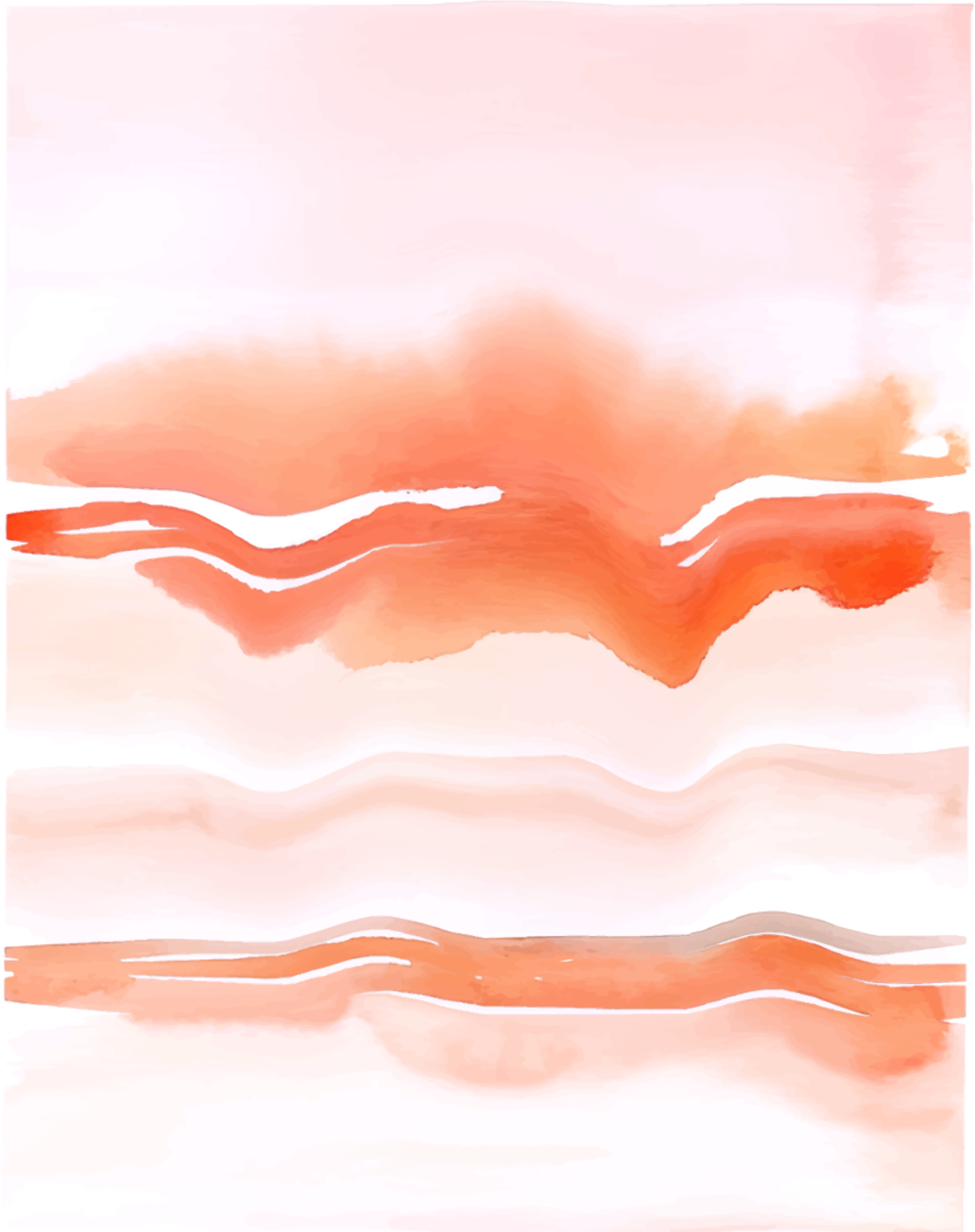


ESPIRITUALIDAD ENCARNADA

RODRIGO
TONIOL



ESPIRITUALIDAD ENCARNADA

Políticas públicas, usos clínicos e investigaciones
médicas en la legitimación de la espiritualidad
como factor de salud

Sello editorial: Grupo de Estudios Multidisci-
plinarios sobre Religión e Incidencia Pública.

No de Edición: 1 - Santiago, Chile.

ISBN: 978-956-6189-03-9

Fecha de publicación: Julio 2023

Colaboradores y autores:

Rodrigo Toniol (Brasil)

Rodrigo Cáceres (Chile)

Todos los derechos reservados.

ESPIRITUALIDAD ENCARNADA

Políticas públicas, usos clínicos e investigaciones médicas
en la legitimación de la espiritualidad como factor de salud

**RODRIGO
TONIOL**

SUMARIO

- 1 Agradecimientos
- 2 **Prefacio a la edición en español**
- 3 Introducción
- 4 **Capítulo 1** – Espiritualidad y ciencias sociales – dos o tres comentarios sobre el debate.
- 5 **Capítulo 2** – Actas del espíritu – la Organización Mundial de la Salud y sus formas de instituir espiritualidad.
- 6 **Capítulo 3** – Capturando el espíritu.
- 7 **Capítulo 4** – ¿Para qué sirve la espiritualidad? Nuevas articulaciones entre religión, salud y espacios públicos. (En coautoría con Emerson Giumbelli)
- 8 **Capítulo 5** – Diagnosticando la espiritualidad. (En coautoría con Lucas Baccetto)
- 9 Posfacio
- 10 Referencias bibliográficas

AGRADECIMIENTOS

Este libro es el resultado de años de trabajo. El subtexto de cada uno de los capítulos es sintomático de la trayectoria que lo hizo posible. El proceso de elaboración del proyecto que le dio origen, la investigación de campo y su redacción fueron realizados entre dos ciudades de California, tres de Brasil, una de Suiza y otra de Holanda. Dos de los capítulos son resultado de colaboraciones igualmente emblemáticas y de los entrecruzamientos que los caracterizan. Uno de ellos con Emerson Giumbelli y el otro con Lucas Bacetto. El primero fue jurado en la defensa de mi tesis y del segundo soy hoy director de su tesis de doctorado. En cada uno de los paisajes en que fue escrita, esta monografía recibió comentarios, críticas y sugerencias de amigos que la carrera académica me brindó: Alejandro Frigerio, Ari Pedro Oro, Birgit Meyer, Brenda Carranza, Bruno Reinhardt, Carlos Alberto Steil, Charles Hirschkind, Christina Rocha, Claudia Fonseca, Courtney Bender, Cristina Zuñiga, Diana Espíritu Santo, Fabiola Rohden, Geraldine Mossiere, Irene Stengs, Isabel Carvalho, Jeremy Stollow, Jojada Verrips, Katja Rakow, María Eugenia Funes, Nicolas Viotti, Olga Odgers, Pablo Semán, Patricia Birman, Pooyan Tamim, Renata Menezes, Renée de la Torre, Ricardo Mariano, Ronaldo de Almeida, Verónica Béliveau y Thomas Csordas.

No tengo palabras para agradecer la generosidad de mi amigo Nicolás Panotto en su entusiasmo por hacer posible la publicación de esta edición que los lectores tienen en sus manos. También me gustaría agradecer a Rodrigo Cáceres Esparza por su cuidadoso trabajo de revisión. Y me conmueve la posibilidad de formar parte de la serie de publicaciones tan fundamentales que edita Otros Cruces.

El estímulo cotidiano para la escritura fue dado, sin embargo, por mis estudiantes de iniciación científica, maestría y doctorado, que compartieron conmigo, a lo largo de los últimos tres años, un fructífero espacio de pensamiento colectivo en la Unicamp. Así como por los colegas del Laboratorio de Antropología de la Religión, espacio tan raro como precioso en la universidad. Luciana Álvarez y Gerusa Bondan me auxiliaron en la finalización del texto, por lo que les estoy muy agradecido. Fue gracias al apoyo de la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de San Pablo y al CNPq que esta investigación pudo ser realizada.

Estoy inmensamente agradecido de todos los investigadores de la salud que me abrieron las puertas de sus laboratorios y núcleos de estudio y discutieron conmigo sus trabajos. No puedo dejar de mencionar, además, a

los médicos, enfermeros y profesionales de la salud que compartieron conmigo parte de su vida cotidiana. Lamentablemente, no podré citarlos nominalmente, pero sin ellos esta investigación no sería posible.

Le dedico este libro a mi abuelo, que me hace recordar; a mis estudiantes, los que me hacen creer; y a Marcella Araujo, quien diariamente me invita a amar y soñar con el futuro.

PREFACIO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

Desde que se estaba preparando este libro, he tenido el deseo de publicarlo en español. Esto porque la formulación de las preguntas allí contenidas, así como parte de las reflexiones aquí presentadas, son el resultado de un intenso diálogo con la comunidad de científicos sociales, historiadores y especialistas latinoamericanos dedicados al tema de la religión. Ahora, gracias al apoyo de los compañeros de Otros Cruces, ese deseo por fin puede hacerse realidad. Con esta publicación quiero devolver a mis colegas latinoamericanos el resultado de los debates que tanto me inspiraron. Hay otra razón más por la que esta publicación ahora está dirigida a los países de habla hispana de nuestro continente: el fenómeno que describo aquí no se limita a Brasil, sino que alcanza a toda América Latina, y más allá.

Fundamentalmente, este es un libro que busca arrojar algo de luz sobre el uso cada vez más extendido de la noción de espiritualidad por parte de las instituciones seculares. Para abordar este tema, la primera actitud sociológica que propongo es la de desconfiar de la apariencia ahistórica y apolítica de esta categoría. A lo largo de las próximas páginas argumento lo trivial, que la espiritualidad es una categoría con historia y políticamente involucrada. El principal punto de partida, por lo tanto, es el reconocimiento de que, contrariamente a las nociones de religión y lo laico, la categoría de espiritualidad aún no ha recibido el tratamiento genealógico que merece por parte de los científicos sociales de la religión.

La espiritualidad se ha convertido en una especie de término intermedio, que se distancia de la religión porque se trata de algo no institucional, pero que se conecta con ella porque se refiere a lo que sería más auténtico en la experiencia religiosa. Hablar en nombre de la espiritualidad no es hablar en nombre de la religión y, por tanto, esto sería un lenguaje común para el diálogo, una gramática universalizadora en principio. Al no ser sinónimo de religión, la noción de espiritualidad se ha convertido en un arma política importante para entrar desinteresadamente en áreas donde la religión no puede. Y es por eso que esta categoría ha creado áreas grises y muchos temas relevantes para el debate sobre lo laico y lo laico.

Hay muchos ejemplos de políticas públicas que movilizan la categoría de espiritualidad, ya sea para justificar la presencia de algunos actores, para señalar un horizonte de diálogo o, como toda política pública, para proponer y prescribir lo que se debe hacer. Casos de oferta de la práctica del yoga en las cárceles, la meditación en las escuelas y la defensa del apoyo estatal a las

comunidades terapéuticas mantenidas por grupos religiosos con la justificación de que en estos contextos operan desde el principio de la espiritualidad y no de la religión están dispersos por países de todas partes. América Latina. En todas estas situaciones, la espiritualidad goza de una especie de carta blanca en el debate público.

la presencia de esta categoría en el universo médico como el principio rector de mis análisis . Describo y analizo situaciones a partir de las cuales surge la categoría espiritualidad en las políticas públicas de salud, en el ámbito de la atención clínica y de la investigación médica. Poco a poco, como trato de demostrar, la espiritualidad también se ha convertido en un tema relevante para el debate sobre la salud. La Organización Mundial de la Salud recomienda que sus países miembros presten atención a la espiritualidad. La investigación médica muestra que la espiritualidad es buena para la salud. Cada vez más médicos han abordado el tema en sus citas clínicas. Es decir, lejos de ser un término alejado de la lógica institucional , la categoría espiritualidad ha producido efectos reales y concretos a partir de rutinas institucionales y burocratizadas del saber científico y de las prácticas estatales. ¿Qué está en juego en este fenómeno? ¿Cuáles son sus consecuencias para el debate sobre la relación entre Estado y religión? En los próximos capítulos intentaré avanzar sobre estas cuestiones.

Además de ser un fenómeno que importa en sí mismo, tomo el universo de la medicina como hilo conductor de mis reflexiones por una razón fundamental, que entronca con el argumento más general de este libro. Apoyo la tesis de que la espiritualidad se ha estabilizado como una categoría relacionada con cuestiones universales y que actúa como un principio universalizador. Y en este proceso, el saber médico y sus formas de instaurar la espiritualidad juegan un papel central. Esto se debe a que lo que hace la medicina como ciencia es crear modelos explicativos y diagnósticos universales. Demostraré cómo la medicina ha contribuido activamente al proceso de construcción de la espiritualidad como principio universal . Es frente a este fenómeno que nos encontramos cuando la OMS afirma que la espiritualidad es una dimensión de la salud humana, cuando la investigación médica busca identificar el territorio donde existe la espiritualidad en el cerebro, o cuando las consultas clínicas crean protocolos de anamnesis espiritual. Es un proceso largo e insistente de hacer de la espiritualidad parte de la naturaleza humana. Cuanto más opera el conocimiento médico, más espiritualidad se inscribe en el cuerpo.

Río de Janeiro, junio de 2023

INTRODUCCIÓN

La historia de la investigación que dio origen a este texto comenzó en California. En 2014 vivía en San Diego e intentaba avanzar en la monografía que resultaría en mi tesis de doctorado. Diariamente me sentaba en un pequeño escritorio en uno de los edificios del campus de la Universidad de California en San Diego (La Jolla) y corría para llegar al *deadline* de la entrega de la tesis. Desde la ventana de la oficina podía ver la playa y la infinitud del Pacífico. A pesar de la vista paradisíaca y del clima perfecto de aquella ciudad litoraleña, la ansiedad con el fin del doctorado y las angustias de la escritura me llevaban a hacer largas caminatas por el campus, cruzando diferentes institutos. La mayor parte de mis paseos terminaba en los alrededores del Instituto Salk, un centro de investigación en ciencias biológicas donde han trabajado nada menos que seis vencedores del premio Nobel.

Además de la arquitectura impresionante, el lugar me atraía secretamente por el hecho de haber sido el espacio donde Bruno Latour y Steve Woolgar hicieron la investigación para el ya clásico libro *La vida en el laboratorio: la construcción de los hechos científicos* (1995). En la primavera de ese año, en una de esas caminatas, me detuve frente al panel donde se divulgaban charlas y actividades de los grupos de estudio del Instituto. En uno de esos carteles, unos investigadores convocaban a personas habituadas a las prácticas de meditación para participar en un experimento conducido por neurocientíficos. Eso despertó mi atención inmediatamente. Aproveché la coincidencia espacial, pero no fue solo esa la razón, vale señalar que textos como *La vida en el laboratorio* son buenos puntos de partida para indicar que no hay nada de trivial en construir un hecho científico ni en convertir una práctica cotidiana en un objeto de la ciencia. Por ello, me preguntaba: ¿cómo la meditación puede ser transformada en objeto de interés de las neurociencias? ¿Cuáles son los efectos de inscribirla como tal en el debate? Esas preguntas continuaron interesándome en los años siguientes y, de alguna manera, en este libro procuro apuntar algunas respuestas posibles para ellas.

En Brasil también me ocupaba de la meditación. En este caso, en mi condición de antropólogo, convirtiéndola en uno de los objetos de mi propia tesis, me dedicaba a describir y analizar el proceso de inclusión de las terapias alternativas/complementarias en el sistema público de salud brasileño (Tonniol, 2018). En cierto sentido, de manera análoga a la pregunta que me planteaba en California, en Brasil mi cuestión orientadora pasaba por la búsqueda

por entender: después de todo, ¿cómo la meditación fue transformada en una práctica de salud disponible en el SUS? Parte de las respuestas sobre ese proceso estaba relacionada a la publicación, en 2006, de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias, que autorizaba y abría espacio para la aplicación de decenas de “prácticas terapéuticas alternativas” en hospitales y centros sanitarios del país.

Me di cuenta de que estaba ante una tríada que alineaba políticas públicas de salud, investigaciones científicas y usos clínicos. En una especie de proceso de legitimación mutua, terapias alternativas/complementarias fueron introducidas en el sistema público de salud bajo el argumento de haber sido probadas científicamente; las investigaciones médicas se justificaban alegando el interés por el tema ya evidenciado por las políticas de salud; y los protocolos clínicos de uso de esas terapias recurrían a las políticas de salud y a las investigaciones para ser formalizados. De toda esta cadena tautológica de legitimación, la producción académica de las ciencias médicas y biológicas sobre esas prácticas terapéuticas seguía pareciéndome bastante instigadora. Cuanto más contacto tenía con esos textos, más evidente se hacía que había una noción que desempeñaba un papel importante en esas investigaciones: la de la espiritualidad.

De esta manera, fue a partir del interés por las formas de legitimación de las terapias alternativas/complementarias que llegué a las investigaciones médicas sobre espiritualidad y salud. Si el primer tópico despertaba un interés marginal en el área médica, el segundo parecía gozar de otro status: no necesariamente sin controversias a su alrededor, pero lo suficientemente fuerte como para movilizar psiquiatras, neurólogos, biólogos y estadísticos empeñados en convertir la espiritualidad en un debate relativo a la salud.

No fue necesario mucho esfuerzo para dimensionar el creciente atractivo e interés que las posibles relaciones entre espiritualidad y salud venían despertando en el *mainstream* del campo biomédico. A lo largo de la década de 1990, por ejemplo, iniciativas ligadas a los departamentos de medicina de algunos de los principales centros de investigación norteamericanos crearon programas de posgrado e institutos de investigación dedicados al tema de la espiritualidad. Fue el caso, por ejemplo, de la Initiative on Health, Religion and Spirituality de la Universidad de Harvard, del Spirituality, Mind and Body Institute de la Universidad de Columbia y del Program for Medicine, Spirituality and Religion de la Universidad de Yale.

La investigación que dio origen a esta monografía fue originalmente motivada por el espanto que causaba en un antropólogo el hecho de que un objeto de análisis de las ciencias sociales de la religión y la espiritualidad,

también despierte el interés de médicos, neurocientíficos, biólogos, farmacéuticos y estadísticos. Más aún, la significativa producción de investigaciones sobre el tema en el área de la salud y el relativo silencio de los científicos sociales sobre el hecho me hacían desconfiar no solo de la falta de diálogo entre las áreas, sino, sobre todo, de que lo que estaba en juego era un sesgo analítico de parte de las ciencias sociales que contribuía a invisibilizar las formas institucionales, burocratizadas y políticas del uso de la noción de espiritualidad. Lo que estoy sugiriendo es que la falta de tratamiento de estos datos no está relacionada al carácter marginal o novedoso, pero sí a una cuestión de encuadramiento analítico, que hace que tal versión médico-científica de la espiritualidad sea menos visible que otras, como cuando la noción es asociada al universo místico, esotérico y alternativo.

Dicho esto, me parece que el doble objetivo de este libro queda en evidencia. Por un lado, describiré el modo por el cual la noción de espiritualidad opera en el campo de la biomedicina. Al hacerlo, procuraré cubrir la aparente laguna de investigaciones empíricas realizadas desde de las ciencias sociales sobre el binomio de la espiritualidad y la salud en el ámbito mainstream médico. Por otro lado, hago del interés de la biomedicina por la espiritualidad mi puerta de entrada para poner en perspectiva el propio debate de las ciencias sociales sobre el tema. Produzco, por lo tanto, una especie de metaanálisis a partir del cual la espiritualidad es el objeto de interés de este libro y, al mismo tiempo, me ocupo de lo que esta noción promueve en términos de marco analítico para las ciencias sociales. El libro, por lo tanto, recorre estos dos objetivos: tratar de la relación entre biomedicina y espiritualidad, por un lado, y explorar lo que esa relación puede hacer por el modo en que las ciencias sociales han producido entendimientos sobre la noción de espiritualidad, por el otro. Como explicaré más detenidamente a seguir, una de las hipótesis es la de que la naturalización de la idea de espiritualidad como una forma individual de relación con lo sagrado escamoteó las versiones altamente burocráticas, institucionalizadas y políticas que la categoría revistió a lo largo del siglo XX.

Espiritualidad Encarnada es el resultado de la acumulación de los itinerarios de investigación que recorrí a lo largo de los últimos siete años. Tal vez el testimonio más representativo de esos tiempos no sean las reflexiones que aquí se presentan, sino la naturaleza variada de los datos que articularé a lo largo de los próximos capítulos. Fundamentalmente, serán cuatro las principales fuentes de datos aquí movilizadas. La primera de ellas es el trabajo de campo que realicé de manera regular en tres hospitales brasileños: el Grupo Hospitalar Conceição, localizado en Porto Alegre; el

Hospital das Clínicas; y el Hospital Beneficência Portuguesa¹, ambos en San Pablo. En cada uno de ellos mantuve visitas frecuentes, semanales o quincenales, por el período de por lo menos siete meses, entre 2014 y 2018. A pesar de la regularidad de la investigación en el ambiente hospitalario y del contacto continuo con profesionales de la salud y pacientes, el tipo de acceso y el modo de observación que pude llevar adelante en cada una de esas instituciones fueron bastante diferentes. En gran medida porque en cada uno de esos hospitales frecuenté sectores de especialidades médicas diferentes. Mientras que en el hospital de Rio Grande do Sul mi campo se dio en la sala de quimioterapia del sector de oncología, en el Hospital das Clínicas frecuenté el Instituto de Psiquiatría, y en el Beneficência Portuguesa acompañé el día a día del equipo de cuidados paliativos.

