser sinceras, mientras que con el terapeuta puede soltar esas incomodidades, eso que le molesta, eso que no puede decir, y con solo hacerlo, suelta esa energía que no le sirve para que su cuerpo mejore” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019).

Las condiciones del espacio en el que prestan su servicio son relevantes en la medida en que se busca un lugar ideal para entablar una buena comunicación con el paciente, surgiendo la figura desgastada del consultorio entendido este como un instrumento poco indispensable para la intervención en la salud del paciente ya que, los cinco terapeutas en varias ocasiones prestan su servicio a domicilio, requiriendo únicamente un espacio armonioso para dialogar. Esta idea la trabaja con vehemencia el terapeuta Alberto quien después de tener un consultorio formal con escritorio y camilla, decidió transformar el concepto del lugar de atención argumentando que “en la medida que pasa el tiempo, cada vez se hace más obsoleto el consultorio, entonces si tú ves el sitio donde estamos hablando es más un propiciatorio, que propicie que te sientas cómodo, más un locutorio...” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

La situación que plantea el terapeuta Daniel es interesante debido al contrato que asegura haber firmado con la escuela o institución que ofrece los cursos de TH, en el cual se le prohíbe intervenir o cambiar hábitos ya establecidos por los médicos en el cuidado de la salud del paciente a intervenir, decididamente relata: “yo no intervengo directamente con el cuerpo porque esto es antiético, ni formulo cosas, por principios generales en los cursos en TH existe una cosa que se llama el acuerdo general de uso de marca que es un contrato que uno firma con ellos, en la que hay una especie de código de ética” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) este escenario conlleva a que requiera al igual que los otros terapeutas solo de un espacio viable para comunicarse con el paciente guiado por el respeto del código ético del TH.

Finalmente, se resalta que para alcanzar un estado de salud óptimo los terapeutas hacen énfasis en los consejos que le proporcionan al paciente para que este comprenda la enfermedad desde un plano espiritual a partir del acompañamiento psicosocial para la estabilización de la salud. Al conceptualizar la enfermedad como una transformación para eliminar los daños que el mismo paciente se ha producido por medio de sus estilos de vida, la terapeuta Adriana reseña como en Latinoamérica las personas se enseñaron a concebir la enfermedad desde la parte física olvidando que ella también es producto de las vivencias pasadas, de las condiciones sociales de su entorno que determinarían sus emociones, sus formas de alimentación y sus situaciones diarias. Por ello afirma:

“uno da unas pautas y se quisiera que gran parte de los pacientes toman todo ese compendio completo y puedo decir, bueno: vamos a mirar cómo es tu dieta alimentaria ¿cómo te alimentas? vamos a ver cómo es tu dieta emocional y vamos a ver cómo es tu dieta social. Entonces uno no solamente hace un tratamiento energético, sino que hace un proceso terapéutico psicosocial con el paciente” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019) la variable que determina la efectividad del tratamiento en su conjunto es la asiduidad del paciente para tener en cuenta todas las recomendaciones brindadas por los terapeutas.

Es notorio, además, que aparte de las recomendaciones otorgadas en la relación médico-paciente se procura transmitirle al paciente una noción de autosuficiencia para cuidar su salud, es decir, les proporcionan desde cada una de las filosofías o cosmogonías de sus terapias las herramientas necesarias para formarse como personas capaces de agencias su salud de manera individual. Refleja esta premisa la opinión de Delma al decir: “en este momento todo mundo lo puede hacer” refiriéndose a la capacidad que desarrollo para intervenir la salud de otros a través del manejo consciente de sus manos, la intervención de Alexandra en esta misma línea lo demuestra cuando afirma “Cuando la persona se hace consciente y crea hábitos como buen resultado emerge la salud.” aludiendo a una consciencia de las habilidades ocultas que como ella relata surgen luego de “despertar” y reconocer que tenemos habilidades ocultas. (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019)

Se encuentra en el mismo camino ideas comunes referidas a la incidencia de los hábitos en la salud desde lo expuesto por Daniel al concluir que: “Tu si puedes ejercer total control sobre los pensamientos, sobre las cosas que te dices a ti mismo y al final esto termina desarrollándose en hábitos y en formas de comportamiento” premisa que se soporta desde la

visión individual de cada terapeuta entrevistado desde la filosofía particular de sus terapias energéticas que como se ha venido describiendo cada uno le confiere una relevancia diferenciada a los factores que aquejan el bienestar de la salud dependiendo del cuadro clínico en el que se enmarque la enfermedad, es decir, para algunos primara el manejo de las horas de comida, otros centraran su intervención en los problemas o crisis de la vida personal del paciente o como Daniel resaltaran la convicción de una “higiene del pensamiento” para lograr recuperar la salud independiente de todas las variables o determinantes sociales de la salud-enfermedad “sobre todo es cuidar tus pensamientos, lo que yo le enseño a mis pacientes ahora y lo que trato de hacer conmigo mismo es cuidar esa cosa que llaman dialogo interno, es decir, las cosas que uno se dice a si mismo porque esto si esta 100% bajo tu control.” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019)

De manera expresa la medicina debe reencontrar las subjetividad humana o como lo argumenta Donati “se reducirá a un instrumento técnico-administrativo tanto más ineficaz y disfuncional para el total de la sociedad, cuanto más perfeccionado este” (1994:27) entendiendo por tanto la salud y la enfermedad en congruencia a los principios y valores que fundamentan las terapias energéticas, que al igual que la sociología de la salud las ve como un hecho social que deriva de las modalidades históricas con las que se intercomunican sistema social y mundo vital.

Conclusiones

Las practicas curativas que fundamentan las terapias energeticas han resignificado la tradición de agenciar los cuidados de salud del medioevo en donde las personas casi nunca consultaban a médicos ni a ciruganos para tratar las enfermedades o dar asistencia en el parto” (Lupton, 2012) sino que se basaban en sus propios conocimientos o en los de otras personas, tal como se constato en las entrevistas realizadas a pacientes que expresaban esta actitud autonoma para tratar enfermedades a las cuales el MMH no les habia proporcionado respuestas.

Las restricciones impuestas por los estatutos legales a los hábitos y prácticas referidas a la atención de la salud y la enfermedad de las poblaciones, abre un abanico de posibilidades de cambio para agenciar la salud individual en vista de que las organizaciones privadas que ofrecen servicios de Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias asumen la etiqueta de instituciones desvinculadas

En consonancia con el objetivo trazado de describir las practicas curativas propias de la medicina energética, es conveniente afirmar que las prácticas de cuidados de salud adquiridas de la relación social terapeuta energético-paciente se derivan de la “abstracción” y “emulación” de un conjunto de conocimientos, prácticas y saberes milenarios que no forman parte de la tradición de Colombia, identificando en el ejercicio de inserción de las terapias energéticas en el sistema de salud la reestructuración de una práctica de cuidado salud alejada de su contexto original, como lo fue la inmersión de la medicina tradicional china y la medicina tradicional ayurveda.

Se anota que existen entre los terapeutas explicaciones o discursos sobre los principios de cuidado de salud más elaborados o tecnificados, lo cual no está directamente relacionado con

la eficacia pragmática del tratamiento tal como lo revelan los datos suministrados por los pacientes quienes consideran que el servicio alternativo les ha transmitido una noción de cuidado de salud diferente a la convencional-alopática independiente de la explicación del corpus filosófico-teórico que sustenta la práctica de los terapeutas.

El entrelazamiento entre las diferentes esferas de la vida social es una de las ideas que aparece con más frecuencia en el discurso de los terapeutas cuando exponen los principios esenciales de su servicio terapéutico relacionados con el ordenamiento de la naturaleza en su contribución al bienestar físico. Le asignan por tanto un grado de importancia significativo en el proceso salud-enfermedad a los pensamientos, las emociones y los sentimientos que el paciente maneja en el ámbito social, ambiental y personal siendo una de las consignas emblemáticas en los cinco terapeutas

Por lo tanto, condesar el concepto de ME en una unívoca acepción resulta complicado e innecesario en la medida en que cada terapeuta entiende la ME dentro de una multidimensionalidad de factores que orientan la prestación de su servicio (emociones, creencias, ambiente), la relación común encontrada entre los cinco terapeutas entrevistados es que entienden la energía como “eso que somos como seres humanos” compartiendo un fin común entre ellos que es asistir, cuidar, sanar o mejorar el bienestar físico del paciente.