Esta multiplicidad de espacios trajo consigo las complejidades propias de cada una de las especialidades médicas que acompañé. No ignoro ni desconozco el hecho de que tales especialidades fueron ya tema de investigaciones antropológicas que tuvieron sus dinámicas propias como objeto de interés. Aquí, sin embargo, no son las prácticas en sí de esas especialidades lo que me interesa, sino su relación con el par espiritualidad-salud. Como demostraré más adelante, cada uno de los ambientes en los que circulé produce una forma específica de comprensión de los vínculos entre espiritualidad y salud, así como son distintas entre sí las controversias que emergen en esos contextos. El objetivo aquí es producir una especie de exceso de abundancia en la descripción de las formas de circulación de la noción de espiritualidad en el universo médico.

El segundo conjunto de datos deriva de mi participación en eventos científicos del área de medicina, psiquiatría, cuidados paliativos y cardiología dedicados a discutir el impacto de la espiritualidad en la salud. En estos ambientes, acompañé la presentación de investigaciones, discusiones sobre casos clínicos, conferencias y debates acalorados. También fue por medio de esa inmersión que pasé a comprender mejor la geopolítica del conocimiento relativo a la producción médico-científica sobre la espiritualidad y la salud. Fue igualmente en esos ambientes que pude mapear los vínculos y los consorcios internacionales de investigaciones que articulan científicos de diferentes países por lo menos desde la década de 1990.

En los foros de debate académico, a su vez, pasé a identificar el lugar

¹ Aunque haya realizado trabajo de campo en este hospital y algunos de los hechos observados hayan sido fundamentales para algunas de las reflexiones aquí presentes, opté por no presentar esas observaciones o sistematizar un análisis de ellas en las páginas que siguen.

destacado que Brasil venía ocupando en el escenario de la producción científica sobre espiritualidad y salud. En un artículo publicado por la revista *Ciencia y Cultura*, de la Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia (SBPC), los médicos Alexander Moreira-Almeida y Giancarlo Lucchetti, figuras destacadas en ese campo, presentaron un “panorama de las investigaciones en ciencia, salud y espiritualidad”, en el cual señalan el crecimiento generalizado del interés por el tema en el área de la salud, así como subrayan la posición prominente de Brasil en ese contexto:

Brasil se ha destacado en el escenario internacional de investigación [sobre espiritualidad y salud]. Mientras el país está en el 13º lugar en el ranking internacional de publicaciones en la base Scopus, se destaca en el quinto lugar entre los artículos de medicina, psicología y enfermería sobre la temática en los últimos cinco años. Detrás solamente de EEUU, Reino Unido, Canadá y Australia (según un levantamiento realizado por los autores el día 14 de octubre de 2015). El área de medicina aparece con más artículos, 139, seguida del área de enfermería, con 85, y psicología, con 44. Las universidades con más publicaciones fueron USP, UFJF, Unifesp, UFSC, Unifenas, UFRGS, UFPB e UFC. Este interés académico brasileño se refleja también en el impacto de las publicaciones en el área. Un suplemento especial sobre espiritualidad y salud publicado por la *Revista de Psiquiatría Clínica* en 2007 (26) fue visitado más de 330 mil veces en el portal SciELO (biblioteca electrónica de revistas científicas), siendo el fascículo más visto entre los publicados en los últimos diez años. (Moreira-Almeida; Lucchetti, 2016:56)

Desde esa publicación, en marzo de 2016, tal escenario no hizo más que consolidarse. Brasil continúa siendo una de las principales potencias en la publicación de textos sobre espiritualidad y salud, y el suplemento especial de la revista de la SBPC dedicado al tema continúa siendo el fascículo más visto de todas las revistas indexadas en el portal Scielo. La producción académica especializada es la tercera fuente de datos de mis reflexiones.

Finalmente, el cuarto gran conjunto de material analizado en este libro son los textos, resoluciones, memorandums y discursos asociados a las políticas de salud. Analizaré, en las páginas siguientes, la producción de amplio volumen de datos que obtuve consultando la base física y virtual de la biblioteca de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Ginebra, Suiza. Mi estrategia de análisis fue la de seguir la categoría de “espiritualidad”. Así, procuré sistematizar los sentidos y efectos, para el texto de leyes y resoluciones, de cada aparición de la palabra. Se trata de una estrategia que buscó llevar ade-

lante la idea de que, cada vez que es enunciada en un documento oficial la “espiritualidad”, produce efectos específicos y se consolida como una noción plausible para el debate en salud.

Como se hace explícito en su presentación, los universos simbólicos movilizados en esta investigación, aunque diversos, están invariablemente articulados. Por esta razón, inscribirlos en un mismo horizonte de análisis viabilizará, de manera singular, que el proceso de legitimación de la espiritualidad en la salud sea descrito a partir de las múltiples dimensiones en que ocurre. Así, vale insistir en que la variedad de contextos empíricos analizados es lo que permite que el proceso de legitimación de la espiritualidad como factor de salud sea analizado de acuerdo con la característica misma que lo estructura. Es decir, por medio de fuentes de legitimación diversas, pero no desarticuladas.

Considerando el marco empírico descrito y también el abordaje teórico que orienta estas reflexiones, interesa preguntar: ¿cuáles son los efectos de instituir tal categoría en el ámbito de las políticas de salud? ¿Cómo se dio la trayectoria de consolidación de los médicos-investigadores que se tornaron expertos en espiritualidad? ¿Cómo la espiritualidad ha sido convertida en una dimensión de cuidado clínico? En suma, ¿cómo la noción de espiritualidad ha movilizadado y ha sido movilizadada en el campo oficial de la salud?

Las categorías producen efectos poderosos. Tal lección puede ser extraída de trabajos que se acumulan en una lista extensa. Wendy Brown (2009), por ejemplo, demostró cómo se dio el establecimiento de la categoría de “tolerancia” a partir de los años 70 por medio de su progresiva presencia en debates políticos y, posteriormente, su transformación en dispositivo de gestión de organismos internacionales. Peter van der Veer (2013), por su parte, exploró la categoría de “espíritu” en documentos oficiales de la India y la China coloniales para demostrar cómo esa noción fue establecida por la burocracia occidental en esos territorios. En el campo de las investigaciones en salud, ese universo es aún más abundante, como es el caso del ensayo de Philippe Pignarre (1999), dedicado a esbozar el modo por el cual el “medicamento” fue estabilizado como una categoría auto explicativa. Eso por citar apenas tres casos de un conjunto mucho más amplio de trabajos. Aunque diversos en sus propósitos, esos análisis tienen en común el interés por la circulación de categorías específicas, prestando atención a sus variadas capacidades de movilizar y de ser movilizadas por actores e instituciones. Trátase, en cierto sentido, de un movimiento análogo a aquel provocado por Arjun Appadurai (2008) y dedicado a la “vida social de las cosas”; pero, en este caso, se trata de la vida social de una categoría en su carrera médico-científica: la espiritualidad.

Por el momento, otros dos principios metodológicos que orientan es-

tos análisis deben ser explicitados. El primero entiende que el interés en la capacidad que determinada categoría tiene de movilizar y de ser movilizada no necesariamente lleva a un emprendimiento genealógico sobre su realidad. Si la genealogía tiene como propósito estudiar las condiciones de formación - a la vez dispersa, discontinua e irregular - de los discursos, la atención a las categorías de las que aquí me ocupo no se dirige a la descripción de las condiciones histórico-culturales de emergencia de los términos, sino a sus modos de presencia, de inscripción y a su capacidad de multiplicación en un universo específico. El segundo postulado entiende que importa menos la definición de la categoría en cuestión y más el hecho de que, por más difuso, incierto y controversial que sean sus límites, la constancia de su empleo asegura que, a fin de cuentas, su uso no sea fortuito. Interesa, por lo tanto, poco su definición y mucho las disputas por definirla. De este modo, el libro se asienta sobre una ambigüedad fundacional. Por un lado, la espiritualidad es una categoría cuya capacidad de multiplicación es amplia a punto de comprender formulaciones dispersas y, muchas veces, contradictorias. Por el otro, tal pulverización no inhibe el constante y arduo trabajo de actores e instituciones dedicados a estabilizar definiciones para ellas. Esto se hará explícito en el caso de la “espiritualidad” para la medicina.

Este libro se divide en cinco capítulos. El primero es de carácter teórico y tiene por objetivo situar a los lectores en las líneas generales que envuelven del debate sobre la espiritualidad en el campo de las ciencias sociales. El segundo se ocupa de los aspectos relacionados a la formulación de políticas de salud dedicadas a la espiritualidad a partir del análisis de los documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud. El tercero trata de los instrumentos de captura de la espiritualidad, estos son, las metodologías y los equipos movilizados por las ciencias médicas para transformar las espiritualidades en un dato concreto, real y pasible de ser inscrito en expedientes médicos y en el debate de la medicina basada en evidencias. El cuarto capítulo, escrito en conjunto con Emerson Giumbelli, explora la tensión entre los servicios de asistencia espiritual y el uso clínico de la espiritualidad en un hospital oncológico. Finalmente, el quinto capítulo, escrito en coautoría con Lucas Bacetto, explora el caso de la consolidación del diagnóstico de “Problemas religiosos o espirituales” en los manuales de psiquiatría.

A lo largo de los capítulos, procuro sustentar la tesis de que el proceso de legitimación de la noción de espiritualidad en el campo de la salud está relacionado con su progresiva afirmación como un fenómeno inherente a la naturaleza humana. Espero demostrar, en las próximas páginas, cómo la medicalización de la espiritualidad es, al fin y al cabo, una etapa más de un amplio y complejo proceso que conduce a su universalización.

CAPÍTULO 1

Espiritualidad y ciencias sociales – dos o tres comentarios sobre el debate

El uso creciente del término espiritualidad en el campo de las ciencias sociales está relacionado a un proceso de reificación. La espiritualidad se consolidó como un hecho en sí mismo. Por ello, a pesar de la dificultad y de las disputas por la definición del término en el campo académico, *la espiritualidad es*. En esta condición, cuando transformada en objeto de análisis, remite a un conjunto de fenómenos tan amplio como disperso en la literatura: del misticismo a terapias alternativas de pueblos tradicionales a comunidades *hippies*.

Asumo que la amplia variedad de hechos que pueden ser descritos en clave de espiritualidad es menos una complicación que un dato que debe ser tomado en serio por los investigadores interesados en reflexionar acerca de cómo esa categoría opera en las ciencias sociales. De alguna manera, la amplitud del término no vacía su relevancia, por el contrario, la refuerza. Este es un rasgo fundamental del modo de circulación de la noción de espiritualidad en las ciencias sociales, disperso en relación a los fenómenos a los que se refiere, pero de uso tan recurrente como aleatorio.

Frente al término, no son raros los emprendimientos de revisión que constataron dos aspectos generales: a) el volumen de textos que movilizan la categoría es cuantitativamente sorprendente y b) los modos de definir la espiritualidad son tan variados como las realidades empíricas a las que se vincula. Esta situación instaura una especie de ambigüedad permanente que se hace explícita al consultar los esfuerzos de revisión de la noción de espiritualidad realizados por científicos sociales. Por un lado, se afirma la posición que constata la falta de consenso sobre el término, transformando ese diagnóstico en motivo para tomar caminos normativos, que llevan a la formulación de nuevas definiciones. Por otro lado, una postura que no reconoce la falta de definición como la principal característica del término en las ciencias sociales, pero sí el exceso de esta, haciendo de este diagnóstico no el pretexto generador de nuevas tentativas, sino el dato a partir del cual debe partir todo análisis. En este caso, serían justamente la dispersión y la falta de consenso sobre lo que es la espiritualidad que harían de ella una categoría no movilizadora. Me sitúo en este segundo conjunto de autores. Por eso, en este

libro, estoy poco interesado en responder, a fin de cuentas, ¿qué es la espiritualidad? Pero sí en reflexionar sobre ¿qué hace la espiritualidad cada vez que es movilizada? ¿Cuáles son los gatillos analíticos que acciona?

Algunos comentarios iniciales y muchas preguntas

¿Qué opera la noción de espiritualidad cuando es empleada como una categoría analítica por científicos sociales? ¿Qué describe ese término? ¿Qué encuadramiento ofrece cada vez que es movilizado? Más que preguntas a ser respondidas de forma directa, estas cuestiones me permiten destacar dos aspectos fundamentales de la noción de espiritualidad. En las ciencias sociales, esta es, o bien movilizada como un sustantivo que designa un fenómeno en sí mismo, un hecho que, por múltiple que sea, guarda características nominales propias; o bien, la categoría es transformada en adjetivo que califica procesos y cosas, o sea, que caracteriza aquello que describe. En el primer caso, cuando la espiritualidad es un sustantivo, el término no solo adquiere definiciones específicas, como en los trabajos de Linda Woodhead (2010), Robert Wuthnow (2003) y Renée de la Torre (2016), sino que gana contornos aún más particulares por medio de la emergencia de una gramática propia, con términos como “self spirituality” (Heelas, 1996), “alternative spirituality” (Sutcliffe; Bowman, 2000), “spirituality of life” (Heelas, 2008), “holistic spiritualities” (Sointu; Woodhead, 2010), “subjective life spirituality” (Woodhead, 2010), “reflexive spirituality” (Besecke, 2001) o “post-Christian spirituality” (Houtman; Apers, 2007). Cuando opera en la función de adjetivo, la espiritualidad o su derivado “espiritual” aparecen en etnografías y descripciones como auto explicativos, dispensando elaboraciones más estructuradas en cuanto a su significado.

Este es el primer aspecto general que podemos destacar en relación a los usos de la espiritualidad como categoría de análisis por científicos sociales: sus apariciones se dan en un marco bastante amplio, que va desde definiciones estrictas, cuando utilizada como sustantivo, hasta referencias supuestamente auto explicativas, cuando movilizada es como adjetivo.

El segundo aspecto de las variadas respuestas que podemos ofrecer a las preguntas anteriores tiene que ver con el hecho de que, en las ciencias sociales, la espiritualidad se conecta con un debate distinto de aquel asociado a la raíz del término “espíritu”. Si, por un lado, espiritualidad y espíritu convergen en la medida en que se oponen a la materialidad y apuntan hacia algún tipo de interioridad de los sujetos (Veer, 2013), por otro, esos dos términos divergen conforme los debates teóricos tienden a encuadrar el primero a partir de su diferencia con la noción de religión y a formular el segundo como

un *ente autónomo*, bastante característico de experiencias relacionadas con las religiones de matriz africana.

Por más triviales y amplias que sean esas dos características – 1) la categoría de espiritualidad ha adquirido un valor nominal y cualitativo en los análisis de las ciencias sociales, y 2) el debate relativo a esa noción es distinto de aquel asociado al “espíritu” -. Ellas nos ayudan a reconocer cómo esa noción opera cuando es movilizada por investigadores de las ciencias sociales. Pero esas características aún no son suficientes para llegar hasta el punto a partir del cual este libro se fundamenta. Es preciso dar otra vuelta de tuerca.

El abordaje teórico-metodológico que adopto en este libro puede ser dividido en dos ejes principales. El primero de ellos concentra el diálogo con autores que, con más o menos énfasis, ya se han detenido a reflexionar sobre la categoría de espiritualidad. Entre ellos, destaco los trabajos de Peter van der Veer (2013), Catherine Albanese (2007), Courtney Bender (2010) y Ann Taves (1999). El segundo eje refiere a los desdoblamientos que los debates sobre la categoría de espiritualidad pueden tener para otras problemáticas de las ciencias sociales de la religión como, por ejemplo, las del secularismo y el espacio público. A final de cuentas, vale preguntar, ¿la ecuación que establece la espiritualidad como salud no impondría un nuevo régimen de cuestionamientos a los analistas interesados en los temas del secularismo y de la secularización? ¿Ese proceso de asociación entre espiritualidad y salud no estaría también instituyendo nuevas modalidades de presencia de la religión en los espacios públicos?

Pese a la extensa literatura que podría ser movilizada para tratar de las cuestiones mencionadas, desde ya indico que, por un lado, me voy a valer del diálogo con trabajos que ya se ocuparon del “problema de la secularización” impuesto por la categoría de espiritualidad (Sullivan, 2014). Por otro, me voy a orientar por perspectivas analíticas que, para tratar la secularización, privilegian el análisis de los modos de presencia de lo religioso y de las configuraciones contingentes que lo establecen en el espacio público (Asad, 1999; Giumbelli, 2008) en detrimento de aquellas que parten de modelos apriorísticos que definen los límites de lo secular, lo religioso y de la relación entre ellos (Diotallevi, 2015).

El interés más reciente por la categoría de espiritualidad repercutió, sobre todo, en la literatura de los países anglófonos. En parte, este interés estuvo inicialmente ligado a las investigaciones dedicadas al fenómeno de los movimientos contraculturales de la Nueva Era que identificaron, en la recurrencia del término, no solamente una ligación con universo esotérico, sino, principalmente, un modo de describir un tipo de devoción a lo sagrado que no se reconoce como religiosa (Hanegraaff, 1996; Steil e Toniol, 2013). La referencia a la

espiritualidad, en este caso, designa, antes que nada, la acentuada privatización de la religión o, en el límite, la negación de las instituciones religiosas. Tamaña fue la popularización de esta acepción del término, que este pasó a sintetizar una nueva cualidad de creyentes, *spiritual but not religious* (Fuller, 2001).

No obstante, a partir de mediados de la década de 1990, y especialmente en los años 2000, una serie de autores pasó a tratar el término no solamente como una modalidad de compromiso con lo sagrado, sino también como una categoría cuya genealogía, marcada por la modernidad occidental, indicaría fuertes vínculos con otras dos, “religión” y “secularismo”. Esta es la tesis desarrollada por Peter van der Veer (2013), quien al tiempo que identifica convergencias entre el estatuto universalizante de la categoría de espiritualidad y aquel que también caracteriza la “religión” y el “secularismo”, reconoce que, en la comparación entre esas tres categorías, sí que las dos últimas fueron capaces de pautar una amplia bibliografía dedicada a historizarla. Por su lado, la primera recibió significativamente menos atención. La laguna, sugiero, no debe ser ignorada o subestimada, sino tomada como un dato. Frente a ella, podemos suponer, en acuerdo con otros autores (Albanese, 2001; Bender, 2010), que una de las principales razones para el tímido interés por la categoría en cuestión puede ser la persistencia de la retórica que insinúa que no hay nada de político en la espiritualidad. En este caso, al contrario de la “religión” y del “secularismo”, que fueron extensivamente depuradas en su genealogía moderna por trabajos como los de Talal Asad (1993) y José Casanova (1994), la “espiritualidad” todavía es un concepto que parece haber emergido fuera del tiempo, separado de la política y ajeno a configuraciones específicas de poder y conocimiento.

El esfuerzo de este libro no será genealógico, pero su realización parte de las consideraciones de esos autores para, como afirmé anteriormente, asumir un emprendimiento analítico que evita definir lo que sería la espiritualidad y opta por prestar atención a los modos en que el término es empleado y a cómo sus definiciones y diferenciaciones tornan algunas prácticas y compromisos más o menos posibles. Al hacerlo, podré, si no delinear algunas de las condiciones de emergencia de la categoría en la modernidad, al menos levantar hipótesis sobre en qué términos y a partir de cuáles configuraciones históricas y políticas ésta ha adquirido legitimidad contemporáneamente.

Al llevar adelante el emprendimiento analítico de este libro en el campo de los servicios de salud, los problemas impuestos por la categoría de espiritualidad adquieren nuevos despliegues. Esto porque, como voy a desarrollar, si el principal organismo de gestión global de la salud, la OMS, legitima la concepción de que el ser humano es invariablemente un ser espiritual y las

investigaciones médico-científicas afirman que la espiritualidad es un factor determinante para la salud, pregunto: ¿cabría al Estado proveer cuidados con el espíritu? O, aún, ¿desatender la espiritualidad no sería, en el límite, un descuido de salud pública? Y más, ¿cómo puede el Estado operacionalizar la oferta de cuidados con la dimensión espiritual sin herir principios como la laicidad y la libertad religiosa?

Esas son algunas de las cuestiones que remiten al segundo eje analítico de las reflexiones de este libro. Winnifred Sullivan (2014), en sus investigaciones sobre capellanía en los Estados Unidos, se detuvo en cuestiones semejantes y, por ello, servirá como una importante interlocutora, aunque muchas veces en tensión, de los argumentos que aquí presentaré. Las contribuciones de Sullivan están mayoritariamente relacionadas con controversias jurídicas envolviendo el término, cuya singularidad, afirma la autora, reside en el hecho de que escapa de los marcos jurídicos que inciden sobre la religión.

Otra razón de la aproximación con su trabajo reside en el hecho de que, al investigar la capellanía en hospitales, Sullivan también se ocupó del tema de la espiritualidad y de su articulación con la salud. En uno de sus estudios, la antropóloga demuestra cómo el reconocimiento de la espiritualidad en cuanto dimensión de la salud humana garantizó que capellanes, antes restringidos a la asistencia religiosa en los hospitales, adquieran un nuevo estatus y son incorporados a los equipos de tratamiento médico. Con eso, tales profesionales “dejaron de hablar en nombre de alguna confesión o identidad religiosa particular y pasaron a tratar de la espiritualidad en cuanto aspecto natural y universal de todos los seres humanos” (Sullivan, 2014:3).

Después de analizar extensivamente el fenómeno de la capellanía en los hospitales, Sullivan concluye que “al menos en los Estados Unidos, aunque la ley se presente como secular, todos los ciudadanos son crecientemente entendidos como universal y naturalmente religiosos – necesitados de cuidado espiritual” (2014:51). La afirmación anuncia la posición tomada por la autora frente a un caso que, entiende, hace explícito cómo la religión viene siendo naturalizada y balizada por la ley en los Estados Unidos. La categoría de espiritualidad sería, en esa perspectiva, un nuevo modo de establecimiento de la religión o, incluso, un modo de disimular la religión con el acuerdo y apoyo del Estado. Mi posición, sin embargo, diverge de aquella defendida por Sullivan en la medida en que estoy poco interesado en desvendar la espiritualidad, mostrando lo que la categoría tiene de religioso. Mi objetivo, por el contrario, será justamente apostar a la pertinencia analítica de tratar la espiritualidad como el producto histórico de procesos discursivos, cuyas formas de relación con la religión son variadas y no determinadas. Trato, con eso, de asociarme a la agenda de inves-

tigación sobre espiritualidad propuesta por autores como Courtney Bender y Omar McRoberts (2012), cuyo primero postulado es no tratar la religión o la espiritualidad como categorías con núcleos, identidades o cualidades estables, ni tampoco asumir que la espiritualidad es, necesariamente, algo que contrasta o se opone a la religión (tal como en la fórmula “espiritual, pero no religioso”). Ni siquiera parto de la presunción de que pueda existir una relación categórica particular entre espiritualidad y religión (Bender, 2007; Taves; Bender, 2012; Ammerman, 2013). Viabilizar este modo de atención a la espiritualidad depende del análisis pormenorizado de las relaciones contextuales que la categoría establece con la religión – y con otros términos.

La recurrencia y la legitimidad que la categoría de espiritualidad ha adquirido en el ámbito de las ciencias médicas e inclusive de las agencias internacionales y nacionales de gestión de la salud pública puede ser un hecho inesperado para quien analiza la modernidad occidental en los términos weberianos de la “desmitificación”. Sin embargo, para autores como Peter van der Veer, esa es solo una muestra más de que la espiritualidad no constituye una forma marginal de resistencia a la modernidad secular, sino que forma parte del proyecto moderno mismo, siendo la emergencia del término uno de sus índices y una clave fundamental para comprenderlo (Veer, 2013:7). En sus palabras, como transcribo abajo, Veer argumenta que, aunque podamos reconocer las profundas raíces históricas del término en el misticismo, el gnosticismo, el hermetismo y en una amplia gama de tradiciones de la antigüedad, la espiritualidad moderna es, en efecto, una categoría tributaria de la modernidad occidental:

Definir la espiritualidad es una tarea notoriamente difícil. Quiero sugerir que el término, como algo vagamente opuesto a la materialidad, ajeno al cuerpo y distinto tanto de lo religioso como de lo secular, se ha convertido en un concepto capaz de conectar muchas tradiciones discursivas. Mi argumento es que lo “espiritual” y lo “secular” fueron producidos simultáneamente como dos alternativas conectadas en relación a la religión institucionalizada en la modernidad euro-americana. (Veer, 2013:36)

El argumento no es trivial y, para demostrarlo, dependeríamos de un amplio esfuerzo genealógico acerca de la categoría de espiritualidad. Sin intención de reconstituir tal genealogía –trabajo minuciosamente realizado por investigadores como Catherine Albanese (2007) y Courtney Bender (2010) – recurro a la afirmación de Veer para subrayar aquello acerca de lo cual nos advierte el vínculo entre esa categoría y la modernidad: espiritualidad es un

concepto históricamente situado y su emergencia es, ella misma, el producto histórico de procesos discursivos. La semejanza entre esa afirmación y lo que dice Talal Asad (1993:29)² sobre la categoría de religión no es despropositada –aunque tampoco deba ser extendida más allá del plano metodológico. Tal vez el orden de ese paralelo quede más claro en la paráfrasis de otra sentencia de Asad (2001:220): definir ‘espiritualidad’ es antes de todo un acto, eso significa que la espiritualidad en cuanto categoría está constantemente siendo definida dentro de contextos sociales e históricos, y que las personas poseen razones específicas para definirla de un modo o de otro³. La perspectiva parece llevar el debate sobre la espiritualidad a un nuevo plano analítico, distanciado de los embrollos filosóficos y teológicos clásicos sobre el tema, y marcado por los aportes de cierta filosofía política foucaultiana según la cual el concepto y sus características están situados en los juegos de relaciones de poder que los configuran y los transforman históricamente.

En alguna medida, asumir esa analítica es la condición para atender al llamado de Peter van der Veer a prestar atención a “la política de la espiritualidad” (2009;2013), esto es, el modo por el cual esa categoría produce realidad y moviliza actores e instituciones. Con política de la espiritualidad, por lo tanto, no se hace referencia a un concepto, sino a una especie de recomendación metodológica que insiste en la necesidad de comprender los usos de la categoría de espiritualidad situacionalmente, a partir de las configuraciones de poder y de conocimiento con las cuales se articula cada vez que es enunciada. En sus trabajos, Veer muestra, por ejemplo, cómo el término fue central para la formación de la modernidad imperial en la India y la China. En esos dos países, la idea de espiritualidad se habría establecido de modo distinto, aunque en ambos casos, sobre todo durante el período colonial, haya funcionado como una importante vía de conexión con Occidente. La afirmación, que ya había sido lanzada por Richards (1932), explicita el sugerido vínculo entre la modernidad a partir de los “encuentros coloniales” que produjo, y la categoría de espiritualidad, forjada en aquel momento, según Veer, como un concepto universal y trans-histórico.

Si, por un lado, no es de la espiritualidad en la India o la China colonial de lo que nos ocuparemos en este libro, por otro, buscamos presentar parte de

² La cita literal del texto de Talal Asad al cual hago referencia es: “Mi argumento es que no puede haber una definición universal de religión, no solo porque sus elementos constitutivos y sus relaciones son históricamente específicos, sino también porque esta definición es ella misma el producto histórico de procesos discursivos” (Asad, 2010:264).

³ La frase es similar a aquella proferida por Emerson Giumbelli (2011) quien, en un texto revisional de la obra de Talal Asad, la utiliza para comentar la posición del antropólogo saudita sobre la categoría de “religión”.

las discusiones antropológicas sobre la categoría partiendo de una analítica que la problematiza en cuanto producto de articulaciones entre discursos, prácticas y configuraciones institucionales – tal como realizado por Veer –. Lo anterior introduce algunas de las dimensiones de los debates que pretendo profundizar, así como apuntar hacia la clave teórico-metodológica en que se basan los próximos capítulos.

Autonomizando los problemas de la espiritualidad

A lo largo de las últimas décadas, el creciente interés por el tema de la espiritualidad ha producido una situación curiosa. El uso del término se ha vuelto cada vez más frecuente en narrativas etnográficas, en debates académicos e incluso en análisis del campo de las ciencias sociales de la religión. Al mismo tiempo, parece que asistimos a una especie de marginalidad en las reflexiones sobre la categoría, a menudo descrita simplemente como una forma de negación de la religión institucionalizada o como sinónimo de una religiosidad centrada únicamente en la intimidad del sujeto. Aquí, como ya lo he mencionado, parto de un punto que contrasta con la práctica sociológica actual, que asocia directamente, ya sea por aproximación, contraste o comparación, la espiritualidad y la religión. Me interesa, precisamente, la forma en que los usos de estas categorías se basan en valores distintos, y también privilegio el hecho de que el uso de cada una de ellas produce efectos diferenciadores. A lo largo de este libro, mostraré los efectos que produce la noción de espiritualidad cuando utilizada en el campo oficial de la salud. En las páginas que siguen, mi atención se vuelve hacia la teoría sociológica, ya que insistiré en el valor que la atención al tema puede ofrecer al campo especializado.

En un libro publicado en 2012 intitulado *What Matters?: Ethnographies of Value in a (Not So) Secular Age*, Ann Taves y Courtney Bender argumentan que, al abordar la espiritualidad, introducimos una nueva camada de complejidad en las discusiones más amplias sobre secularismo, sobre el binarismo religioso-secular y sobre los análisis acerca de la religión vivida.

La crítica sociológica consolidó la perspectiva que reconoce las nociones de secular y religioso como formaciones históricas co-constituidas. La relacionalidad de los términos se contrapone a los análisis que los consideran como apriorísticamente distintos y cuyo valor analítico radicaría en la capacidad de organizar el mundo, delimitando claramente las fronteras entre uno y otro. Como han identificado muchos otros autores, el binarismo religioso-secular es en sí mismo parte de la modernidad secular, lo que hace de esta diferencia un proyecto continuo y también su punto de partida. El antídoto me-

todo lógico para reconocer los efectos de este binarismo sin tomarlo como marco analítico parece basarse en dos soluciones: por un lado, la apelación a la genealogía de los términos, insistiendo en sus convergencias históricas; y por otro, la atención antropológica a la inconsistencia de esta distinción al considerar las prácticas cotidianas y la religión vivida.

Mi argumento entiende que la atención a la espiritualidad nos permite aprovechar esas dos salidas de un modo, siquiera, un poco explorado. Eso porque también hay una conexión genealógica entre la formación de esa categoría y las de religión y secularismo consolidadas entre los siglos XVIII y XIX. Además, observar la circulación del término, del concepto y de las experiencias enmarcadas como relativas a la “espiritualidad” en espacios seculares es una poderosa llave para reconocer los límites del binarismo religioso-secular. Es por eso que no se trata de apostar en diferencias substantivas entre lo religioso, lo secular y lo espiritual, sino de convertir las formas de interacción entre esas categorías, y el modo por el cual esas interacciones producen realidad, en mi propio objeto de análisis.

Para Taves y Bender (2012), así como para mí, el de espiritualidad no es un término auxiliar en la dinámica forjada por la modernidad entre lo religioso y lo secular. Por el contrario, se trata de una noción que juega un papel importante, produce mediaciones y crea realidades. Por alguna razón, aunque promisoros en apariencia, los abordajes sobre el tema parecen tener dificultades para desencadenar debates más generales, con consecuencias teóricas substantivas. Procuraré enfrentar este desafío a lo largo del libro.

¿Religioso o secular?

A primera vista, la espiritualidad podría ser asociada, sin muchos problemas, a una dimensión de lo religioso. Entre los dos habría una relación compleja de continente y contenido. A fin de cuentas, el término espiritualidad es usualmente accionado como una especie de componente de la religión, de modo que no es difícil reconocerlo como un elemento transversal a las diferentes tradiciones e instituciones religiosas. En este caso, la espiritualidad sería inequívocamente una dimensión de la religión. Sin embargo, la noción también ha sido accionada para hacer referencia a algo que no está contenido en las religiones, sino que las excede, sustentando, inclusive, un tipo de identidad particular cada vez más común en Europa, Estados Unidos y América Latina: “spiritual, but nor religious” (Ammerman, 2013).

El fenómeno creciente de la literatura dedicada a la espiritualidad, que ya venía siendo notado por otros autores desde la década de 1990 (De la To-

re; Steil; Toniol, 2018), nos brinda abundante material para reconocer cómo esa noción se ha consolidado en las últimas décadas como el rostro auténtico de la religión, pero que está “más allá” de la historia de las tradiciones religiosas (Bender, 2010) o como la cualidad constante y a-histórica de la búsqueda humana por lo divino.

Ocurre que, del mismo modo en que podríamos asociar la espiritualidad a la religión, también podemos reconocer su fuerte presencia como un principio activo movilizadopor secularistas. Basta pensar en la centralidad que el término adquirió para prácticas como el yoga o el *mindfulness*. Retomo un extracto de Bender y Taves (2012) sobre la amplitud de esa literatura, que muestra bien a qué me estoy refiriendo:

La espiritualidad puede, en otras palabras, ser compatible con el secularismo —e incompatible con la religión. Este es el argumento de muchos, incluyendo el crítico de la religión Sam Harris, que cierra *The End of Faith* (2004) con un llamado a sus lectores para que desarrollen sus “intuiciones espirituales”. En la opinión de Harris, la espiritualidad, divorciada del fanatismo religioso y de la irracionalidad, es una importante búsqueda humana. La espiritualidad sería totalmente compatible y, en efecto, podría encontrar su hábitat ideal dentro del universo secular. Harris no está solo, ni esta visión se limita a los Estados Unidos: el autodenominado “fiel ateo”. Andrew Compton-Sponville observa similarmente, en *El Espíritu del Ateísmo* (2007), que las personas pueden vivir sin religión ni Dios, pero no pueden prescindir de la espiritualidad. Harris, Compton-Sponville y otros, por lo tanto, sitúan retóricamente la espiritualidad del lado de lo secular, organizándolo contra lo que ellos ven como el fanatismo de la religiosidad. La espiritualidad, por ende, no constituye un concepto puramente residual y efímero, fácilmente organizado bajo lo religioso. Es, de hecho, frecuentemente usado para criticar la religión. (2012:6)

Al aproximarnos a este tipo de literatura, reconocemos resonancias entre tal concepción y aquellas que los historiadores del secularismo identificaron como dominantes en algunos círculos de librepensadores del siglo XIX, que defendían la “moralidad panteísta”. La espiritualidad parece, en este caso, estar habilitada para ocupar nuevamente tal espacio: describe un elemento universal, se presenta como a-histórica y a-política y, finalmente, alcanza su plenitud convirtiéndose en un rasgo de la modernidad secular. Disimuladamente, esta literatura reinstaura una jerarquía evolucionista, a partir de la cual el horizonte moral de la espiritualidad es una superación de los límites del fanatismo religioso.

En el siglo XXI, la moralidad panteísta ofrecida por la espiritualidad gana como aliada a la psicología positiva, que orienta los sujetos a buscar “lo mejor de sí, en sí mismos”. Al mismo tiempo, parece ser en tal contexto que operan algunos de los debates sobre espiritualidad y salud realizados en el ámbito de la medicina.

La noción de espiritualidad no solo circula en la literatura popular de autoayuda y crecimiento personal también se desarrolla en el ámbito de la literatura académica especializada y de las ciencias sociales. Y, si prestamos atención, no es infrecuente que opere de modo semejante en esos dos campos aparentemente tan distantes. Charles Taylor (2010) evoca lo “espiritual” para indicar la consolidación de significados y proyectos de sí que hacen eco de cuestiones caras al universo religioso, pero substantivamente transformadas en la medida en que emergen de un marco secular inmanente. Taylor forja, así, un uso corriente de la espiritualidad en las ciencias sociales, que hace del término algo inconmensurable e irreductible a lo religioso y lo secular. La espiritualidad, me arriesgaría a decir, asume en algunas formulaciones de Taylor la ambigüedad de algo que puede operar como una salida secular de la formación religiosa y, al mismo tiempo, como una salida religiosa de la formación secular.

Acompañando nuevamente el argumento de Taves y Bender (2012), encontramos el trabajo de William Connolly, otro estudioso comprometido con la pluralidad secular (1999; 2005a), que igualmente acciona lo “espiritual” para discutir los “humores” y “disposiciones” de varios grupos religiosos y no religiosos de maneras que le permiten destacar las conexiones (o “resonancias”) entre las “disposiciones espirituales” capitalistas y evangélicas y levantar cuestionamientos sobre la intensidad de varias espiritualidades “culturales” (2005b). La invocación de la dimensión espiritual (no marcada o definida específicamente) en su trabajo sobre la “máquina de resonancia” evangélica y sobre el secularismo brinda, así, otro ejemplo de cómo la noción de espiritualidad opera en las discusiones académicas. Tal como movilizada por Connolly, la espiritualidad sería capaz de marcar relaciones y disposiciones de la acción humana que no tendrían relación con formaciones religiosas o seculares. Después de asociar la espiritualidad a “disposiciones”, Connolly evoca, por ejemplo, la contraposición al dominio que denomina tradicional. Al hacerlo, impide tomar en consideración dos tipos de tradiciones en que la trayectoria histórica y política de la espiritualidad también están implicadas. Termina, por ende, considerando el término casi como un sinónimo de fenómeno cultural y políticamente neutro. De este modo, la espiritualidad se mantiene ajena a su propia genealogía y, al tratarla como un principio sin historia, se preserva la posibilidad de que el término opere como algo que “sobrepasa” y, al mismo

tiempo, “es más que” o es “subyacente” a lo religioso y a lo secular. Aunque parezca potente para la crítica del dualismo religión-secular, la espiritualidad ha funcionado mayormente como una especie de puerta giratoria en la crítica al mismo. Con ella, se encuentra una salida analítica de ese encuadramiento, pero, a continuación, esa salida se transforma en la puerta de entrada que lleva de vuelta hacia él.

Destaco este uso de la espiritualidad como ejemplar de un verdadero modelo analítico de la categoría en cuestión para las ciencias sociales. Vuelvo, así, a mi ponderación de partida, en contraste con la religión y con el secularismo (ambos frecuentemente articulados a una historia, a una genealogía o a una indicación acerca de cómo sus usos cambian históricamente). De modo que la espiritualidad normalmente recibe poca atención en cuanto a la categoría forjada, también, en la historia. Mi apuesta en este libro entiende que, más relevante y productivo que definirla, es seguir las formas por las cuales la categoría es movilizada y los efectos de esa movilización. Como se hará explícito en los capítulos que siguen, lo que está en juego no es demarcar los límites conceptuales de la espiritualidad o de la experiencia espiritual, sino identificar cómo la esta ha sido capaz de organizar y reposicionar lo religioso y lo secular.

Espiritualidad institucionalizada

La consolidación de la relevancia social y analítica de la noción de espiritualidad para las ciencias sociales se dio a partir de las últimas cinco décadas. Ese proceso, como muchos autores demostraron (De la Torre; Steil; Toniol, 2018), estuvo relacionado inicialmente con la ampliación del interés en el llamado fenómeno de la Nueva Era. En el ámbito de estas discusiones, la espiritualidad posee una diferencia clara con relación a la religión, tal como fue demarcado por Linda Woodhead, prominente defensora del uso de la noción de espiritualidad como categoría de análisis. La religión, afirma la autora, generalmente se refiere a dimensiones “externas”, como si hiciese referencia a una tercera parte, ya sea divina, como en el caso de la figura de un Dios trascendente, o humana, asociada a las instituciones religiosas que establecen un amplio conjunto de mediadores (terceros) para la relación con lo sagrado: edificios, instituciones, agentes religiosos, símbolos. La espiritualidad, por su parte, haría referencia a las dimensiones internas, subjetivas, experienciales, emocionales y a un Dios íntimo (2010:37-38).

Este tipo de formulación, como observó el antropólogo argentino Alejandro Frigerio (2016), indica una nueva fase en la trayectoria de la noción de espiritualidad, en la cual esta se habría independizado del debate sobre la Nueva Era,

libertándose conceptualmente del movimiento que la puso en el escaparate sociológico. Para Frigerio, la razón para ello es doble. Primero, porque a partir de los años 90 y con más intensidad aún en nuestro siglo, la noción de Nueva Era tiene un atractivo cada vez menor – noción esta que parece haber tenido más éxito académico que nativo, en la medida en que los individuos que participan de los circuitos alternativos siempre reaccionaron contra y buscaron distanciarse de encuadramientos limitantes de tipo identitario (Carozzi, 1999). Segundo, porque muchas de las ideas que fueron caracterizadas como relativas a la Nueva Era adquirieron una popularidad antes impensada, extrapolando en mucho los circuitos alternativos a los cuales de las asociaba. Este es el camino que parecen seguir autores como Sutcliffe e Bowman (2000:11), quienes señalan que “contrariamente a las predicciones de que la Nueva Era se integraría a la cultura dominante, ahora sucede como si la cultura dominante estuviese acercándose a la Nueva Era”. O Hanegraaff (1996:289), para quien “la espiritualidad Nueva Era ya no es un fenómeno limitado a una subcultura marginal, sino que se desarrolla como un tipo de religión popular que se amplía e interpela personas de todos los niveles sociales”. En la misma dirección, Houtman e Aupers (2007) argumentan que estaríamos realmente frente a un “giro espiritual” (spiritual turn). También, Heelas e Woodhead (2005:137), quienes sustentan que, en un futuro próximo, la “espiritualidad” sucederá a la “religión” como forma predominante de relación con lo sagrado.

Courtney Bender (2012) asume una constatación similar, pero la encara a partir de una pregunta y, para responderla, retrocede más allá de las décadas en que la Nueva Era se convirtió en un objeto apreciado por las ciencias sociales de la religión: ¿cómo la espiritualidad se tornó un concepto analítico autónomo y a qué (o cuáles) propósitos sirve esa autonomía? Para Bender, la autonomía de la espiritualidad está basada en dos rasgos que marcan nuestra noción de religión. Rasgos que son endémicos a nuestros conceptos más generales, tanto de religión como de modernidad. Primero, que los individuos pueden tener experiencias no mediadas, experiencias que ocurrirían en el campo de la “pura posibilidad”, auténticas *inner experiences*. Segundo, que la modernidad occidental está caracterizada por tal grado de diferenciación institucional que experiencias religiosas, no religiosas, seculares y espirituales serían fácilmente distinguibles.