Cada uno de los terapeutas concibe el cuerpo físico como un ente energético o un instrumento por el cual circula energía hacia los diferentes sistemas anatómicos. Cada uno de los terapeutas coinciden en clasificar por lo menos dos tipos de cuerpo, a saber, el físico y el emocional, solo uno de ellos resalta dos clasificaciones de más, el cuerpo mental y el cuerpo espiritual tal como lo estipula la filosofía hinduista.

Exponer las cosmovisiones, los presupuestos conceptuales, los fundamentos teóricos y filosóficos desde donde las terapias energéticas se aproximan a entender el mundo, la naturaleza, las pautas de cuidado y bienestar de la salud, es una tarea que en sí misma da cuenta de la configuración y auge de un nuevo sistema experto para atender las afecciones en salud de la población, sistema experto soportado además en el reconocimiento y la demanda que estas prácticas tienen entre el colectivo social ciudadano quienes han puesto la fe no solo en la competencia de los terapeutas energéticos sino en la autenticidad del conocimiento experto que han aplicado para la estabilización y recuperación de la salud y el bienestar individual.

Para alcanzar un estado de salud óptimo los terapeutas hacen énfasis en los consejos que le proporcionan al paciente para que este comprenda la enfermedad desde un plano espiritual a partir del acompañamiento psicosocial para la estabilización de la salud. Al conceptualizar la enfermedad como una transformación para eliminar los daños que el mismo paciente se ha producido por medio de sus estilos de vida, los terapeutas reseñan como en Latinoamérica las personas se enseñaron a concebir la enfermedad desde la parte física olvidando que esta también es producto de las vivencias pasadas, de las condiciones sociales de su entorno que determinaran sus emociones, sus formas de alimentación y sus situaciones diarias

Los terapeutas energéticos coinciden en declarar que el sistema de valores y creencias impuesto por la cultura somática de cuidado del cuerpo es uno de los principales baches para enfrentar en los inicios del proceso terapéutico, debido a la predisposición con la que llega el paciente para ser atendido y para seguir las indicaciones del tratamiento, resultado de la actitud pasiva que durante décadas ha alimentado el modelo de atención biomédico.

Como es de suponer en un área de salud regido por unos principios éticos en donde el paciente más que una mercancía y el trato de un objeto se le debe brindar un servicio integral, cada terapeuta inicia sus intervenciones prácticas con las personas que lo acompañaban en su grupo de formación o con familiares y conocidos. Fue así como empezaron a generar cambios en la salud de sus círculos más cercanos y deciden expandir la oferta de lo que creían ya tenían control.

La responsabilidad de trabajar con el ser humano llevo a los terapeutas a perfeccionar sus habilidades desde diversos campos alternativos, situación que contrasta la experiencia de Adriana, Delma y Alexandra, quienes en su formación acogen un saber alterno sobre el cual trabajan para apoyar la recuperación del paciente desde la imposición de manos o la sabiduría de la medicina tradicional china; mientras que Alberto a pesar de tener las bases formativas en un centro académico de médicos alópatas, decide por utilidad económica (mas atracción de pacientes) incursionar el mundo alternativo de la medicina desde la homeopatía y la bioenergía, corrientes que además están en boga cuando empieza a ejercer la profesión como médico. Escenario parecido al de Daniel, que luego de titularse como comunicador social decide emular los tratamientos experimentados como paciente con un instructor de TH tiempo después de pasar por una crisis en su salud producida por una depresión.

Se trastoca la manera de entender la enfermedad como un proceso biológico producido por un germen o una bacteria y se pasa a la comprensión mental del origen de la enfermedad. Esto no quiere decir que se ignore la incidencia de estos organismos biológicos malignos en la producción de las afecciones físicas, el punto a resaltar es la incidencia de los pensamientos para potencializar o controlar estos organismos en el desarrollo de la enfermedad

Por lo general la cultura de cuidado de salud occidental se enfrasca en un primer momento en el polo negativo de la enfermedad debido a la improductiva que conlleva para el sujeto ese estado limitante de su salud, por lo cual el sujeto enfermo asume un rol de pasividad en su recuperación sumido en la premisa de aguantar el dolor, confiar y esperar hallar la cura en el conocimiento técnico de los doctores. Así pues, el terapeuta alternativo reconceptualiza el rol del enfermo proponiéndole al paciente una concepción promisoriosa y esperanzadora en su proceso de sanación-curación haciéndolo copartícipe del tratamiento y suprimiendo de esta manera la relación de subordinación social y técnica del paciente en la que era considerado como lo expresaba Menéndez (1990) como un ignorante, portador de un saber equivocado, o el responsable de su enfermedad.