La lógica que relaciona modernidad, individualismo religioso y espiritualidad ha ganado destaque en los trabajos más recientes sobre el tema. Sin embargo, también es posible encontrarla en formulaciones clásicas de la sociología. Por ejemplo, como lo observado por otros autores (Frigerio, 2016; Streib; Hood, 2013; 2016). El trabajo de Troeltsch, en su teoría sobre iglesias y sectas,

incluye un tercer tipo de organización cristiana, la mística, en la cual “no hay cualquier impulso organizacional”. Ese tercer tipo es particularmente interesante para Troeltsch porque, aunque el impulso para el misticismo individual esté presente en toda la historia cristiana, la modernidad alteró la relación entre la autoridad individual y la institucional y, con eso, presentó un nuevo potencial para que ese impulso se liberase de las instituciones religiosas. Una vez liberado, el misticismo moderno pudo consolidar su propia trayectoria que, en la perspectiva de Troeltsch, conduciría a un individualismo religioso y, al mismo tiempo, distinto de los marcos de la religión. Este misticismo moderno, que se consolida fuera de las iglesias, antiautoritario y que privilegia la experiencia individual, ofreció las bases para la imaginación sociológica sobre lo que llamamos espiritualidad y para su autonomización con relación a la religión.

Troeltsch reconoce el “misticismo individualista” (o, si se quiere, la espiritualidad) como fundamentalmente antagónico a la “naturaleza real del cristianismo”. Argumenta que sus vínculos con el “romanticismo” y con el liberalismo moderno son problemáticos, no por enfatizar la experiencia individual en sí (como hicieron a lo largo de la historia muchas otras formas de “misticismo cristiano”), sino porque no poseen ni sentido de la solidaridad, ni fe en la autoridad. El declive de la religión en la modernidad secular, en la perspectiva de Troeltsch, no significa que la autoridad religiosa institucional haya perdido su legitimidad pública sobre los individuos, sino que ahora la religión no más incide con facilidad o cruza otros campos del conocimiento que no sean los suyos. Como Bender (2012) reseñó, describir esas perspectivas, según ella, derecho, ciencia, economía, artes y otros campos de la vida humana, se torna desmitificado en la medida en que son desarrolladas sus propias bases racionales de verificación y legitimidad.

Ya sea por el encuadramiento analítico de la perspectiva secular o por las raíces epistémicas de formación de la categoría de espiritualidad, el término se estableció como distinto de la religión, aunque relacionado con ella, marcado por experiencias individuales y antiautoritarias. Mi argumento sostiene que la comprensión de la espiritualidad como algo paralelo a las instituciones invisibilizó el hecho de se trata de una categoría de uso político poderoso, cuyo carácter universalizante, ligeramente distinto de la noción de religión y alineado con el encuadramiento secular, produce efectos significativos. La espiritualidad, quiero insistir, es una categoría con una longeva carrera institucional. Como demostraré en este libro, moviliza y es movilizada en contextos como la Organización Mundial de la Salud, laboratorios de investigación médica, ambientes clínicos, protocolos de atención, etc. Por difícil que sea definirla, su uso, así como los efectos políticos de ese uso, son rastreables. En este

caso, rechazo la idea de que el uso de la noción de espiritualidad sea aleatorio o laxo, por el contrario, afirmo que, cuando es movilizada, esta categoría crea efectos de encuadramiento para ciertas realidades.

Un cierto Oriente

La popularización de la idea de espiritualidad está ligada al progresivo interés occidental por un conjunto de prácticas orientales reconocidas como tales. Aunque haya sido acuñada como una categoría universal, la espiritualidad encuentra en Oriente uno de sus más importantes territorios de existencia. El encuentro imperial, entendido por Peter van der Veer como un proceso de formación de la modernidad bajo las condiciones del imperialismo (2020), forjó la percepción de que India y China son territorios espiritualizados y, por ende, distintos y opuestos al Occidente materialista. A pesar de esta característica, que conecta de modo muy inmediato espiritualidad y encuentro colonial, las reflexiones sobre la primera categoría fueron objeto de análisis aún poco exploradas por las ciencias sociales. Esa perspectiva debe ser asumida de modo que sea capaz de reconocer que la espiritualidad es un término crucial para nuestra comprensión de la modernidad occidental.

La de la espiritualidad es una noción difícil de circunscribir. Definirla es un campo de disputas que nos interesa para el tipo de análisis que aquí propongo. Eso porque estoy interesado en la variedad misma de definiciones atribuidas al término y, más aún, me ocupo antes de la naturaleza de la forma de la noción que de su contenido. Al desplazar el énfasis del contenido – que nos haría trabajar para demarcar la frontera que diferencia una noción de la otra y adherir a los análisis sobre lo que la categoría opera – podemos reconocer de modo más claro los términos de la aproximación entre religión y espiritualidad. Peter van der Veer sintetizó bien los acercamientos que quiero destacar aquí:

La espiritualidad lleva la universalización del concepto de religión un paso crucial adelante, cortando completamente sus lazos con las instituciones religiosas. El término “religión” fue desarrollado en el pensamiento europeo moderno como un concepto multicultural y global que captura una gran variedad de tradiciones y prácticas. El despliegue de la universalización del concepto de religión tiene sus raíces en las nociones de Religión Natural y Religión Racional que surgieron después de las guerras religiosas en Europa y en conjunto con la expansión europea en otras partes del mundo. (2013:7)

Como afirmé anteriormente, la espiritualidad se constituyó también en

relación a otro concepto moderno igualmente potente, aunque muchas veces sea comprendida en oposición a él, a la idea de “secular”. Al colocar el término en relación con este segundo concepto, quiero insistir, asimismo, en que prestar atención a la espiritualidad también nos incita a encontrar una perspectiva sobre lo secular que muestre hasta qué punto está profundamente implicado con la magia y la religión.

La transformación gradual de un orden jerárquico trascendente en una inmanencia moderna que se legitima en la soberanía popular y está caracterizada por el mercado, la esfera pública y el Estado-nación, transformó el papel de la religión institucional y en algunas instancias históricas la marginalizaron, pero al mismo tiempo liberaron espacio para la espiritualidad. La espiritualidad escapa a los límites de las formas organizadas e institucionalizadas de la religión y, por lo tanto, del modelo cristiano de iglesias y sectas que no puede ser aplicado en la mayoría de los ambientes no cristianos. Y, por lo tanto, más transculturalmente variable y flexible y desafía las tentativas sociológicas de construcción de modelos. (Veer, 2013:89)

A pesar de la precariedad de la definición de espiritualidad, el término no es casual, poseyendo una historia singular en la modernidad y, particularmente, en el encuentro colonial. La relación del término con aquellos mencionados hasta aquí es la de una especie de cadena sintagmática, que secuencia religión-magia-secular-espiritualidad. Tomada de la lingüística saussureana, esa idea ayuda a sugerir que esos términos están conectados y comparten configuraciones históricas en su emergencia, pero no son intercambiables. No poseen significados estables independientemente uno del otro y, por lo tanto, no pueden ser simplemente definidos por separado.

Al reconocer el proceso colonial como un evento-clave para la consolidación de la categoría de espiritualidad en el Occidente Moderno, estoy apuntando a dos dimensiones simultáneas. Por un lado, la espiritualidad tiene el potencial de una expresión orientalista, que forma parte de un encuadramiento occidental sobre las colonias y, al mismo tiempo, es fruto del ímpetu universalista de producción de categorías a-históricas y transculturales. Por otro lado, esa noción también tuvo un papel importante en la propia historia de formación de los Estados nacionales y de la imaginación nacionalista de los territorios a los cuales fue inicialmente relacionada, como diversos autores han demostrado a partir de los usos de ese término en la historia de las relaciones políticas entre Occidente, India y China.

Esas son apenas algunas de las líneas más generales que las ciencias sociales han movilizado por medio de la idea de espiritualidad. En las páginas que siguen, intervengo en ese debate, analizando un fenómeno bastante específico, el proceso de uso y de legitimación de esa categoría en el campo oficial de la salud. Con eso, espero contribuir con algunas de las cuestiones aquí mencionadas y visibilizar otras aún poco enfatizadas por la literatura.

CAPÍTULO 2

Actas del espíritu – la Organización Mundial de la Salud y sus formas de instituir espiritualidad

En mayo de 1984, académicos, técnicos y políticos se reunieron en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, Suiza, en ocasión de la 37ª Asamblea General de la institución. Entre muchas otras resoluciones aprobadas –con las cuales tomé contacto a través de los archivos de la agencia– una de ellas, en particular, captó mi atención. Se trataba de la decisión WHA37.13, cuyo contenido puede ser sintetizado en los siguientes términos: “Habiendo considerado el informe de la dirección general [de la OMS] sobre la dimensión espiritual para el ‘Programa Salud para Todos en el año 2000’ y también acompañando las indicaciones del Comité Ejecutivo sobre la resolución EB73.R3, la Asamblea: (...) *Reconoce* que la dimensión espiritual tiene un papel importante en la motivación de las personas en todos los aspectos de su vida. *Afirma* que esa dimensión no solamente estimula actitudes saludables, sino que también debe ser considerada como un factor que define lo que es la salud. *Invita* a todos sus Estados Miembros a que incluyan esta dimensión en sus políticas nacionales de salud, definiéndola según los padrones culturales y sociales locales” (cursivas en el original)⁴.

En las reflexiones que siguen, procederé a partir de un movimiento de atención doble: por un lado, describo y analizo las formas instituidas de la espiritualidad en la OMS, anclando mis reflexiones en la versión final de los documentos ya promulgados; por otro, me atengo a los procesos anteriores a las oficializaciones, privilegiando, en este caso, no las formas acabadas de las resoluciones, sino los debates que las precedieron y las configuraciones históricas y políticas que las viabilizaron⁵. Este capítulo se divide en dos partes principales. En la primera, más corta, hago explícitas algunas de las cuestiones que envuelven el análisis del tema de la “espiritualidad” en las ciencias sociales de la religión y justifico las razones por las cuales una investigación como esta puede contribuir a tal debate. En la segunda parte del capítulo,

⁴ Documento consultado: A37/33, 15 de mayo de 1984. Archivos OMS.

⁵ Todo el material consultado y mencionado en este capítulo tenía forma de texto, inclusive los debates a los que hago referencia aquí, que objetivamente eran transcripciones.

me detengo en los documentos analizados, presentándolos a partir de dos ejes de variación: la espiritualidad de los Otros y la espiritualidad de Todos. Explicitaré cómo estos dos ejes no solamente se diferencian, sino que, sobre todo, se articulan. Cierro el texto delineando un conjunto de consecuencias empíricas asociadas a la “oficialización de la espiritualidad” en la OMS, así como elaborando algunas lecciones teórico-metodológicas que pueden ser derivadas de los análisis presentados.

Espiritualidad institucionalizada y política de la espiritualidad

En otros textos (Toniol, 2015e; 2015b), argumenté y explicité que la relación entre espiritualidad y salud se ha consolidado como un tópico cada vez más frecuente y, en alguna medida, legítimo, en el campo de las ciencias médicas. No podré recuperar aquí cada uno de los argumentos anteriormente presentados, tampoco podré contemplar las dimensiones controversiales de este proceso –dimensiones que serán mejor exploradas en los próximos capítulos. De esta manera, me limito, al menos por ahora, a subrayar que el reconocimiento de la espiritualidad como una dimensión relativa a la salud es un fenómeno que puede ser observado en las diferentes instancias del trinomio médico: docencia, investigación y práctica clínica; y que tal alcance también ha despertado la atención de otros investigadores⁶.

Al mismo tiempo, por más que los objetivos de este capítulo no se dirijan directamente a ningún aspecto inmediato de la actuación médica, sino a las formas de producción del par espiritualidad/salud en el contexto de una agencia global de gestión de la salud, reconozco que hay vínculos y resonancias significativas entre las acciones de la OMS y la dimensión de la práctica médica. Al final, como Nitsan Chorev (2012) demostró en su trabajo *The world health organization between North and South*, la producción discursiva sobre salud y enfermedad realizada en el ámbito de la OMS no es inocua, frecuentemente adquiriendo realidad concreta a nivel local. Para reconocer tal influencia, afirma Chorev, basta observar el papel determinante de la agencia en la definición de políticas nacionales de salud en la estandarización de procedimientos médicos o, incluso, en la formulación de agendas de investigación. Estas consideraciones ayudan a dimensionar cómo las

⁶ Me refiero tanto a investigadores de las ciencias sociales, con quienes dialogo a lo largo del texto, como también a estudiosos de otras áreas del conocimiento (para citar solo algunos: Liao, 2017; Reginato et al., 2016; Senel & Demir, 2018; Saad et al., 2017; Castellar et al., 2014; Charlier et al., 2017).

afirmaciones de la OMS sobre espiritualidad y salud también pueden tener efectos que exceden el campo de la política internacional y afectan, de forma más directa, la vida cotidiana de hospitales y ambulatorios.

Tan relevantes como la amplitud empírica del fenómeno observado son las consecuencias teórico-metodológicas que este permite desplegar. Eso porque, como vengo argumentando (Toniol, 2016), el caso de la legitimación de la espiritualidad como una dimensión de la salud ofrece un contrapunto oportuno al modo por el cual los científicos sociales de la religión emplearon usualmente esa categoría y describieron los fenómenos a ella asociados. Entre muchos ejemplos posibles, la definición de espiritualidad ofrecida por Paul Heelas y Linda Woodhead sintetiza aspectos estructuradores de la comprensión del término por parte de sociólogos y antropólogos dedicados al asunto. Los autores afirman: “La espiritualidad es una forma subjetiva de existencia de lo sagrado, que enfatiza fuentes internas de significado y de autoridad, así como el cultivo o sacralización de la vida subjetiva” (Heelas; Woodhead, 2005:6). Otra definición semejante fue propuesta por Renée de la Torre, que emplea el término para “aludir a prácticas menos dogmáticas, distanciadas de las normas y cánones de las religiones, (...) [que se caracterizan por ser] individuales, subjetivas, intuitivas y emocionales” (2016:10). “Se trata – prosigue la autora valiéndose del diálogo con Charles Taylor (2007) y María Julia Carozzi (1999) – de un término que describe la “autonomización del sujeto en la búsqueda por una relación personal con lo sagrado y con lo trascendente, adensada por el rechazo al control institucional y al autoritarismo de las instituciones religiosas” (2016:10). En cualquiera de las dos versiones, la espiritualidad indica una modalidad de relación con lo sagrado establecida a partir de contornos desinstitucionalizados y subjetivos.

Es cierto que esa clave analítica ha sido fundamental para el avance en la comprensión de fenómenos como la Nueva Era y también del universo de los sujetos auto declarados sin-religión. No obstante, es igualmente pertinente reconocer que el carácter apriorístico de tales definiciones desvió la atención de los investigadores de otros modos de existencia y de uso de la categoría. Entre esos otros modos de existencia de la categoría destaco justamente su empleo como un dispositivo potente, accionado en el ámbito de instituciones seculares, que la inscriben en políticas públicas, reportes de gobierno, debates jurídicos, textos médicos y, como demostraré en este capítulo, en resoluciones y programas oficiales e instrucciones dirigidas a la salud, promulgadas por la OMS.

El desarrollo del análisis que sigue está amparado por un principio metodológico más general, que parte del reconocimiento de que la espirituali-

dad es un concepto históricamente situado, signado por las configuraciones de poder características de la modernidad occidental⁷. La semejanza entre esa afirmación y lo que dice Talal Asad (1993:29) sobre la categoría de religión no carece de propósito. Definir ‘espiritualidad’ es, antes de todo, un acto. Eso significa que la espiritualidad, en cuanto categoría, está siendo constantemente definida dentro de contextos sociales e históricos, y que las personas poseen razones específicas para instituir la de un modo u otro. Este es el punto de partida que permite el desarrollo de análisis menos interesados en definir o en asumir definiciones apriorísticas de lo que sería la espiritualidad y más preocupadas por acompañar los modos por los cuales esa categoría es producida, siendo movilizadora por y movilizándose, en cada una de sus “versiones”, diferentes actores e instituciones. Es en este sentido que el carácter vago y plural de lo que sería la espiritualidad, frecuentemente tratado como un elemento que provoca dificultades en los análisis de los científicos sociales de la religión, es aquí convertido en el objeto mismo de interés del texto. Al final, lo que la multiplicidad de definiciones sugiere es que, primero, a pesar de la variación de sentidos, la recurrencia con que es accionado no deja dudas: su empleo no es fortuito. Y, segundo, que más interesante que definir la espiritualidad es “observar cómo el término es usado y cómo sus diferenciaciones de otras categorías tornan algunas prácticas y compromisos más o menos posibles” (Bender, 2010:5). Se trata, por lo tanto, de una categoría que se establece a partir de un equilibrio precario, entre la pulverización de lo que puede significar, la insistencia en su relevancia y los esfuerzos, por parte de diferentes actores, por definirla.

Este texto constituye un intento por avanzar en la comprensión de los enunciados de la Organización Mundial de la Salud sobre la categoría de espiritualidad y, al mismo tiempo, refleja el esfuerzo analítico por dar visibilidad al término en su condición de dispositivo político de gestión de poblaciones – y, por lo tanto, no como descriptor de una modalidad individual de experiencia de lo sagrado. Me refiero a la gestión de poblaciones porque, al fin y al cabo, lo que está siempre en juego en tales resoluciones de la OMS es establecer normalizaciones sobre los vínculos entre espiritualidad y salud y, al mismo tiempo, instituir principios para que sus Estados Miembros puedan transformarla en prácticas concretas.

Al detenerme en un contexto en el cual la categoría de espiritualidad es establecida institucionalmente, insisto, trazo un contraste latente (no por

⁷ Sobre la relación entre espiritualidad y modernidad, ver: (2009; 2013), Bender (2010), White (2008).

eso discordante) con los análisis dedicados a la espiritualidad en su versión subjetiva, desinstitucionalizada e informal, tal como implica la definición de Heelas e Woodhead (2005), mencionada anteriormente. Lo que denomino espiritualidad institucionalizada remite a los usos oficiales, burocráticos o propiamente institucionales de esa categoría. El contraste es latente porque las formas institucionales de establecimiento de la espiritualidad, aun cuando el término es forjado como una variable de políticas poblacionales. No necesariamente deshacen el vínculo entre la categoría y la experiencia individual y subjetiva de los sujetos. Se trata, sin embargo, de un tipo de formulación que reconoce el carácter posiblemente individual de la espiritualidad, transformándolo en una cuestión que trasciende las individualidades.

Es preciso subrayar que la noción de espiritualidad institucionalizada es próxima de aquello que el antropólogo Peter van der Veer denominó política de la espiritualidad. En su libro *Modern spirit of Asia* (2013), Veer estaba interesado en señalar el carácter normativo que el término puede asumir. En su caso, sin embargo, la atención iba dirigida al empleo de la categoría en expedientes de ejercicio del poder colonial en India y China. Aun así, a pesar de las diferencias evidentes entre los materiales empíricos analizados, tanto en las investigaciones de Peter van der Veer como en la investigación de la que el presente texto es resultado, declarar el interés por las formas institucionales de producción de la espiritualidad significa poner en el centro de las reflexiones los efectos, las configuraciones históricas y los intereses implicados en cada acto de definición de esa categoría. Ante los documentos de la OMS, por lo tanto, lo que interesa no es preguntar ‘al final, ¿qué es la espiritualidad?’, sino ‘¿cuáles son los actores comprometidos, los términos movilizados y los efectos implicados cada vez que esa categoría es instituida?’.

Al decir, entonces, que las reflexiones que siguen giran en torno de cierta política de la espiritualidad, apunto hacia los procesos que normatizan esta categoría y, al mismo tiempo, que la transforman en una dimensión normalizadora de las políticas de salud. En este sentido, el uso que hago de la noción de política se aproxima a trabajos como el de Cris Shore y de Susan Wright (2003) sobre *anthropology of politics*, aunque tal vez sea más cercano a lo que Michael Herzfeld (2008) denominó “poética del Estado”.

En su libro *Intimidación cultural*, Herzfeld (2008) opera substancialmente dos conceptos, el de poética (social) y el de intimidación cultural. Como bien sintetizó Marcio Goldman (1998), la “intimidación cultural” estaría constituida por valores que los individuos y los grupos consideran “suyos” y que deben, al mismo tiempo, seguir y presentar a los demás. Los valores se representan en el sentido teatral del término, pero ello solo adquiere sentido en el marco de

las interacciones concretas, interacciones que, simultáneamente, producen los contextos en que son procesadas (Goldman, 1998:150). Es en esa presentación creativa del yo individual que se sitúa la “poética de lo social”. Ocurre – y eso es lo que me interesa particularmente en el texto de Herzfeld – que el Estado y, agregaría, agencias de gobernanza como la OMS, también tienen su poética. Parte esencial de esa poética consiste justamente en el esfuerzo para borrar todos los rastros de su propia creatividad, al mismo tiempo en que busca impedir la de todos los demás. A fin de cuentas, como afirma Herzfeld (2008:40), “el Estado-nación está comprometido ideológicamente con su perpetuación ontológica para toda la eternidad. Aunque pueda intentar adoptar la transformación tecnológica o, inclusive, social, prolonga la ilusión semiótica de la fijeza cultural”. “Es por eso”, continúa el autor en otro pasaje, “que las ideologías oficiales suelen rehusar la inestabilidad semántica: reconociendo que la ésta llevaría a la revelación de que sus propios sentidos oficiales son inestables” (Herzfeld, 2008:41).