Es así, como los terapeutas alternativos conciben la enfermedad como un proceso de cambio necesario en el cuerpo que no debe suponer una desesperanza frente a la vida generada por el hecho de no agenciar de manera adecuada la salud; se les proveen a los pacientes una

visión reflexiva sobre su papel en el proceso de estabilizar su estado de salud a partir del establecimiento de una relación horizontal terapeuta-paciente sin tintes de dominación basados en un conocimiento especializado.

El proceso formativo de los terapeutas energéticos se encuentra fuera de los límites formales de formación continua en una institución reconocida y certificada por el Estado, es así como cada uno asume el camino que más se ajusta a sus intereses y posibilidades para sanar.

El sistema experto producto de esta formación informal para la intervención de la salud de un individuo fuera de las convenciones socialmente aceptadas por el gremio médico se estructura como un logro técnico debido al fundamento que estas terapias energéticas encuentran en los sistemas expertos de la física cuántica. La emergencia de este nuevo sistema abstracto se sustenta a su vez en la experiencia profesional de los sanadores energéticos que guiaron la educación formativa de los terapeutas en cuestión, propiciando la organización de un renovado ambiente material proveedor de unas nuevas reglas de cuidado de la corporalidad complementarias a las ya establecidas por el sistema experto alopatético científico.

A pesar de que cada uno tiene una particularidad para organizar su consulta los cinco terapeutas concuerdan en establecer unos principios para conseguir una apertura en las creencias de los pacientes que les permita integrar las concepciones propias del tratamiento en la mentalidad de la persona, buscando de esta manera transmitir una idea diferente del saber médico institucionalizado sobre el modo de entender y tratar la enfermedad a partir de la reflexión sobre las diferentes dimensiones de la salud y la vida.

No está presente en los terapeutas en su calidad de prestadores del servicio de terapias energéticas, ninguna discriminación relacionada al perfil social, económico, cultural, político del paciente ni al nivel de la enfermedad presente en el usuario que acude al tratamiento alternativo.

La experiencia de los terapeutas energéticos destaca la función que cumple el cobro frente a la orientación de los comportamientos para agenciar la salud, el compromiso, la fiabilidad y el entusiasmo asumido por el paciente por seguir utilizando el servicio alternativo, en otras palabras, el cobro desde la concepción de los prestadores de servicio es una “estrategia” para que el paciente asuma una responsabilidad frente al bien adquirido y no decante con facilidad la información suministrada por los terapeutas, además de la influencia que el costo tiene para que el paciente no se desmotive por el valor de la terapia, evitando una pobre adherencia y más bien incentivando la constancia en el tratamiento por parte del usuario.

Ninguno de los terapeutas inicia directamente con la práctica consciente de la medicina energética, la forma de justificar a posteriori sus posturas y comportamientos para ser reconocidos como terapeutas energéticos es transversal a su recorrido por diferentes escuelas que ofrecían visiones integrales de cuidar la salud, lo cual fue configurando y alimentando las diferentes habilidades que poseen para intervenir el proceso de salud-enfermedad de un paciente. Lo común entre ellos es que forjaron su estilo de atención terapéutico bajo el concepto polisemántico de la energía en el campo de la salud, apropiándose de las técnicas

consideradas por ellos como las más apropiadas. Demostrando así, que la medicina alternativa aparte de ser un complemento de la alopática, es una suma de prácticas complementarias que potencializan los tratamientos biomédicos más no los reemplazan.

Indagando sobre la proyección que tienen de su servicio inmerso en un sistema de salud legal que los reconozca, lo que implicaría que los financiara por prestar un bien o servicio de ayuda común los cinco terapeutas son conscientes de los beneficios que traería para toda la población en temas de bienestar social si se les diera el aval para manejar la salud colectiva, pero al mismo tiempo tienen en cuenta las dificultades de constituir tal empresa en las condiciones culturales que permean nuestra conducta en temas de cuidado de salud. Es así como cada uno reconoce las limitaciones y los alcances de sus terapias energéticas identificando la necesidad de trabajar en conjunto con el sistema médico formal para volver integral la atención del paciente. Consideraciones como la de Alexandra recojen el sentir común de los terapeutas cuando afirma que: “es parte de ese proceso porque el servicio de salud colombiano tiene una parte que es promoción y prevención, que es dar pautas educativas en el cuidado, yo pienso que por ahí es el proceso.” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

Es prudente resaltar la imitación o retraducción al contexto colombiano que Alberto y Daniel tienen de modelos de atención en salud a nivel internacional ya que, citan la experiencia de países como Japón, Noruega y Suiza en la inclusión de estas terapias energéticas en el sistema médico formal. Alberto considera necesario un financiamiento por parte del seguro o de la institución médica para emular la idea del “Green hospital” reconocido en Japón y Noruega; mientras que Daniel cita estos casos para acentuar su posición despreocupada frente a la tarea de incluir sus servicios en el modelo biomédico de atención al afirmar: “No me desvela, osea en otros países esto es una realidad. Por ejemplo, en legislaciones avanzadas como en Suiza o Suecia, incluso en los estados unidos, esto está reconocido como formas de tratamiento o como formas terapéuticas” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) a pesar de reconocer la integración de prácticas homeopáticas en cajas de compensación como Compesar.

El respaldo que los terapeutas encuentran en los avances tecnológicos de la ciencia que amplían y complejizan los marcos de comprensión de la materialidad del mundo tangible es una de las maneras de afianzar la fiabilidad de los pacientes hacia las terapias energéticas, evidenciando que cada terapeuta le asigna un valor significativo de importancia a estos desarrollos científicos pero ciñen la transmisión de la información al interés que el paciente pueda presentar frente a estos temas.

Algunos terapeutas como Adriana consideran pertinente hablar de estos temas con el paciente si este lo desea ya que: “por lo general no lo preguntan. La mayoría de los pacientes, por lo menos un 90% de los pacientes vienen arraigados a la religión y ni siquiera preguntan” o terapeutas como Delma comparten esta información por la convicción que crea en sus pacientes “los valoro y se los comento a los pacientes” o como Alexandra y Alberto que buscan edificar una conciencia crítica en el paciente al afirmar: “cuando doy las clases, les digo, no comamos entero, siempre vamos a la investigación (...) me encanta tenerles sustentada la información” o en palabras de Alberto quien considera que las bases

proporcionadas por la ciencia para ejercer su terapia “es uno de los aspectos fundamentales, que tenga un soporte serio, serio, se refiere a que no sea algo superficial, sino que permita ser, revisado, indagado, corregido” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019)

El pensamiento compartido entre los terapeutas es que los resultados son la esencia fundamental para propiciar la confianza en los pacientes, a partir de la efectividad del tratamiento y la construcción de una relación terapeuta-paciente sin parámetros de subordinación se consigue generar fiabilidad durante el proceso de estabilización y recuperación de la salud de las personas. Adicionalmente, brotan valores como el amor y la humildad para apoyar la noción de seguridad de los pacientes frente a la terapia energética como lo comenta Alexandra, pero también como se mencionó con anterioridad, la trayectoria y el profesionalismo de cada terapeuta reconocido por terceros ha configurado una significación social positiva respecto a las terapias que coadyuva a fortalecer la confianza hacia el terapeuta y su tratamiento.

Compartir con los pacientes su formación profesional en el área de la salud no es prioridad de los terapeutas a menos que la persona esté interesada en saber y se los pregunte. Deductivamente se pensaría que los doctores no poseen un discurso estructurado para persuadir al paciente en vista de su poco interés por enaltecer su proceso formativo, acudiendo solo a demostrar con resultados la efectividad de sus tratamientos y por ende su experiencia profesional para sanar cualquier enfermedad.