Las consecuencias de esa perspectiva para establecer el modo por el cual la antropología contribuye a los estudios sobre el Estado y otros organismos de gestión son definitivas. A partir de ella, el trabajo antropológico pasa a consistir en reintroducir “la conciencia del fundamento social, cultural y político, inclusive del poder más formal y del conocimiento más abstracto” (Herzfeld, 2008:46). El antropólogo que encare ese Estado-nación en sus planes de existencia más concretos – aquellos de las experiencias vividas por los individuos y grupos que en él habitan – notará inmediatamente, sugiere Herzfeld, que lo que se denomina con ese nombre (Estado) consiste, en verdad, en un conjunto abierto de agentes y operaciones que tienen como denominador común el hecho de estar orientados hacia una “despoetización” de la vida social, o sea, hacia la esencialización, naturalización y literalización de experiencias sociales siempre múltiples y polifónicas⁸.

Al situar su interés sobre la dimensión más concreta de ese conjunto abierto de agentes y operaciones, Herzfeld reconoce en la reflexión sobre la vida cotidiana y sobre la producción de documentos realizada por burócratas y agentes estatales una vía de acceso privilegiada al problema de la poética del Estado. A final de cuentas, esos sujetos tienen a disposición una variedad excepcionalmente rica de los propios dispositivos de presentación del Estado en la medida en que son autores de leyes, burocracias, políticas públicas,

⁸ Hay aquí un encadenamiento de ideas semejantes a lo presentado por Marcio Goldman en una reseña sobre el libro de Herzfeld (ver Goldman, 1998:151).

etc., que emergen (casi) sin dejar rastros y terminan sirviendo para contribuir a esa aparente inmutabilidad estatal (Herzfeld, 2008:54).

La perspectiva de Herzfeld ofrece un marco analítico oportuno para situar el movimiento que hago, en este capítulo, de analizar los debates y los documentos que retratan decisiones del trabajo burocrático de la OMS. Sin perder de vista la poética del Estado – después de todo también estoy interesado en la presentación formal de la espiritualidad de parte de la OMS – apuesto aquí, en el análisis de documentos que me permiten acercarme más a esa especie de acto de despoetización, que se trata, sintéticamente, de una tentativa de escapar de la imagen poderosa de que las decisiones tomadas en el ámbito de una agencia semejante están orientadas por la pura racionalidad técnica.

Documentos instituidos, documentos instituyentes

El material empírico que fundamenta este texto es sumariamente documental. Tuve acceso a él explorando variaciones de la palabra espiritualidad – por ejemplo, espíritu, espiritual, etc. – en las bases de datos de los archivos físicos y digitales disponibles en los acervos de la OMS y de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁹. El resultado inicial fue la selección y análisis de un conjunto de 1.497 documentos, datados entre 1948 y 2017, distribuidos entre *memorandums*, actas, informes, resoluciones, libros conmemorativos, etc. Frente a tal volumen de información, no faltan posibilidades de clasificación. Sería posible, por ejemplo, producir una clasificación basada en los materiales que instituyen “espiritualidad” como: a) una dimensión de la salud mental; b) un factor protector de la salud; c) un vector indicativo de la calidad de vida. O, incluso, clasificarlos a partir de la diferenciación entre las proposiciones que avanzaron en las instancias deliberativas de la OMS y aquellas que fracasaron. Aunque factibles y relevantes, esas formas de organización se tornan limitadas cuando las establecemos a lo largo de una línea temporal más amplia. Eso porque algunas de esas formas de instituir espiritualidad reflejan tendencias de períodos específicos del debate sobre el tema, haciendo inviable que observemos a partir de ellas transformaciones más generales y tem-

⁹ Las consultas fueron realizadas entre marzo y agosto de 2017. Parte de los documentos fue obtenida por medio de una investigación in loco, en la biblioteca de la sede de la OMS en Ginebra (Suiza). A la otra parte se accedió por medio de la colección especial disponible en archivos digitales de la biblioteca de la Universidad de Utrecht. Para el levantamiento en ambos acervos, busqué referencias a los términos “espíritu”, “espiritual” y “espiritualidad”. El resultado de esa búsqueda fue de aproximadamente 2.000 documentos, entre los cuales descarté aquellos que se repetían. Como indico a seguir, terminé con un voluminoso material de 1.497 archivos que leí integralmente para poder elaborar esta sistematización.

poralmente distribuidas. Fue considerando aspectos como este que opté por privilegiar dos ejes narrativos y de organización de esos documentos. Se trata de ejes que tanto me permiten contemplar las variaciones de la espiritualidad en la OMS a lo largo de una serie histórica ampliada, como también subrayar algunas características de esas formulaciones, que son continuas. Así, primero describiré las condiciones de la formulación y los documentos que instituyen lo que llamé *espiritualidad de los Otros*. Luego, me detendré en la *espiritualidad de Todos*. Como se hará explícito a continuación, tan importante como identificar diferencias entre esas formas de instituir espiritualidad es reconocer que hay una dinámica de conexión entre ellas, que hace evidente cómo la elaboración de una fue imprescindible para el establecimiento de la otra.

La espiritualidad de los Otros

La OMS fue creada en 1948 como una agencia de la ONU, investida de la autoridad y de la responsabilidad de coordinar acciones internacionales de atención a la salud. Tal como otras instituciones, también creadas a mediados del siglo XX después de la experiencia de las dos guerras mundiales, a la OMS fue atribuido el designio de “instituir normas y padrones de atención, articular políticas de gestión de la salud, proveer soporte técnico y monitorear las acciones locales de sus Estados Miembros”¹⁰. Su principal objetivo, tal como fue detallado en su constitución inaugural, es tan vago como ambicioso: “La conquista del más alto nivel posible de salud para todos los pueblos”¹¹. Frente a esto, la función de la OMS estaría concentrada en dos movimientos fundamentales: por un lado, garantizar la universalidad del acceso a servicios de salud de calidad para las poblaciones menos favorecidas; y por otro, crear mecanismos de control y acción sobre epidemias globales que, por sus características, sobrepasan límites fronterizos y cuyo combate, por ende, depende de acciones internacionales coordinadas.

Aunque los objetivos y la agenda actual de la OMS permanezcan en consonancia con lo establecido al momento de su fundación, los medios empleados para alcanzarlos, así como el tipo de acción internacional llevada adelante por la agencia, se transformaron radicalmente durante la década de 1960. En ese período, los procesos de independencia de las antiguas colonias, seguidos del reconocimiento de esas nuevas naciones por las instituciones

¹⁰ Documento consultado: Constitución OMS, 1988, pp.1. Archivos OMS.

¹¹ *Ibid.*

de gobernanza global, alteraron las dinámicas de negociación, los debates y las deliberaciones en todo el sistema de las Naciones Unidas.

Al inicio de los años de 1970 las condiciones político-económicas globales que informaron las políticas de la Organización Mundial de la Salud durante sus primeras décadas de existencia ya habían sido radicalmente transformadas. Con el fin del período colonial, los nuevos Estados independientes se unieron al bloque de los entonces llamados países del tercer mundo, y juntos pasaron a constituir el grupo mayoritario en el sistema de las Naciones Unidas y en sus agencias especializadas [como la OMS]. Eso transformó la dinámica de las fuerzas políticas internacionales. La emergencia de una agenda de cooperación entre países latinoamericanos, asiáticos y africanos también resultó en la unificación de las críticas sobre los países desarrollados que, según ese bloque emergente, actuaban para comprometer la efectivación de todo el potencial económico de sus regiones. En 1974, tales acusaciones fueron formalizadas en la Asamblea General de las Naciones Unidas, que terminó proclamando la emergencia de un Nuevo Orden Económico Mundial (NOEI). El NOEI estaba basado en un conjunto de principios fundamentales que incluían equidad, justicia y soberanía económica de los países. (Chorev, 2012:42)

Esa nueva configuración política y económica también afectó las acciones de la OMS. Las antiguas colonias, de ahí en adelante países independientes, pasaron a demandar más autonomía en la gestión de sus políticas de salud y también la adaptación de los programas de la agencia global a sus singularidades locales. Situar esa coyuntura es fundamental para comprender las razones y justificativas que viabilizaron la consolidación de una de las formulaciones más recurrentes de la espiritualidad en los documentos de la OMS, a saber, aquella que la instituye asociándola a la cultura y la medicina tradicional. Para dar cuenta de ese proceso, no obstante, es necesario recuperar las acciones de otra agencia que también actuaba globalmente en la gestión de la salud. Esa, no obstante, no de base secular, como la ONU, sino religiosa.

Tres años después de la segunda Guerra Mundial, siguiendo la creación de una serie de instituciones globales que tenían como objetivo fortalecer y ampliar la visibilidad política de iniciativas hasta entonces no articuladas, fue creado el Consejo Mundial de Iglesias (CMI). Desde su fundación, el CMI se estructuró a partir de frentes de trabajo orientados por objetivos propios y con autonomía de agenda, pero convergentes con los principios más generales de la organización, tales como el ecumenismo y la promoción y participación en proyectos de desarrollo regional. Entre esos frentes de trabajo, se

encuentra la llamada Comisión de Médicos Cristianos (CMC), creada en 1968, establecida en Ginebra y orientada especialmente a la gestión de una red de hospitales y ambulatorios construidos con el apoyo del CMI. Esa comisión fue creada, además, con la incumbencia de asumir la coordinación de las acciones de salud que el Consejo realizaba en los países en que sus misiones médicas actuaban, localizadas principalmente en África, Asia y América Latina.

La fundación de la Comisión de Médicos Cristianos, en la década de 1960, y los trabajos que esta desarrolló son un punto de ruptura en relación a las misiones médicas evangélicas anteriores. Hasta aquel momento, la actuación de los médicos-misionarios se había basado en un modelo centralizador que privilegiaba la construcción de grandes hospitales en centros urbanos, apoyados por los gobiernos coloniales de aquellos territorios – modelo semejante, vale destacar, al adoptado por la OMS. En este contexto, el cambio político de la condición colonial tornó ese modelo insustentable. Ligado a eso, los cambios en el propio trabajo de misión del Consejo Mundial de Iglesias, cada vez más partidario del discurso del diálogo interreligioso, configuraron un marco que impulsó las nuevas ‘misiones médicas’ en otra dirección. La Comisión de Médicos Cristianos estableció, formalmente, una agenda basada en una perspectiva poscolonial, orientada por un ideal holístico y concebida para aproximar los agentes de salud a la realidad de los enfermos (Klassen, 2011). Estas son las palabras clave del modelo que la CMC denominó “atención primaria de la salud” – término que, posteriormente, adquiriría amplias repercusiones en las políticas de salud, a causa, en gran medida, de las implicaciones del contexto que describiré a seguir. Entre otros aspectos significativos del desplazamiento promovido por la CMC y que interesa particularmente a los propósitos de este texto, está el status atribuido a los ‘curanderos tradicionales’. Anteriormente despreciados por los médicos misionarios, en el nuevo modelo, esos agentes fueron integrados a la estructura de salud y, principalmente, fueron capacitados para actuar en una red de atención más capilarizada en el interior de los países.

Es en ese punto que la estrategia de actuación adoptada por la Comisión de Médicos Cristianos para responder a la nueva situación política de los países coloniales encuentra resonancias con el propio perfil de acción misionera orientado por el Consejo Mundial de Iglesias. Los profesionales que actuaban en la CMC forjaron el modelo de atención primaria de la salud a partir de un lenguaje y de formas que ya venían siendo progresivamente adoptadas en misiones médico-religiosas, acompañando la retórica del amor ecuménico y de la universalidad humana. El protestantismo liberal pasó del énfasis en la asistencia médica evangelizadora a aproximaciones que enfati-

zaban el trabajo colaborativo con la comunidad local, la valorización de sus formas de conocimiento y la conceptualización de la noción de “salud” como un principio holístico. La importancia de ese último aspecto no debe ser subestimada. Christoph Benn y Erlinda Senturias, médicos que actuaron en aquel período en la Comisión reconocen, por ejemplo, que la apertura hacia las técnicas tradicionales de cura fue posible solamente en la medida en que los “misionarios adoptaron un modelo de atención que ya no privilegiaba la caridad ni tenía ningún ideal proselitista, sino que, por el contrario, apostaba a los beneficios del cuidado holístico”¹², con el cual los curanderos locales también podían contribuir. Esos nuevos aliados – los curanderos locales–, afirman los médicos, se convirtieron en piezas clave, ya que serían los únicos capaces de realizar prácticas de cuidado culturalmente compatibles con la noción de cuerpo y, principalmente, de espíritu de sus grupos (*Ibid.*).

El modelo de trabajo adoptado por la Comisión de Médicos Cristianos estableció una asociación entre prácticas de medicina tradicional y, en sus propios términos, la atención a la dimensión espiritual. Dos aspectos deben ser retenidos de este punto. Primero, que por el cambio en el modo de acción misionera, según las orientaciones del CMI, el contacto con poblaciones “nativas” pasaba a estar orientado por ideales ecuménicos y, por lo tanto, no competitivos, ya que no se tomaba la conversión como objetivo primario. Eso permitió que la Comisión de Médicos Cristianos reconociese la legitimidad de las “prácticas de atención y de cuidado con el espíritu” realizadas por las poblaciones que atendía. La segunda dimensión a ser subrayada en este contexto es que esas formas de cuidado con el espíritu fueron descritas, por el CMC, como prácticas de salud. Ese proceso no es trivial, ya que refiere a la transformación de sujetos que poco antes eran considerados por la misma institución como “sacerdotes de religiones paganas” en “agentes religiosos de cura”¹³.

Aquí, no obstante, no son las acciones de la Comisión de Médicos Cristianos lo que interesa propiamente, sino el hecho de reconocer cómo esas acciones impactaron en el posicionamiento de la OMS sobre el tema de la espiritualidad. Subrayo de antemano que el modelo instituido por la CMC, que articula medicina tradicional y cuidado con lo que pasaría a denominarse ‘espiritualidad’, fue precursor de un proceso que también sería empleado en la OMS, inaugurando, así, una serie de formulaciones que asocian la idea

¹² Benn & Senturias (2001:12).

¹³ Este es un proceso extenso al cual pueden ser asociados muchos aspectos. Entre ellos, destaco la propia antropología (ver Klassen, 2011) y la paulatina legitimación de la noción de holismo en el campo de la salud (Toniol, 2014).

de espiritualidad con prácticas de salud no Occidentales. Se trata, al fin y al cabo, de la *espiritualidad de los Otros* que comienza a tomar forma.

En noviembre de 1970, la CMC publicó el primer volumen de un periódico creado con el objetivo de divulgar crónicas y relatos de los trabajos que estaban siendo realizados por los médicos cristianos. Significativamente intitulada *Contact*, la publicación, que describía proyectos y acciones de la CMC, llamó la atención de delegados y funcionarios de la OMS que enfrentaban problemas semejantes a los que allí se presentaban. Esta es la justificativa explicitada por el director general de la OMS, Tom Lambo, al enviar una correspondencia a James McGilvray, entonces director de la CMC, en noviembre de 1973, proponiendo “una reunión entre los directores de la Comisión de Médicos Cristianos y un grupo de delegados de la Organización, con el objetivo de explorar posibilidades efectivas de trabajo conjunto” (Klassen, 2011:54). En efecto, según los registros, el encuentro no ocurrió hasta marzo de 1974 y contó con la presencia de 10 delegados senior de la OMS, además de miembros de la Comisión de Médicos Cristianos. Entre los delegados de la OMS estaba Kenneth Newell, cuyo padre había trabajado en el Consejo Mundial de Iglesias entre el fin de la década de 1940 y el inicio de la de 1950. Según relatos (Litsios, 2004; Paterson, 1998), la reunión tuvo como principal resultado la creación de un pequeño grupo de trabajo, coordinado por Newell y por un director de la CMC, encargado de preparar un informe indicando la viabilidad de colaboraciones a largo plazo entre las dos agencias y también de presentar propuestas más inmediatas, que pudiesen ser sometidas a la Asamblea General de la OMS de ese mismo año.

Solo tres meses después de la reunión y de la creación del grupo de trabajo, en julio de 1974, durante la 27^ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS aprobó una resolución que recomendaba a la Organización “prestar asistencia a los gobiernos de sus Estados Miembro en la conducción de sus políticas de salud en dirección a sus propios objetivos, teniendo como prioridad el rápido y efectivo desarrollo de sus sistemas de salud”¹⁴. Como sugiere Sócrates Litsios (2004), delegado de la OMS en la época, ese texto dio inicio a la apertura de la institución al modelo de atención primaria en salud, lo que era explícitamente un resultado de la colaboración con la Comisión de Médicos Cristianos. Aún más explícito que la adhesión de la OMS a proyectos originados en las nuevas misiones médico-religiosas fue la creación, en aquella misma Asamblea, del Programa de Atención a la Salud Primaria, cuya coordina-

¹⁴ Documento consultado: SEA/RC27/11, julio 1974. Archivos OMS.

ción fue atribuida a Newell, también coordinador del comité de colaboración entre la OMS y la Comisión de Médicos Cristianos.

En 1978, ese Programa organizó, en Alma-Ata, entonces territorio de la Unión Soviética, la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud, evento que se tornó una referencia constante en las políticas de salud elaboradas posteriormente. Entre otros marcos, fue en ese evento que la noción de “Medicina Tradicional” fue propiamente establecida e instituida en la OMS. En el texto oficial, el término es definido como: “la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias nativas de diferentes culturas, explicables o no, usadas en la manutención de la salud, así como en la prevención, en los diagnósticos y en el tratamiento de dolencias físicas y mentales”¹⁵. De la misma manera, en un documento más reciente, la Medicina Tradicional es demarcada de la siguiente forma:

A lo largo de la historia, los asiáticos, africanos, árabes y las poblaciones nativas americanas, de Oceanía, centroamericanas, sudamericanas y de otras culturas, han desarrollado una gran variedad de sistemas tradicionales nativos. [...] La medicina tradicional puede ser codificada, regulada, enseñada y practicada abierta y sistemáticamente, además de beneficiarse de millares de años de experiencia¹⁶.

Según la definición establecida por la OMS, queda claro que las experiencias y prácticas que la categoría ‘medicina tradicional’ describe tienen como características: la presunción de vínculos con sistemas culturales, el origen no occidental y la distancia del lenguaje biomédico. Fundada en la cultura, situada históricamente en un pasado distante y geográficamente distanciada de Occidente, la legitimación de la medicina tradicional acompaña, en términos muy semejantes, la legitimación que los médicos misionarios ya habían establecido en sus proyectos.

Este hecho interesa aquí porque fue a partir de tal legitimación de la medicina tradicional que la ‘espiritualidad’ pasó a ser una categoría frecuente en los documentos de la OMS. Eso porque, en el entendimiento de la Organización, por más variadas que sean, las medicinas tradicionales operan a partir de técnicas que incluyen “tratamiento espiritual” y se dirigen a poblaciones

¹⁵ Documento consultado: Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. 2001.

¹⁶ Documento consultado: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. 2002.

que conciben la salud como una totalidad que integra “cuerpo, mente y espíritu”¹⁷. En síntesis, la medicina tradicional es la *medicina de los Otros*, que por sus condiciones culturales específicas concebiría la dimensión espiritual como un aspecto ineludible del proceso de cura.

En esa formulación, tamaño es el vínculo presupuesto entre el mundo no occidental y la dimensión espiritual que, para la OMS, Occidente podría, inclusive, recibir una lección de ello:

La medicina tradicional no debe ser desarrollada para su propio bien, sino porque todas las fuerzas deben ser movilizadas para que alcancemos la salud para todos en los años 2000. Eso [la medicina tradicional] puede también enriquecernos, expandir nuestro conocimientos médicos y científicos, e incluso ampliar la riqueza espiritual de la humanidad¹⁸.

La cadena de conexiones presentada hasta aquí es extensa: en 1968, es fundada la Comisión de Médicos Cristianos, que reestablece el modelo de actuación de los proyectos de salud del Consejo Mundial de Iglesias; esos proyectos, que fundan la noción de atención primaria de la salud, se basan en la valorización de los conocimientos tradicionales y en la idea de que la salud de esas poblaciones demanda atención holística; en ese contexto, la CMC instituye la transición que transforma los antiguos “sacerdotes de prácticas nativas” en “agentes de salud”, con los cuales pasa a buscar establecer relaciones; en 1974, la OMS oficializa un acuerdo colaboración institucional con la Comisión e incorpora el modelo de atención primaria de la salud; cuatro años después, la medicina tradicional es oficializada en la OMS y, de ese modo, se introduce un nuevo encuadramiento posible para la presencia de la idea de espiritualidad en los documentos de la Organización: una fórmula que culturaliza la categoría y la liga a las necesidades específicas de atención a la salud de los pueblos no occidentales.

Es en ese contexto que podemos situar un número significativo de documentos de la OMS que hacen referencia a la idea de espiritualidad, vinculándola al proceso de legitimación de las llamadas medicinas tradicionales. En este modelo, insisto, la espiritualidad reconocida por la OMS es aquella que corresponde a formas de tratamiento y cura muy particulares, características de solo

¹⁷ Documento consultado: Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. 2001.

¹⁸ Documento consultado: EB/63, enero de 1979. Archivos OMS.

una parcela del globo: los *Otros* del Occidente moderno (y biomédico).