Se identifica una vez más en las respuestas de los terapeutas cómo la concepción de fiabilidad de los pacientes es fruto de la experiencia satisfactoria de terceros luego de haber asistido a las diferentes terapias energéticas, situación que no despierta la curiosidad de los pacientes por la formación académico de quien los atiende. Se presentan para reforzar esta idea, los siguientes argumentos: “Otros si son curiosos, entonces te preguntan raramente donde estudiaste, cuanto tiempo estudiaste, en donde... pero gran parte de la gente no le interesa tu formación sino lo que inspiras como algo más de fe y de "le creo”” (Entrevista Alberto Eraso, 17 septiembre 2019) idea de igual forma contrastada en la opinión de Daniel: “Desligándome un poco del concepto como tal de TH o de la técnica que vendo y más bien enfocándome a los resultados, a la gente me he dado cuenta, **no le importa ni con** quien estudiaste, ni cuántos libros leíste, ni te preparaste o no, si viajaste por todo el mundo o no lo hiciste... a la gente lo que le importa es el resultado” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019)

Adicionalmente coinciden en afirmar que el tiempo que gastan haciendo una presentación de su perfil profesional prefieren invertirlo en las sesiones terapéuticas, relegando al paciente la tarea de indagar sobre este tema si este así lo desea: “prefiero gastar este tiempo del preludeo o de la introducción ya en la parte terapéutica como tal y si la persona tiene preguntas, más bien entonces se las respondo por fuera de la sesión o le puedo pasar una dirección web donde pueda estudiar el tema y ya” (Entrevista Daniel Aljure, 02 octubre 2019) además de proporcionarle a sus productos en el caso de Alexandra las cualidad de transmisores de confianza en tanto considera: “ese creo que es mi plus, mi plus ha sido que le trato de dar alta calidad al paciente, y una buena calidad de producto y de conocimientos está el resultado” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019)

Recomendaciones

En lo concerniente a las dificultades identificadas para prestar un servicio de salud alternativo los terapeutas coinciden en declarar que el sistema de valores y creencias impuesto por la cultura somática de cuidado del cuerpo es uno de los principales baches para enfrentar en los inicios del proceso terapéutico, debido a la predisposición con la que llega el paciente para ser atendido y para seguir las indicaciones del tratamiento tal como lo relata Alexandra: “Siempre desde el exterior habrán muchas limitaciones porque hay muchas creencias, entonces uno hace un diagnóstico a través del iris entonces creen que eso es una brujería” (Entrevista Alexandra Castellanos, 30 septiembre 2019) aunado al nulo reconocimiento de las terapias energéticas por parte de una entidad estatal como lo confirma Delma: “Las dificultades es que no está aprobado el servicio, pocos saben lo que es energía. Científicamente se sabe, pero hablar con el Estado y decirles: "Mira, yo sano con las manos" es como tan difícil para ellos aceptarlo” (Entrevista Delma Romero, 30 septiembre 2019)

Sumado a ello, la actitud pasiva del paciente derivada de la tradición médica alopática es otra de las dificultades en la prestación del servicio debido a los reclamos injustificados que algunos pacientes realizan luego de acudir a la terapia energética de vista de que: “No se siente protagonista jamás de ese proceso sanador. Por eso de cierta manera me encuentro cansada, porque el paciente por más que le explicas, si algo no funciona me culpa a mi...” (Entrevista Adriana Barros, 25 septiembre 2019)

Cito las dificultades encontradas por los doctores para hacer consiente a la academia de seguir trabajando desde las representaciones sociales en la visualización de las dinámicas hasta ahora ocultas que surgen de las prácticas de cuidado de la salud ligadas a las terapias energéticas, pero en esta labor creo necesario establecer como primer instancia o decisión a tomar, adquirir material bibliográfico en la biblioteca de la Universidad Santo Tomás para que la consulta sobre temas relacionados a la sociología de la salud y del cuerpo no se restrinja a los modelos teóricos tradicionales o simplemente se pase por alto en la formación de las nuevas generaciones de sociólogos.

Adicionalmente insisto en que este tipo de investigación sobre prácticas de cuidado alternativo no se confíe a las propuestas teóricas de la representación social sino que se establezca un trabajo interdisciplinar con corrientes teóricas como la sociología del consumo, la sociología del cuerpo, la sociología de la percepción que no pudieron ser abordadas en este estudio.