Establecida inicialmente en la década de 1970, la asociación entre formas culturales específicas de comprensión del proceso de salud/enfermedad, las prácticas de la medicina tradicional y la noción de espiritualidad continuó siendo descrita en los documentos de la OMS. Por ejemplo, en un documento de 2006 del Comité Regional de las Américas para la Salud que afirma:

Las poblaciones indígenas tienen una visión holística del mundo. El abordaje holístico presupone que el todo es mayor que la suma de las partes. Al incorporar paradigmas nativos pasa a concebirse la salud por sus relaciones dinámicas y por el equilibrio que presupone entre las dimensiones inseparables del individuo (física, mental, emocional y espiritual)¹⁹.

Hasta aquí, argumenté y demostré cómo la noción de espiritualidad fue instituida en la OMS como parte de la legitimación de medicinas tradicionales, formulación que condiciona su legitimidad, en cuanto factor de salud, para grupos culturalmente específicos. No obstante, si, por un lado, en los documentos de la OMS dirigidos a los contextos de África y América, las prácticas de la medicina tradicional son usualmente descritas de forma genérica, enfatizándose la necesidad de atención diferencial para las poblaciones nativas de esas regiones, por otro lado, las resoluciones orientadas a Oriente, no describen, en su mayoría, las características culturales de los grupos en cuestión, pero sí la calidad terapéutica de sus prácticas. Se trata de una inversión fundamental, que da centralidad a las características de las prácticas y no a las necesidades de los grupos que las practican. Fundamental, repito, porque esa inversión desasocia la noción de espiritualidad de las necesidades de grupos específicos y la torna, alternativamente, una característica vinculada a las prácticas de esos grupos. Se abre así la posibilidad de que la espiritualidad sea formulada en términos de práctica y no de cultura. Esto es indicativo de una de las formas de cambio del encuadramiento de la noción de espiritualidad que deja, con ello, de estar confinada al campo de las medicinas de los *Otros* y pasa a ganar espacio en las políticas y recomendaciones globales, culturalmente indistintas.

El caso del Yoga es emblemático de la indicación de esa transición en los documentos que inscriben la espiritualidad como una dimensión de la *otredad* y aquellos que lo sitúan como un principio de salud pertinente para la

¹⁹ Documento consultado: CD47/13, 2006. Archivos OMS.

salud de Todos. La yuxtaposición de dos documentos de la OMS es ilustrativa. En el primero, intitulado Medicina Tradicional en Asia, publicado en 2002, el Yoga es descrito como una “jornada espiritual (...). El Yoga es una práctica de desarrollo para la evolución espiritual, pero que puede ser fácilmente empleada para el alivio de dolencias”²⁰. Ya en el segundo documento, orientado al tema del bienestar mental, la práctica continúa siendo descrita en términos de su potencia para el crecimiento de la dimensión espiritual, pero ese beneficio no está territorializado en el ámbito de las medicinas tradicionales, sino en el campo de la ciencia, a partir del cual la práctica se desculturaliza y se torna recomendable como técnica de prevención, cuidado y bienestar.

Actualmente, hay evidencias “científicamente validadas” en varios niveles, desde estudios de caso hasta ensayos aleatorizados con doble ciego controlado por placebo que atestiguan la eficacia de algunas técnicas psico-espirituales. El mayor conjunto de evidencias ha sido sobre la meditación y el Yoga. Varios de esos estudios sugieren que el Yoga es beneficioso para el control de factores de riesgo de enfermedades coronarias, así como también es eficaz contra la hipertensión, la obesidad, la dislipidemia, el estrés mental y la diabetes mellitus. De acuerdo con estudios científicos, el Yoga puede atrasar la progresión de la enfermedad cardiovascular arterioesclerótica o incluso hacerla retroceder. El Yoga no tiene efectos colaterales y tiene bajo costo. Por lo tanto, se recomienda difundir el Yoga [entre los países miembros de la OMS], una técnica sana y holística de promoción del bienestar físico y mental y eficaz en la prevención de enfermedades cardíacas y otras afecciones relacionadas al estilo de vida²¹.

Es en tales términos que, en los documentos de la OMS, el carácter antes restringido de la necesidad de atención a la dimensión espiritual adquiere contornos prescriptivos y, así, se torna una recomendación generalizante. A seguir, invertiré en esa otra forma discursiva de presencia de la noción de espiritualidad en la OMS, demostrando cómo prolifera en discursos sobre prácticas terapéuticas, pero también se compatibiliza con otras nociones, como la de *derecho a la salud y de bienestar*.

²⁰ Documento consultado: Traditional Medicine in Asia. 2002 (pp.94; 100). Archivos OMS.

²¹ Documento consultado: Regional Workshop on Promotion of Mental Well-Being, 2009 (pp.13). Archivos OMS.

Espiritualidad de Todos

Considerando el conjunto de los documentos de la OMS que pueden ser agrupados porque oficializan la espiritualidad en clave generalizante – esto es, no particular, como en los casos que describí de *espiritualidad de los Otros*. Destaco tres formas recurrentes, sobre las cuales me detengo a continuación.

Espiritualidad y prácticas terapéuticas

En los años siguientes al evento de 1978, cuando la medicina tradicional fue reconocida, otro conjunto de prácticas terapéuticas de base igualmente no biomédica fue oficializado por la Organización. Me refiero a las llamadas Medicinas Alternativas y Complementarias²². Común a ambos conjuntos es la proyectada afinidad con la dimensión espiritual; y, en contraste, al hecho de que las Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC), desde su creación, no son descritas en función de las poblaciones que las practican, sino de sus cualidades terapéuticas.

Medicina Alternativa y Complementaria es una categoría afín} a la de Medicina Tradicional (MT). Al menos en los documentos oficiales de la OMS, esos términos son así constituidos, siendo presentados, inclusive, por la fórmula MT/MAC. Sin embargo, los términos tienen trayectorias distintas en la institución. Entre sus aspectos diferenciales está su presupuesta localización: mientras que la medicina tradicional corresponde a prácticas del Sur Global, la medicina complementaria y alternativa consiste en prácticas características del Norte, como queda explícito en el informe de la OMS sobre la presencia de esas prácticas en el mundo:

El uso de la medicina tradicional sigue siendo muy extenso en países en desarrollo – India (70%), Ruanda (70%) e Etiopía (90%). Y en países desarrollados – como Estados Unidos, Australia, Canadá y Reino Unido – el uso de la medicina alternativa y complementar ha aumentado rápidamente²³.

Hay una diferencia evidente entre las formas de vínculo territorial de cada uno de esos conjuntos de prácticas. Mientras que el territorio y la cultu-

²² No es posible presentar una lista cerrada de las prácticas incluidas en esa categoría. Me limito a mencionar solo algunas: homeopatía, reiki, flores de Bach, cromoterapia y fitoterapia.

²³ Documento consultado: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. 2002.

ra son condicionantes para la MT – esto es, en la concepción de la OMS, cada población específica mantiene su propia práctica de MT, de modo que fuera de esos contextos tales prácticas pierden sentido –, las prácticas de MAC operan al margen de cualquier condicionamiento territorial o cultural. No por eso el direccionamiento de las MAC a los países del Occidente moderno es menos significativo. Ello porque, al hacerlo, la OMS inicia un proceso de legitimación de prácticas no biomédicas, alegadamente forjadas dentro de una perspectiva holística y atentas a la dimensión espiritual, en un contexto en que anteriormente no había espacio para consideraciones sobre la pertinencia de la atención a la espiritualidad.

Operando nuevamente como un principio clave, el holismo es un término síntesis de la propia definición de lo que serían las Medicinas Alternativas y Complementarias, así como también sirve para indicar la amplitud del tipo de atención que tales prácticas buscan promover. Entre los documentos oficiales que sintetizan esa característica de las MAC están los textos de las Políticas de Prácticas Integrativas y Complementarias (PICs) que, en Brasil, oficializaron la oferta de terapias como la homeopatía, la fitoterapia, la acupuntura, el reiki, entre otras, en el SUS. En uno de esos documentos oficiales, por ejemplo, ese conjunto de terapias es descrito como “prácticas para la promoción, protección y recuperación de la salud, que presupone al usuario/paciente en su *integridad física, mental, emocional, social, ambiental y espiritual*”²⁴.

La conexión entre espiritualidad y MAC es establecida por la OMS por medio de una especie de doble principio. Primero, esas prácticas son definidas y justificadas en razón del entendimiento de que la naturaleza de la persona es una totalidad que abarca cuerpo, mente y espíritu – en contraste con el caso de la MT. Aquí, el cuidado holístico no está basado en el sistema cultural de un grupo, sino que se justifica en términos de la propia naturaleza humana. Segundo, como ya he afirmado, la atención a la dimensión espiritual se describe como una cualidad terapéutica de la cual algunas prácticas están imbuidas. Insisto en esos dos principios porque ellos son clave en el proceso histórico de ampliación de la pertinencia del par espiritualidad/salud, antes restringido a los Otros de Occidente y, luego, “autonomizado de la cultura” y reconocido como necesario para la salud de *Todos*.

Acompañando los documentos de la OMS, especialmente aquellos publicados después de los años 2000, es posible observar cómo la progresiva

²⁴ Documento consultado: Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução no 695/13 – CIB/RS. Porto Alegre, 2013.

legitimación de la atención a la espiritualidad también ha impactado en los protocolos alineados con la propia biomedicina. Por ejemplo, en uno de los principales documentos de la OMS sobre el tratamiento de personas con cáncer, constan en las caracterizaciones generales del tipo de cuidado a ser ofrecido, afirmaciones como: “(...) Pacientes [con cáncer] debe ser cuestionados acerca de los aspectos espirituales de sus vidas y eso debe ser tomado en cuenta en la conducción del tratamiento”²⁵; “[En casos de pacientes con cáncer] la evaluación clínica es esencial y no debe tener como base apenas aspectos físicos, sino también sociales, psicológicos y espirituales”²⁶.

Frente a ello, insisto en la no aleatoriedad del empleo de la categoría, argumentado que, lejos de ser contingente, ese proceso de legitimación y oficialización de la cualidad clínica de la espiritualidad está relacionado con una larga trayectoria de debate y disputa sobre la pertinencia de término en la OMS. Para comprender y situar esas disputas, así como formas aún más ampliadas del uso de la categoría, es necesario, sin embargo, extrapolar los casos en que la espiritualidad es descrita a partir de su dimensión terapéutica.

Derecho a la espiritualidad

La primera mención al término “espiritualidad” en los documentos oficiales de la OMS ocurrió ya en 1948, solo seis meses después de la creación de la institución. En aquel momento, el tópico no fue abordado por una demanda de los delegados de la agencia, pero tuvo que ser deliberado a causa de una solicitud enviada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre un posicionamiento de parte de la OMS sobre la nueva versión de la Declaración de los Derechos del Niño. Este documento, que había sido originalmente proclamado en 1924, todavía bajo los auspicios de la Liga de las Naciones. Casi un cuarto de siglo después, la ONU se encargó de preparar una actualización de texto de la Declaración. A pesar de la relevancia política del primer acuerdo internacional, que reconoció la existencia de derechos específicos para los niños, el texto de la década de 1920 era sucinto. Se estructuraba a partir del siguiente preámbulo y continuaba con la descripción de cinco compromisos: “Por medio de este acuerdo, hombres y mujeres de todas las naciones reconocen que la humanidad tiene el compromiso de ofrecer lo mejor a los niños, más allá de y por sobre cualquier consideración de raza, na-

²⁵ Documento consultado: Manual on the prevention and control of common cancers, 1998. Archivos OMS.

²⁶ Ibid.

cionalidad o credo”²⁷. A seguir, el primer compromiso del texto afirmaba: “Los niños deben tener asegurados todos los requisitos para su normal desarrollo, tanto material como espiritual”²⁸ [cursivas mías].

La defensa del derecho al desarrollo espiritual mencionado en aquella declaración preanuncia una forma de inscripción del término que también ganaría espacio en los documentos de la OMS, cuando la espiritualidad pasa a ser presentada como una dimensión de los derechos de las personas. En aquel momento, sin embargo, ese fue uno de los pocos puntos en que los delegados de la OMS sugirieron modificaciones. En la comprensión deliberada de la OMS, el pasaje del preámbulo de la Declaración de 1924 debería suprimir el énfasis en la garantía del “desarrollo material y espiritual” de los niños, para establecer que: “Los niños deben tener asegurados todos los requisitos para su normal *desarrollo físico, mental y social*, por medio de la provisión de cuidados y condiciones adecuadas de vivienda, nutrición y educación (...)”²⁹ [cursivas mías]. La proposición estaba en franco diálogo con las dimensiones que la OMS había descrito, en su texto fundacional, como definitorias de la salud humana. La sugerencia enviada formaba parte de una estrategia institucional para ampliar las repercusiones de los principios orientadores de la agencia. La propuesta, no obstante, no fue acatada por la ONU y, en cuanto a la mención a la espiritualidad, la Declaración de los Derechos del Niño, promulgada en 1948, mantuvo el formato original. De hecho, 11 años después, en 1959, la ONU promulgó una nueva versión del documento, esta vez retirando las referencias a los “aspectos materiales” e incorporando algunas sugerencias encaminadas por la OMS, pero manteniendo la centralidad de la categoría de espiritualidad. En 1898, la Declaración fue nuevamente actualizada y, en esa versión, la brevedad de las anteriores dio lugar a un texto extenso, con 54 artículos y otros tantos incisos. En ella, el empleo del término espiritualidad no solo se mantuvo, como en el original de 1924, sino que se tornó aún más recurrente, constando en cinco nuevos pasajes del texto.

A pesar de que la posición de los delegados de la OMS en 1948 había estado a favor de la supresión del término espiritualidad, en los años siguientes – acompañando lo que también se hace explícito al seguir la trayectoria de actualizaciones de la Declaración de los Derechos del Niño – la espiritualidad no solo se convirtió en una categoría constante, sino que su uso pasó a ser

²⁷ Documento consultado: EB/2, 1948. Archivos OMS.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

creciente en los textos de la propia OMS.

En 1948, en la resolución citada anteriormente, una de las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud recomendó que la “espiritualidad” fuese incorporada como una de las dimensiones de la salud humana, sugiriendo así, que su definición pasase a ser: “la salud es un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, espiritual y social, y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad”. La propuesta tuvo consecuencias extensas, tornándose clave para que la espiritualidad, una vez considerada como una dimensión de la salud humana, fuese instituida como un derecho en otros documentos de la institución y también en políticas nacionales de salud. Para comprenderla es preciso, no obstante, retroceder algunos años.

La intensidad de las menciones al término espiritualidad en los documentos analizados da un salto a partir del final de la década de 1970. Entre 1978 y 1982 se amplían las ocasiones en que delegados y directores de la OMS mencionan la pertinencia y la necesidad de la atención a la espiritualidad. En ese período, al hacerlo, usualmente llaman la atención sobre la ausencia de debate. En 1978, por ejemplo, el delegado de Libia evaluó una resolución de la Organización sobre la salud de los adolescentes, ponderando: “el informe no hizo referencia a los *valores espirituales* y a su impacto en el desarrollo (...) y en la manutención de hábitos saludables”³⁰. En la misma ocasión, el delegado de la India fue aún más explícito y prenunció lo que, de hecho, ocurriría algunos años después: “(...) la *dimensión espiritual* debe ser adicionada a los ya contemplados aspectos físicos, mentales y sociales de la salud”³¹. Una posición semejante fue señalada al año siguiente por el delegado de las Islas Fiji: “Es lamentable que el énfasis en el *aspecto espiritual* no sea articulado con el desarrollo y equilibrio de las facultades físicas y mentales, (...) [la] OMS debería estudiar el impacto de la *dimensión espiritual* en la salud”³².

En 1983, durante la 6ª Asamblea General de la OMS, el debate sobre la espiritualidad adquirió otros contornos, dejando de estar disperso en menciones que señalan su ausencia en la Organización, para convertirse en pauta oficial en la agenda del principal encuentro de la institución. Siguiendo retrospectivamente la transcripción de las reuniones y de las actividades realizadas en aquel período, es posible identificar un posicionamiento particular como siendo el desencadenante de los eventos que se sucedieron. Se trata

³⁰ Documento consultado: EB/61, 1978. Archivos OMS.

³¹ Documento consultado: EB/61, 1978. Archivos OMS.

³² Documento consultado: WHA32/ A32/B/SR/15, 1970. Archivos OMS.

de una manifestación del delegado de Suazilandia, el médico Samuel Hynt, que proclamó:

El programa [Salud para Todos en el Año 2000] puede tener todos los ingredientes para ser bueno y exitoso, pero le falta contemplar la dimensión espiritual. Puedo ser acusado de introducir algún concepto religioso en la OMS, pero me gustaría ver la salud definida en nuestra Constitución de esta forma: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y espiritual”. Antes de que los especialistas legales me desestimulen, veo que el camino para alcanzarlo es hacer que el Director General acoja una enmienda sobre el tema, que debe ser propuesta por nosotros por lo menos seis meses antes de la Asamblea General de la Salud. Aquellos que deseen unirse a mí en la proposición de este concepto, avísenme. Si lo hacemos ahora tendremos 12 meses para hacer lobby, los arreglos y preparar el debate sobre el tema antes de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud en 1984³³.

La propuesta manifestada por Hynt no era elemental: modificar la Constitución de la OMS alterando el concepto clave del documento, reinstituirla, así, la propia definición de salud y, por consiguiente, inscribir la ‘dimensión espiritual’ como parte de la responsabilidad de los Estados nacionales en la atención de la salud de sus poblaciones. Si lo que describí en la sección anterior apunta hacia la autonomización cultural de la noción de espiritualidad, cada vez más próxima de las prácticas terapéuticas, la propuesta de Hynt fue aún más amplia, concibiendo la espiritualidad como una necesidad universal de la salud humana.

Esa propuesta, que una década antes sería improbable que ocurriese – y más aún que tuviese repercusión –, tenía en aquel momento un terreno fértil para ser continuada. Primero, porque las resoluciones sobre medicina tradicional y, después, medicina complementaria y alternativa, reutilizaron la aproximación entre cuidado holístico, atención primaria y atención a la dimensión espiritual de la salud. Sobre este punto, es preciso destacar, asimismo, que, aunque no fuese discursivamente hegemónica, la noción de medicina tradicional implicaba directamente un número bastante significativo de países, ya que abarcaba la mayor parte de los territorios de África, Asia y América Latina. Esto se relaciona con la segunda razón de la fuerza que la convocatoria de Hynt tuvo en aquel momento: con las transformaciones políticas ocurridas

³³ Documento consultado: WHA/36 – A36/VR/5, 4 de mayo de 1978. Archivos OMS.

durante la década de 1960, el modo de votación de los proyectos de la OMS fue igualado en la proporción de un voto por país, lo que significaba que la suma de los votos de los países con medicina tradicional, hipotéticamente más dispuestos a ese diálogo, era mayor que el bloque formado por Europa Occidental y Estado Unidos. Es igualmente relevante el hecho de que Hynt, todavía representando un pequeño país africano independiente hacía menos de una década, estuviese articulado con y tuviese el apoyo de la Comisión de Médicos Cristianos, que continuaba activa en sus colaboraciones con la OMS.

Samuel Hynt fue un médico misionero escocés que vivió en Suazilandia desde los seis meses de vida, cuando sus padres, también médicos, se mudaron a la región con el propósito de expandir las misiones médicas de la Iglesia del Nazareno, fundada en el Reino Unido por su abuelo, también médico, George Sharpe. Los padres de Hynt fueron exitosos en sus propósitos. Fundaron la iglesia en el país y crearon un hospital misionero, una red de enseñanza y por lo menos una universidad. Samuel Hynt asumió la dirección del hospital (Raleigh Fitkin Memorial Hospital) a mediados del siglo XX, cuando el modelo de acción propuesto por el Consejo de Médicos Cristianos ya estaba en vigor. A lo largo de su vida, además de delegado del país en la OMS, Samuel Hynt fue ministro de salud y médico de la familia real en Suazilandia. Actuaba, así, en aquella asamblea de 1983 como un actor proveniente de un espacio fronterizo y como articulador de un campo que implicaba la OMS, médicos misioneros y Estados nacionales emergentes del Sur global³⁴.

Diez días después de la convocatoria realizada por Hynt, una propuesta de resolución relativa a la dimensión espiritual de la salud fue incluida en la agenda de debates de la Asamblea³⁵. Aunque extenso, reproduzco a seguir el texto de la propuesta y parte de los debates relativos a ella registrados en una secuencia de tres sesiones plenarias. Desde ya, vale destacar que en el debate hay una única manifestación realizada por alguien que no era delegado de ningún país miembro de la OMS, justamente la primera intervención, proferida precisamente por un representante del Consejo de Médicos Cristianos.

(...) Considerando que la dimensión espiritual está implícita en el concepto de salud; Teniendo presente la política adoptada por la Organización de asegurar atención primaria en salud para todos los pueblos del mundo, a fin de alcan-

³⁴ Páginas web consultadas: <https://goo.gl/JVH4iQ> e <https://goo.gl/wLCEvz> (Consultadas en 07/12/2017).