Referencias bibliográficas

- Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y Representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.
- Becerra, R & Deschutter, M. (2002). *Representaciones sociales de la "enfermedad" y la "salud": acción de las curanderas en medio urbano. Estudio de caso: la ciudad de Lujan*.

Revista de Estudios de la Mujer. La Aljaba, segunda época. Red Universidad Nacional de Luján ProQuest Ebook Central, Recuperado en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecaustasp/detail.action?docID=3211378>

- Bertoni, M & Hernández, G. (2015). *¡Pero yo a esa señora le tengo una fe! significación y resolución de padecimientos entre migrantes de Bolivia en bahía blanca, argentina*. *Revista inclusiones*, 122-145.
- Bourdieu, P. y Wacquant. (2005): Una invitación a la sociología reflexiva. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Elejabarrieta, F. (1991). Las representaciones sociales. En Echevarria, A. *Psicología social socio cognitiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Fericgla, J. (2003). “Las experiencias activadoras de estructuras en el desarrollo individual y de las sociedades”. En *Revista Cultura y Droga*, No. 10. Universidad de Caldas, Manizales.
- Giddens, A. (2009). *Sociología*, 5ta. ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Granda, E (2000). Salud pública e identidad, OPS, UNL
- Herrera, J & Torres, T. (2012). *Las representaciones sociales de la salud y enfermedad en el trabajo de jornaleros agrícolas del Municipio de Aguililla, Michoacán. Elementos fundamentales en el diseño de propuestas de educación para la salud*. Guadalajara.
- Martínez, A. (2015). *Prácticas medicinales milenarias, tejedoras de resistencias contemporáneas*. Bogotá D.C: Universidad Santo Tomas.
- OMS. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014 – 2023 [internet, pdf.] 2013; impreso en Hong Kong, China; p. 31. [Citado el 22 de enero de 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1
- OMS. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005 [internet, pdf.] Ginebra, Suiza; 2002 [Citado el 22 de enero de 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1
- Quintero, M. (2006). *Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales*. Manizales: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE.
- Ley 1164 de 2007 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud [internet] Bogotá; 2007 [citado 22 de enero de 2017] Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Lozano, J. I. (2006), Normalistas vs universitarios o técnicos vs rudos. La práctica y formación del docente de las escuelas secundarias desde sus representaciones sociales, México, Plaza y Valdés.
- Melguizo, E & Álzate, M. (2008). *Creencias y prácticas en el cuidado de la salud*. *Avances en Enfermería*, 26(1), 112-123. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
- Ministerio de Salud y protección Social – Observatorio de Talento Humano en Salud. Avances en la propuesta de reglamentación del artículo 19 de la ley 1164 de 2007 – Generalidades [Web] Bogotá [citado 22 de marzo de 2017] Disponible en: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/salas-tematicas/Paginas/Medicina-alternativa-terapiasalternativas-complementarias.aspx> 124 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014 [Internet Pdf] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pd
- Páez, D. A. (2014). *Introducción a la sociología de la salud: Un texto sobre las relaciones entre salud y sociedad*. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca.

- Pérez, A. (2009). “Sistema médico tradicional con sanpedro y la enseñanza a curanderos del maestro marco Mosquera Huatay.” En Revista Cultura y Droga, No. 14. Universidad de Caldas, Manizales.
- Ronderos, J. (2009). “*Rituales del yagé en zonas urbanas del eje cafetero: prácticas y dinámicas de interculturalidad y mentalidades emergentes*”. En Revista Cultura y Droga, No. 14. Universidad de Caldas, Manizales.
- Rosenstock I. (1965). *Why people use health services. The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Part 2: Health services research I.
- Venté, I & Gongora,N. (2015). “*Representaciones sociales y factores socioculturales que influyen en el uso actual de la medicina tradicional y la oficial en el territorio colectivo de las comunidades negras del alto y medio rio Dagua en el distrito de buenaventura. Buenaventura valle del cauca : Universidad del valle sede pacífico.*
- Vignau,L & Laplacette, G. (2008). Medicalización de la salud. En A. C.-E. Luchtenberg, *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenomeno en expansión* (págs. 49-77).