³⁵ Los países que firmaron el encaminamiento del pedido inicial de votación fueron: Bahrein, Botswana, Chile, Yemen, Egipto, Quenia, Kuwait, Malawi, Mauritania, Marruecos, Oman, Catar, Arabia Saudita, Somalia, Sudán, Suazilandia, Siria Túnez, Emiratos Árabes, Venezuela, Yemen, Zambia.

zar el objetivo social de la salud para todos hasta el año 2000; Reconociendo la contribución que la dimensión espiritual puede ofrecer para la provisión de mejores servicios de salud. [La OMS]:

- 1- Afirma la importancia de la dimensión espiritual en la atención de la salud.
- 2- Solicita al Director General que tome en consideración la dimensión espiritual en la preparación y desarrollo de programas de atención primaria en salud orientados a la concretización del objetivo de 'salud para todos hasta el año 2000'.

Dr. Ram (Comisión de Médicos Cristianos). Hablo aquí por invitación del Director. Recuerdo a todos que la CMC, vinculada al Consejo Mundial de Iglesias, tuvo una fructuosa relación consultiva con la OMS en la última década. (...) En los últimos 15 años, la CMC gestionó programas médicos de sus iglesias en todo el mundo. Siempre buscamos ir más allá de los programas de medicina hospitalaria, adoptando un abordaje comunitario de atención primaria en salud. Con el éxito de esos programas, la OMS consideró que era el momento de implementarlos en gran escala, contando con la colaboración y la experiencia de los médicos misionarios. La CMC apoya plenamente los esfuerzos de varios miembros de la OMS que abogan por la afirmación de la importancia de la dimensión espiritual en la prestación de servicios de salud. (...) Desde 1977, la Comisión Médica Cristiana participó de 10 encuentros regionales [de la OMS] realizados en diferentes lugares del mundo. Observamos frecuentemente menciones sobre cómo todas las dimensiones, inclusive la espiritual, deben ser consideradas en la atención de la salud (...) Atender las otras necesidades básicas en salud es importante, pero está claro que el equilibrio entre esos aspectos y la dimensión espiritual también es un elemento esencial para la conquista del objetivo de salud para todos hasta el año 2000.

Dr. Savel'Ev (URSS). Me pronuncio sobre el proyecto de resolución de la dimensión espiritual en los programas de atención de la salud. Mi delegación tiene todo el respeto por las opiniones religiosas de los delegados. Los aspectos religiosos ciertamente desempeñan un papel importante en la organización de los servicios de salud en algunos países — aunque enfatizo que ese no es universalmente el caso. No obstante, un encaminamiento de esa naturaleza al Director General podrá colocarlo en serios problemas, considerando que hay una gran diversidad de perspectivas religiosas en el mundo y sería extremadamente difícil para él tomarlas en cuenta a todas en la preparación del texto de los programas sobre atención primaria en salud. Una solución mejor sería que cada Estado Miembro interesado tomase medidas propias sobre ello

al planear sus programas nacionales de atención primaria. En el caso contrario, sería necesario presentar innúmeras enmiendas para esa resolución. Solo después de tales enmiendas ese proyecto de resolución sería capaz reflejar la posición de mi delegación y la de varios países de nuestra región.³⁶

Dr. Al-Saif (Kwait). Los delegados están intentando implementar una política en la OMS que pretende garantizar salud para todos hasta el año 2000. Para ello es preciso tomar en cuenta el papel de la dimensión espiritual en el trabajo de atención a la salud. Estoy diciendo que la atención a la salud, incluyendo la prevención y el tratamiento, deben tener en cuenta los componentes mentales y espirituales de la naturaleza del hombre. Sea cual fuere el progreso tecnológico realizado, no puede existir verdadero progreso mientras los cuerpos de los hombres sean tratados solos, sin considerar su alma. (...)

Dr. Klivarová (Checoslovaquia). Mi delegación también está en una posición bastante difícil, porque considera que la resolución no puede ser aceptada por todos los Estados Miembros de la Organización, una vez que está basada en ciertas creencias religiosas. Hay diferentes creencias religiosas en diferentes países, así como hay países con muchos ateos. En Checoslovaquia, por ejemplo, ateos y creyentes tienen los mismos derechos. Por lo tanto, mi delegación no puede aprobar el proyecto de resolución propuesto.

Dr. Hamdan (Kwait). Yo creía que ni siquiera era necesario decir cuán importante la dimensión espiritual es para el bienestar del hombre, considerando especialmente los sentidos de pertenencia a una comunidad que esa dimensión genera.

Sr. Weitzel (Alemania Occidental). Mi delegación está en una posición embarazosa porque no sabemos más qué está siendo discutido. El texto del proyecto de resolución menciona la “dimensión espiritual”, pero las delegaciones están hablando de una “dimensión religiosa”. Tal vez, lo que está siendo discutido sea inclusive una “dimensión mental”. Por esta razón, apreciaríamos mucho cualquier aclaración sobre lo que está siendo entendido como “dimensión espiritual”.

Dr. Houénassou-Houangbé (Togo). Estoy un poco sorprendido con toda esta discusión sobre un proyecto de resolución que ya debería haber sido votado y aprobado. Como médico y trabajador de la salud no entiendo por qué la idea de dimensión espiritual ofende a algunas personas o por qué razón algunos parecen creer que eso tiene como objetivo crear una religión de la atención primaria en salud. Como acabamos de sugerir, la dimensión espiritual puede ser

³⁶ Documento consultado hasta este punto: A36/A/SR/14, 13 de mayo de 1983. Archivos OMS.

cualquier cosa, desde el ateísmo más puro hasta el más puro fanatismo.

Director General. No sé bien cuál es la mejor manera de reflexionar sobre esa cuestión. Examiné la definición de “espíritu” en el Oxford English Dictionary y la primera acepción dada fue la de “parte inteligente o inmaterial del hombre, alma”; sobre “espiritual” se define: “del espíritu, en oposición a la materia”. Al mismo tiempo, también es verdad que hay muchas otras definiciones para esos términos en el diccionario, lo que también crea una gran cantidad de puntos de interrogación para cualquiera. (...) Por mi parte, personalmente, estoy de acuerdo en que existe una dimensión espiritual en el hombre, en el sentido expresado por el Oxford English Dictionary. Cuanto a si podría haber una dimensión espiritual en los programas de atención en salud, de eso no estoy tan seguro.

Dr. Hamdan (Emiratos Árabes Unidos). Algunos años atrás la medicina popular o la medicina tradicional era inaceptables en los programas de salud de esta Organización. Esas prácticas fueron rechazadas y consideradas fuera de las tendencias de desarrollo de los servicios de salud en el mundo. Actualmente esas prácticas son ampliamente aceptadas y ahora comenzamos a discutir un asunto que puede parecer difícil de encarar, pero es necesario mirar al futuro. Conozco muchos países donde la medicina espiritual desempeña un papel importante en la salud. ¿Por qué la OMS debería negarse a incluir esa dimensión en su Estrategia Global? ¿Por qué no lo intentamos?³⁷

Dr. Al-Saif (Kwait). Lo que se entiende por dimensión espiritual no es religión ni doctrina. Cualquier persona que considere que ese proyecto de resolución tiene implicaciones religiosas o dogmáticas está equivocado. Esa dimensión no es otra cosa que el lado espiritual del hombre, eso no está relacionado a las religiones o doctrina que ellos siguen.

*Al final de las discusiones se aprobó la propuesta de resolución por 80 votos a favor, 33 en contra y 12 abstenciones.*³⁸

Como consecuencia de esa resolución, finalmente aprobada, otras propuestas de similar naturaleza fueron presentadas en la OMS. En común, todas establecen que: 1) la espiritualidad es una dimensión inequívoca y universal de la salud – en algunas resoluciones, la espiritualidad no es presentada como un universal de la salud, sino de la persona y que 2) siendo la espiritualidad una dimensión de la salud (o de la persona), el cuidado espiritual es un espec-

³⁷ Documento consultado hasta aquí: 36/ /SR/15, 14 de mayo de 1983. Archivos OMS.

³⁸ WHA36/1983/REC/2, 16 de mayo de 1983. Archivos OMS.

to fundamental de la atención a la salud. Ambas formulaciones refuerzan y sedimentan el eje de enunciación, en la OMS, de la espiritualidad como una característica de *todos*.

El debate alrededor de esa formulación también puede describirse como una tensión entre los delegados que, siendo favorables a la propuesta, afirmaron la universalidad de la idea de espiritualidad, y aquellos estaban en contra del encaminamiento, que rechazaban la resolución, argumentando que la espiritualidad es una cuestión de creencias, equivalente a la religión y, por lo tanto, individual. La antropóloga Winnifred Sullivan se ocupó de asuntos que guardan algún paralelo con la situación que aquí se describe. En su libro *A ministry of presence*, la autora trata las transformaciones recientes del servicio de capellanía en los hospitales militares y civiles de los Estados Unidos. Para Sullivan, la legitimación progresiva del par espiritualidad/salud fue una de las principales justificativas para que el estatus de los “capellanes” en contextos de salud fuese alterado de “especialistas limitados a la asistencia religiosa” para “profesionales entrenados para conformar equipos de salud” o “expertos en el tratamiento de la dimensión espiritual de la salud”. Esos profesionales, afirma Sullivan, “dejaron de hablar en nombre de alguna confesión o identidad religiosa particular y pasaron a abordar la espiritualidad como un aspecto natural y universal de todos los seres humanos” (2014:3). Como también podríamos afirmar de la OMS, al comentar los casos que analizó, Sullivan concluye diciendo que: “al menos en los Estados Unidos, aunque la ley se presente como secular, todos los ciudadanos son crecientemente entendidos como universal y naturalmente religiosos – necesitando cuidado espiritual (2014:160).

Para la autora, este hecho es suficiente para afirmar que la categoría de “espiritualidad constituye un nuevo modo de establecimiento de la religión o, en el límite, un modo de disimular la religión en espacios seculares” (2014:200). En este punto, asumo mi divergencia con Sullivan. Reconozco, sí, que la espiritualidad pueda ser el nuevo avatar de la religión en espacios públicos o en instituciones como la OMS. Eso no significa, sin embargo, que la categoría sea reductible a un “disfraz de la religión” o que no pueda ser instituida, de hecho, en otros términos. En relación a la conclusión de Sullivan, se trata de una divergencia doble: empírica, porque el análisis de los documentos de la OMS explicita el vigor con que la categoría puede ser articulada con otras nociones; y también metodológica, ya que a partir de la presunción de que ‘la espiritualidad es religión’ se invisibilizan otras formas de existencia y formulación de esa categoría.

En las situaciones presentadas en esta sección es innegable, por ejemplo, que la Comisión de Médicos Cristianos ha tenido un papel importante

en la institución de la noción de espiritualidad en la OMS. No obstante, eso no significa que ese proceso pueda ser reducido a la actuación de los médicos misionarios, ni que sus derivaciones se restrinjan a los intereses de ese grupo. Es lo que se hace explícito al identificar otra forma de instituir la *espiritualidad de todos*, esta vez sin argumentar que se trata de un derecho, sino estableciéndola como un factor relevante para la producción de una métrica del bienestar. Me valgo también de este último conjunto presentado para elaborar los comentarios conclusivos de este capítulo.

Comencé este texto señalando la necesidad de prestar atención a la espiritualidad institucionalizada. Esto es, a las formas de instituir esa categoría como un dispositivo político, con impacto concreto en la vida de las poblaciones. Argumenté que, para ello, se hacían necesarios dos movimientos analíticos. En primer lugar, rechazar definiciones apriorísticas de la categoría, optando, en contrapartida, por acompañar las formas variadas por las cuales es instituida, movilizándolo y siendo movilizada por actores diversos. En segundo lugar, seguir los procesos de institucionalización de la espiritualidad, asumiendo que ello también implica tensionar la perspectiva analítica dominante en las ciencias sociales, que emplea esa categoría para tratar las formas individuales, subjetivas y desinstitucionalizadas de relación con lo sagrado. Esos movimientos, como espero haber hecho explícito en las páginas anteriores, producen un encuadramiento analítico para el tema de la “espiritualidad” que no está anclado en sus presuntos vínculos con la religión, sino que, por el contrario, apuesta en los beneficios de seguir las variaciones en las formas de definir la categoría. Eso es, inclusive, lo que me permitió abordar las aproximaciones entre religión y espiritualidad en la OMS a partir de un marco más denso y complejo que aquel que podría producir si analizara la segunda en función de la primera. Es también en estos términos, reconociendo la autonomía discursiva que la categoría de espiritualidad viene adquiriendo en el campo de la salud, que es posible identificar cómo esta ha sido instituida como parte de indicadores de bienestar. Se trata, en cierto sentido, de un nuevo movimiento en la dirección de lo que llamé *espiritualidad de todos*, ahora ampliándose en relación a los “sujetos espiritualizados”, así como también diversificando la fuente de legitimación de la noción, que pasa a incluir, más intensamente, marcadores científicos.

Es posible trazar un paralelo temporal entre la expansión del interés por la espiritualidad en la OMS y el empleo del término en investigaciones médico-científicas. Aunque esos procesos estén marcados por actores distintos y por dinámicas propias, tampoco es forzoso asumir que entre ellos opere una relación de legitimación mutua, algunas veces explícita por parte de la OMS,

a través de resoluciones que aprueban el apoyo y el financiamiento de investigaciones sobre el tema; otras veces expresa, en el campo de la ciencia, en justificativas de investigaciones clínicas que hacen referencia a las resoluciones de la OMS sobre el asunto. Es a partir de los años 1990, no obstante, que la imbricación entre esos dos campos genera un producto concreto, dirigido al tema de la espiritualidad: el instrumento de evaluación de la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales para la calidad de vida de la OMS. Con la primera versión publicada en 1998, ese instrumento es resultado de la participación directa de científicos de más de 30 instituciones de investigación diferentes, que contribuyeron con su elaboración y también en la validación estadística de su aplicación en diferentes regiones del mundo.

En aquel período, precisamente en 1998, el tema de la espiritualidad había vuelto a ser debatido por el comité principal de la OMS. Para ese entonces, la demanda para incluir la “dimensión espiritual” en la definición de salud había sido aprobada en una reunión ejecutiva de la dirección de la OMS y los comités regionales empezaban a repercutir tal decisión, amplificando el uso de la categoría también en sus políticas locales. La repercusión del término no fue diferente en el recién creado instrumento de evaluación de la calidad de vida. En su versión final, legitimado como parámetro estadístico e instituido por la OMS como protocolo para que sus Estados Miembro alcancen los índices de salud deseados, el instrumento abordaba seis dominios considerados fundamentales para la evaluación comparativa de la calidad de vida de las poblaciones: salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y *espiritualidad y religión y creencias personales*³⁹.

En otro texto describí de forma pormenorizada como, a lo largo de las décadas de 1960 y 1970, las nociones de holismo, bienestar y calidad de vida operaron en el campo de los saberes y fomentaron investigaciones sobre la espiritualidad (Toniol, 2015b). También indiqué, en ese mismo texto, que cuestionarios muy similares a los que serían posteriormente empleados por la OMS fueron los instrumentos de investigación privilegiados de esos estudios. Al contrario de ese análisis, en el cual estaba interesado en las variaciones de los cuestionarios mismos, deteniéndome en los cambios en el entendimiento de lo que sería la espiritualidad a partir de transformaciones metodológicas de esas investigaciones, esta vez lo que interesa es el hecho en sí de la institucionalización, por parte de la OMS, de la espiritualidad como un dominio fundamental de la calidad de vida. De ese hecho, retengo dos aspectos que

³⁹ Documento consultado: WHO/HIS/HSI Rev.2012.03, 1998. Archivos OMS.

me parecen centrales para la conclusión de este texto.

Primero, diferentemente de las formulaciones anteriores, en este caso la espiritualidad no es una manifestación cultural particular, tampoco describe una cualidad terapéutica de ciertas prácticas, ni constituye una de las dimensiones del derecho a la salud. Cuando es convertida en un índice de calidad de vida, la espiritualidad es transformada en una constante universal cuya variación puede ser traducida en un factor empíricamente mensurable. Se trata de un nuevo régimen posible del eje *espiritualidad de todos*. Segundo, al ser convertida en un dominio de la 'calidad de vida', se agrega un signo positivo a esa versión de la espiritualidad institucionalizada por la OMS. Es decir, promulgada en esos términos, la espiritualidad no se torna solamente una dimensión que respecta a *todos*, sino que también se configura como un dominio del cuidado de sí, de la promoción de la salud y de la mejora del bienestar. La espiritualidad es instituida, en esos documentos, en correlación con la calidad de vida, o sea, 'la espiritualidad hace bien'. Cuanto mejor esté, mayor será el indicador de calidad de vida.

Las resoluciones de la OMS sobre la calidad de vida cierran el conjunto más reciente de documentos dirigidos al tema de la espiritualidad. Significativo por su amplitud y por la sugestiva positivación, sus consecuencias por fuera de las políticas globales de gestión de la salud son aún imprecisas. Tal hecho no nos impide, sin embargo, identificar que ese tipo de formulación pueda funcionar como una especie de señal para que la atención a la espiritualidad sea progresivamente incorporada en protocolos clínicos, como algunas situaciones ya parecen sugerir (Toniol, 2015b). Esta observación nos lleva de vuelta al marco de análisis que sustenta este texto y que, al mismo tiempo, sirve como justificativa de su pertinencia. La dificultad de analizar la 'espiritualidad' en las ciencias sociales no está en la falta de definiciones para el término, sino que deriva de las posiciones que hacen de la tarea de definirlo un acto anterior al propio análisis de las formas en que ya opera, organizando realidades. El antídoto para este embrollo, sugiero, siguiendo a Courtney Bender y Omar McRoberts (2012), es aproximarse a esta categoría a partir de su historia (ya sea como categoría analítica de las ciencias sociales o como fenómeno empírico), hacia las articulaciones que establece (con otras categorías, como religión, cultura y naturaleza) y, también, hacia sus formas institucionalizadas, cada vez más visibles en instituciones seculares y religiosas. En suma, abordajes que hagan de las variadas formas de existencia de la espiritualidad su propio objeto de atención, tal como busco hacerlo en este libro.

CAPÍTULO 3

Capturando el espíritu

Entre el fin de la década de 1980 y el inicio de la de 1990, el neurocientífico Michael Persinger ganó notoriedad en la prensa norteamericana cuando afirmó haber creado un impresionante dispositivo: el casco de Dios. El aparato era del resultado de sus investigaciones sobre el funcionamiento de las conexiones entre los dos hemisferios cerebrales y lóbulos temporales. En su laboratorio, en la Laurentian University, en Ontario, Canadá, el neurocientífico probó su investigación en más de 900 voluntarios. Todos los test repetían el mismo procedimiento: con los ojos vendados y sentados individualmente en una sala con aislamiento acústico, los voluntarios se ponían una especie de casco, que estaba conectado a una decena de solenoides capaces de transmitir ondas electromagnéticas a su cerebro. Al controlar, por medio de estímulos artificiales, el campo electromagnético del lóbulo temporal, Persinger afirmó haber descubierto el modo de crear la sensación de experiencias místicas, de estados de trance y de éxtasis religioso. En sus propias palabras, con este dispositivo: “descubrimos cómo provocar la experiencia mística, cómo inducir la sensación de eso que llamo ‘sentido de presencia’ y que algunos llaman Dios”⁴⁰. Para su inventor, el casco de Dios no es solo una máquina para estimular sensaciones, también es la comprobación de una hipótesis primera: que Dios y las experiencias religiosas son el resultado de patrones nerviosos y, por lo tanto, que pueden ser descritas por la gramática naturalista de la neurociencia.

El experimento de Persinger está rodeado de controversias. Los resultados presentados son cuestionados por otros neurocientíficos, los procedimientos metodológicos empleados son oscuros y las hipótesis que el autor sustenta lo posicionan demasiado lejos del mainstream del debate académico. No me ocupó en este capítulo de experimentos como el de Persinger. Por el contrario, los científicos con los que conviví por cuatro años, en su mayoría médicos, psiquiatras y biólogos, no hesitarían en desacreditar la idea del casco de Dios. Aun así, por más pintoresco que sea, el caso permite introducir algunos aspectos relevantes para este capítulo.

A lo largo del período en que acompañé las actividades de laboratorios

⁴⁰ Ver el vídeo de Persinger y su experimento en: <https://youtu.be/Rj43luu2uFo> (Consultado en 22/07/2021).

de investigación médica sobre la espiritualidad, me deparé con un universo de trabajos cuyas conclusiones eran, por ejemplo: si eres más espiritual, tendrás menos chances de sufrir un ataque cardíaco; personas más espiritualizadas están menos predispuestas a desarrollar Alzheimer; cuanto mayor la espiritualidad, mayor la resiliencia frente a casos de depresión, etc. Como se puede presumir, para establecer tales correlaciones, los médicos-investigadores necesitan hacer uso de instrumentos y metodologías capaces de convertir la “espiritualidad” en un dato científico. Necesitan transformarla en algún tipo de indicador observable, pasible de ser inscrito y comparado. Es en este sentido que tales investigaciones, antes que simplemente describir las correlaciones entre espiritualidad y salud, trabajan para transformar la idea abstracta de espiritualidad en un objeto de la realidad concreta. Incluso, la operación supone el complejo trabajo de transformar la naturaleza aparentemente subjetiva de la espiritualidad en algo material: un gráfico, un número, una imagen, en fin, en índices universales de experiencias particulares. Como explicitaré a continuación, esto forma parte de un proceso más amplio que, en el límite, generaliza la espiritualidad, colocándola en un lenguaje que, por más que refleje experiencias subjetivas individuales, se materializa en forma de métricas universales.

Es justamente en este punto que las investigaciones sobre espiritualidad y salud pueden ser situadas a partir del experimento de Persinger. En este caso, no por aproximación, sino por contraste. Así como Persinger, los médicos con los cuales conviví también dedican mucho esfuerzo a construir y ajustar los dispositivos, máquinas y escalas que emplean en sus investigaciones. No obstante, al contrario del casco del científico canadiense, tales instrumentos no tienen como finalidad crear artificialmente experiencias místicas o sensaciones religiosas en quienes los usan, sino que funcionan como máquinas productoras de diagnósticos. Persinger pretendía recrear experiencias religiosas y espirituales a partir de un padrón universal de manipulación de los cerebros de sus sujetos de investigación. Por otro lado, en los experimentos que observé, lo que se buscaba no era la universalidad de los efectos, sino la creación de una gramática naturalista capaz de leer las variadas manifestaciones de esas experiencias.

Voy a detenerme aquí en el análisis de los estudios médicos dedicados a investigar posibles correlaciones entre espiritualidad y salud. Teniendo como base el trabajo de campo en laboratorios de investigación médica de universidades brasileñas, entrevistas con investigadores y la participación en congresos médicos especializados en el tema y la sistematización de resultados de investigaciones del área de la salud, analizaré, en las páginas que siguen,

la producción académica sobre la espiritualidad. Al hacerlo, procuraré hacer explícito que estamos ante la emergencia de un nuevo campo de especialistas, los médicos expertos en espiritualidad. Y, además, demostraré cómo las metodologías médicas creadas para evaluar la espiritualidad de los pacientes establecen los propios marcos ontológicos para la materialización de la espiritualidad. En otras palabras, observar las transformaciones de las metodologías médicas empleadas en esas investigaciones nos permite ver, también, cómo las modificaciones en las formas de concebir la espiritualidad alteran las formas de materializarla en el laboratorio.

Por más cuestionable que sea en sus principios, el experimento de Persinger da testimonio de un cambio importante en el campo de la medicina a fines del siglo XX: la atención al cerebro. El “cerebralismo”, como fue denominado por la literatura, viene acompañado por el creciente prestigio y legitimidad que las investigaciones en neurociencias han adquirido en el campo de la medicina, por la centralidad que se ha atribuido a la actividad neuronal como clave para la comprensión de la vida humana, pero también por la popularización y divulgación de esas ideas al público no especializado. El cerebro, como afirma Alain Ehrenberg (2004), se tornó una especie de actor social poderoso, en torno al cual gravita una onda de jactancia neurocientífica que carga consigo una concepción objetiva de la persona, movida, al menos en parte, por el combustible de las nuevas tecnologías de visualización del cerebro y por hipótesis relativas a lo que esas imágenes pueden decir acerca de la subjetividad humana. Como demostraré a seguir, la creciente legitimidad del debate científico sobre espiritualidad y salud en la medicina está asociada a la entrada de los neurocientíficos a ese campo. La emergencia de investigaciones sobre el tema no solo puso nuevas cuestiones en escena, sino que, principalmente, reposicionó el debate mismo sobre espiritualidad y salud, elevando su impacto en el campo médico.

En algunos de los laboratorios donde realicé trabajo de campo observé la participación de neurocientíficos en experimentos que intentaban, justamente, explicitar por medio de imágenes el funcionamiento de la dimensión espiritual en el cerebro humano. La promesa de la medicina de imágenes de hacer visibles pensamientos, sentimientos, emociones y enfermedades mentales también afectó el debate sobre espiritualidad y salud. Argumentaré que las tecnologías de visualización aportadas por los neurocientíficos transformaron el estatuto mismo de la espiritualidad en el campo médico, desplazándola del plano subjetivo e individual y contribuyendo para inscribirla como un fenómeno universal, marcado en la naturaleza del cuerpo. En otras palabras, al “localizar” la espiritualidad en el cerebro y materializarla como imagen, se

modificó también el modo de concebirla como objeto, encuadrándola en la gramática de los fenómenos biofisiológicos. A fin de cuentas, las formas de ver transforman la naturaleza misma de aquello que es visto.

Finalmente, el debate a seguir, así como el caso del casco de Dios, también se conecta con inversiones analíticas que tratan sobre la relación entre religión, medios y tecnología. Tal como Jeremy Stollow propuso en su libro *Deus in Machina* (2013), este capítulo procura visitar y revisar la propia suposición de que religión y tecnología existen como dos arenas ontológicamente distintas de experiencia, conocimiento y acción. En ese trabajo, Stollow intentaba superar la imagen que oponía máquinas construidas y presencia auténtica de Dios, espíritus y otras fuerzas trascendentes. Para ello, movilizó un amplio conjunto de casos en el que máquinas, aparatos y tecnologías bastante diversas desempeñaban papeles fundamentales en la mediación religiosa. Lo que los casos analizados permitían alegar era que los medios ofrecen condiciones profundas de posibilidad para que los seguidores religiosos proclamen su fe, marquen su afiliación, reciban dones espirituales y experimenten lo sagrado.

En el caso de este capítulo, las máquinas no operan en el sentido de crear a Dios, como el casco de Persinger, sino que funcionan como dispositivos de captura de la experiencia espiritual. Se trata de sistemas bastante heterogéneos, empeñados en la función de unificar y totalizar experiencias que, en la definición de los investigadores que los controlan, son consideradas relativas a la religión y la espiritualidad. Máquinas de resonancia magnética, cuestionarios, análisis genéticos y grabadores de voz son solamente algunos de los instrumentos que los médicos e investigadores que acompañé movilizan para objetivar y universalizar la experiencia de sus pacientes. Como argumento, esos procedimientos que dan color, imagen y sonido a la espiritualidad no solo describen lo que ya está allí, sino que efectivamente producen lo que debe ser visto. Máquinas de captura, en este caso, también son máquinas de producción de la espiritualidad.

Espiritualidad oficializada

La Sociedad Brasileña de Farmacología (SBC) es una de las mayores y más antiguas asociaciones médicas en actividad en Brasil. Fundada a inicios de la década de 1940, se consolidó como un espacio tradicional de debate académico especializado y actualización de la práctica clínica para sus asociados. A inicios de los años de 2010, esa tradicional entidad médica realizó un movimiento que sería un hito para el proceso de legitimación de la espiritua-

lidad en el campo de la salud. En marzo de 2013, más de 500 investigadores y médicos subscribieron un documento enviado a la SBC en que solicitaban la aprobación e incorporación a la entidad del *Grupo de Estudios en Espiritualidad y Medicina Cardiovascular* (Gemca). Con eso, formalizaban una solicitud que venía siendo preparada hacía por lo menos cinco años por parte de un influyente grupo de médicos interesados en investigar, pautar debates científicos y establecer protocolos clínicos dirigidos a las posibles relaciones entre espiritualidad y salud cardiovascular.

La solicitud fue aprobada y, con ello, el Gemca adquirió apoyo institucional, la posibilidad de organizar actividades durante los congresos anuales de la SBC y, al mismo tiempo, autonomía para establecer su propia red de asociados. Vinculado al Departamento de Cardiología Clínica, ya en sus primeros meses de funcionamiento atrajo la atención de la prensa nacional. El médico Álvaro Avezum, director del grupo en ese entonces, fue inicialmente el principal portavoz de los objetivos, intereses y expectativas nutridas por los investigadores asociados. En una de esas ocasiones, Avezum fue tajante al pronosticar las implicaciones que las investigaciones sobre espiritualidad tendrían sobre los cuidados a la salud en los próximos años:

Hoy puedo decirle con seguridad a un paciente que, si fuma, tiene mayores probabilidades de sufrir un infarto que un no fumador. Probablemente llegará un día en que podremos decirle a un paciente con la misma seguridad que, si *es espiritualizado o sabe lidiar adecuadamente con sus emociones*, podrá evitar enfermedades cardiovasculares. (...) [pero] es importante aclarar que *no estamos hablando de religión*, que es el sistema de creencias y dogmas, *ni de religiosidad*, que es cuando la persona se dedica a la religión (cursivas mías)⁴¹.

Aunque no sea el objetivo último de este libro encaminar un análisis hermenéutico de la categoría de espiritualidad, el comentario final del médico-investigador que insiste en la diferenciación entre las nociones de espiritualidad, religión y religiosidad es emblemático para el reconocimiento de que, por más amplio y vago que el concepto de espiritualidad pueda ser en tales enunciados y estudios, su empleo no es fortuito. En cierto sentido, este es el punto de partida de este libro, que hace del proceso de legitimación de la espiritualidad en el campo de la salud su universo de análisis.

Siete años después del mencionado movimiento de la Sociedad Brasi-

⁴¹ Fuentes: <http://goo.gl/1tua5A> (consultada em 04/01/2014) y <http://goo.gl/iYjch7> (consultadas en 04/01/2014).

leña de Cardiología, en septiembre de 2020, la Asociación Brasileña de Psiquiatría lanzó una nueva edición de la campaña Septiembre Amarillo, que tiene como objetivo debatir y prevenir el suicidio en Brasil. En una de sus actividades, el médico, psiquiatra y profesor de la Universidad de Juiz de Fora Alexander Moreira-Almeida coordinó el panel “La espiritualidad como factor de protección del suicidio”. En el texto de divulgación que circuló en las redes sociales, la justificativa de la actividad era objetiva: “Según informaciones divulgadas por la Asociación Mundial de Psiquiatría, la religión y la espiritualidad tienen implicaciones significativas en la prevalencia, diagnóstico, tratamiento e inclusive en la prevención de enfermedades mentales y, consecuentemente, del suicidio”⁴².

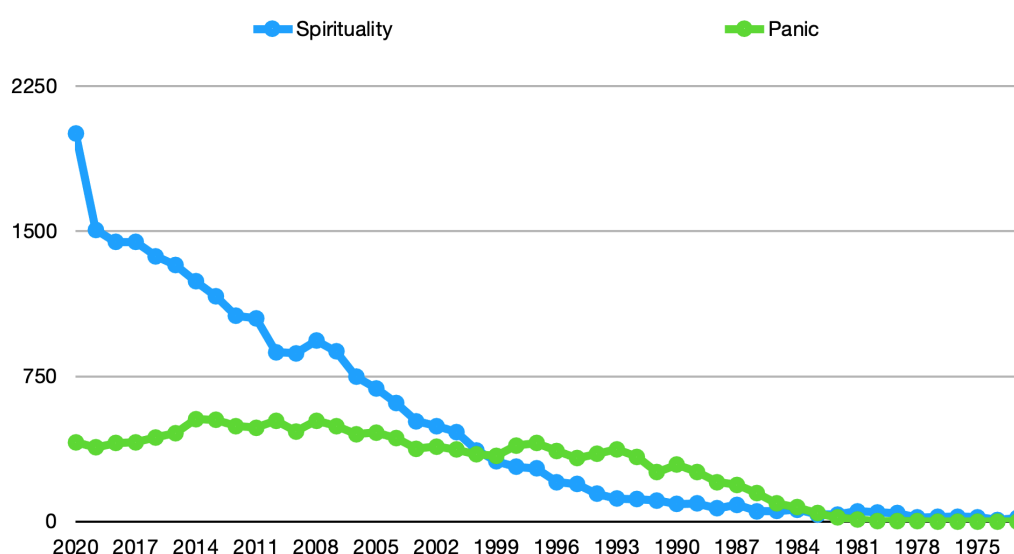
Esta actividad de la Asociación Brasileña de Psiquiatría está en consonancia con aquello que un conjunto cada vez más amplio de investigadores ha afirmado sobre las correlaciones entre suicidio y espiritualidad. En un artículo publicado en 2014 en *The British Journal of Psychiatry* – una de las revistas de psiquiatría más importantes a nivel mundial – Evan M. Kleiman e Richard T. Liu presentaron el resultado de una investigación que hizo un seguimiento de 20.000 personas por hasta 16 años buscando identificar los principales factores que les protegían o predisponían a los riesgos de muerte por suicidio. El resultado del estudio fue que el principal factor protector a lo largo de todo el período fueron los indicadores de religión y espiritualidad de los individuos. O sea, cuanto más espiritualizado el individuo, menor la chance de que muera por suicidio (Kleiman; Liu, 2014).

En el campo de la psiquiatría, el interés por el tema de la espiritualidad tampoco está restringido a investigaciones realizadas en laboratorios de universidades dispersos por el mundo, sino que posee contornos institucionales bastante concretos. En la Asociación Mundial de Psiquiatría, así como en la Asociación brasileña del área, asistimos, a lo largo de las últimas décadas, a la creación de departamentos específicos dirigidos al tema de la espiritualidad.

Así como en las mencionadas asociaciones médicas, en un corto intervalo de tiempo hubo un aumento exponencial de los debates sobre espiritualidad en otros campos de la medicina. En el ámbito de las investigaciones médicas, lo que se puede constatar al realizar búsquedas por artículos científicos que tematizan posibles correlaciones entre espiritualidad y salud es un testimonio aún más contundente de la intensidad del crecimiento de este interés. Considerando solamente el portal PubMed, que indexa los principales

⁴² Fuente: <https://www.abp.org.br/post/abptv-setembro-amarelo-espiritualidade> (consultada en 22/02/2021).

y mejor calificados periódicos de ciencias médicas del mundo, pocos otros temas podrían ser comparados en términos del crecimiento del interés que ha despertado en los investigadores. En un ejercicio bastante simple, tomemos como base de comparación, a partir de PubMed y en el intervalo entre 1973 y 2020, el número de artículos publicados sobre espiritualidad y salud y el volumen de artículos de otro tema que, en las últimas décadas, ganó proyección y visibilidad mediática como una cuestión severa que alcanza un número cada vez mayor de personas: el síndrome de pánico.



La diferencia es substantiva. Podríamos replicar esa comparación con otros temas médicos y el resultado se repetiría. Al dirigir nuestra atención hacia las universidades, el fenómeno se presenta no solo cuantitativamente, sino que también sustenta importantes trazos cualitativos. Ello porque, en las últimas décadas, ocurrió la creación de centros de investigación médica enteramente dirigidos al tema. Nombro solo algunos de ellos: Center for Spirituality, Theology and Health (Duke University); Program in Spirituality and medicine (Howard University Hospital); Center for Spirituality, Health and Disability (University of Aberdeen); Centre for Spirituality and healing (University of Minnesota); Spirituality Mind-Body Institute (Columbia University); Center for Spirituality and health (University of Florida). Si consideramos carreras de grado y programas de posgrado, esa línea se amplía para incluir universidades como Harvard, Yale y el MIT. En Brasil, contabilizando apenas los grupos de investigación vinculados a departamentos de salud, están registrados en el CNPq (Consejo Nacional de Investigación en sus siglas en portugués) nada menos que 56 centros de investigación distribuidos entre universidades públicas y particulares.

En términos de políticas de salud, los datos son igualmente impresionantes. La Organización Mundial de la Salud, como ya exploré, publicó a lo largo de sus siete décadas de existencia casi dos mil documentos oficiales dedicados al tema de la espiritualidad. En Brasil y en otros países del mundo no son raras las políticas públicas que, de modo más o menos central, movilizan la noción de espiritualidad para regular la oferta y los servicios de atención a la salud.

Lo que inicialmente quiero retener de estos datos, presentados aquí de modo casi impresionista, es que estamos frente a un fenómeno global de legitimación de la espiritualidad como tema pertinente para la salud. Para que sea posible reconocer las singularidades locales, que dan tonos diferentes al modo por el cual la espiritualidad ha sido movilizada por el campo médico, es fundamental la observación de ese pujante proceso a nivel global.

También es importante apuntar que las asociaciones médicas, laboratorios de investigación, universidades, periódicos académicos y organismos estatales de regulación de la salud están conformados por un conjunto de actores que, aunque articulados, son bastante diferentes entre sí. Conforme sugiero y exploraré en las próximas páginas, estamos ante distintas formas de legitimación de la espiritualidad en el campo de la salud, que, al mismo tiempo, por distintas que sean, se sustentan por medio de referencias mutuas, produciendo una extensa cadena de conexiones a partir de la cual el resultado de las investigaciones médicas dedicadas al tema funciona como justificativa para la inclusión de la “dimensión espiritual” en protocolos clínicos. Y los investigadores, a su vez, recurren a las políticas de salud que mencionan la categoría para afirmar la pertinencia de sus investigaciones.

En este capítulo, me interesan las investigaciones y la formación de investigadores en el área de la salud que se dedican al tema de la espiritualidad. La propuesta es investigar a los investigadores y, así, profundizar en las metodologías que crean las capturar la espiritualidad. A fin de cuentas, lo que parece estar en juego no es simplemente la categoría de espiritualidad, sino esa categoría como un factor de salud que puede ser interpretado y evaluado por determinados expertos a través de la mediación de instrumentos y de tecnologías que trabajan para tornarla visible.

Capturando la espiritualidad

En el fabuloso libro *Objectivity*, Lorraine Daston y Peter Galison argumentan que la objetividad científica tiene una historia. La objetividad no siempre definió la ciencia, ni es necesariamente lo mismo que verdad o certeza – estas dos últimas nociones, de hecho, tienen una historia mucho más

larga que la objetividad en la definición de ciencia. La posibilidad de tornar un determinado factor un hecho objetivo es resultado de un largo proceso que implicó, ante todo, una “ontología de la observación científica”, esto es, la fundación de un modelo de “observación especializada capaz de discernir y estabilizar los objetos científicos para la comunidad de investigadores” (Daston; Galison, 2017:92). Se trata, por lo tanto, de un movimiento doble. De un lado, la historia del aprendizaje y de la difusión de un modo de observar aquello que puede llegar a ser un hecho objetivo. Del otro, producir objetividad implica un trabajo continuo capaz de hacer a un fenómeno emerger sin ruidos, alejándolo de los rastros de incerteza que eventualmente le puedan estar asociados. Como un atlas botánico en el que la naturaleza está dibujada, fotografiada y descrita “tal como es”, los hechos objetivos deben emerger “tal como son” para la comunidad científica, aunque para ello sea preciso suspender las diversas dimensiones del mundo real y transformarlos en un dato aislado, ello por más que el hecho no esté jamás aislado de otros que constantemente transforman su propia naturaleza. En resumen, es necesario hacer el hecho.

Al proponerme analizar el modo por el cual la espiritualidad ha emergido como un dato científico en las ciencias de la salud, me debatí entre varias maneras de hacerlo. Por ejemplo, en un artículo muy citado, un equipo de médicos investigadores llegó a la siguiente conclusión: “En una muestra de base poblacional, la espiritualidad parece estar asociada a un patrón específico de regulación autonómica cardíaca, caracterizado por un alto nivel de control autonómico cardíaco, independientemente de la contribución relativa de los dos ramos autonómicos. Este patrón de control autonómico puede tener significado para la salud” (Bernston et al., 2008:198). ¿Cómo, en esta investigación, la espiritualidad fue aislada como hecho posible de ser inscrito en una correlación?

No se trata de preguntar “¿Qué espiritualidad es esa?”, sino de analizar cómo tal modo de transformar la espiritualidad en un hecho fue producido en ese estudio. Y ¿cómo ese modo se conecta con el proceso más amplio de legitimación de la espiritualidad como factor de salud? El amplio volumen de investigaciones médicas dedicadas al tema inviabiliza un análisis detenido de cada uno de los estudios que lo abordan. Frente a ello, opto por presentar parte de esas investigaciones a partir de dos ejes, que se reflejan en la división de las próximas secciones. En el primero, me detengo en la espiritualidad como una dimensión subjetiva, culturalizada, característica de una parcela de la población. En esa versión, son los psicólogos y, eventualmente, los psiquiatras los principales actores de ese modo de construir la espiritualidad. En

el segundo eje, de desarrollo más reciente, la espiritualidad es inscrita en el cuerpo, en el aparato físico-biológico que caracteriza la propia humanidad. En ese caso, se trata de presentar la espiritualidad como un dato de la naturaleza, que poco o nada tiene de cultural. Aquí son los neurocientíficos y su objeto por excelencia, el cerebro, quienes actúan con más vigor.

Esos dos modelos de hacer el hecho de la “espiritualidad” no salen impunes de una jerarquía de la objetividad, de modo que el segundo conjunto de expertos, aquellos que tratan de la naturaleza natural de la espiritualidad, serían portadores de un grado mayor de objetividad que otros expertos. En consecuencia, como demostraré, la posibilidad de relacionarla con las bases biológicas del organismo humano le dio a la espiritualidad mayor legitimidad y capacidad de repercusión en el campo científico. Esto es, por más que ambos hechos sean contruidos, como veremos, algunos hechos son más hechos que otros. Y ello tiene que ver con la propia jerarquía del campo científico.

El juego que apuntaré en las próximas secciones obedece a una división precaria, llena de contrabandos hacia un y otro lado, pero que me permite insistir en uno de los argumentos más generales de este libro: la legitimación de la espiritualidad como factor de salud está relacionada a la posibilidad de presentarla como un dato universal, más próximo al orden de la naturaleza que de aquello que pertenece al orden de la cultura.

La métrica de la espiritualidad

Los retrocesos temporales que deben ser realizados al tomar la relación entre espiritualidad, salud y ciencia como horizonte de interés son sorprendentemente largos⁴³. Las primeras experiencias de desarrollo de instrumentos capaces de crear métricas de la espiritualidad, capaces de transformarla en un índice con criterios aceptados por la comunidad científica y con repercusiones en publicaciones en periódicos académicos, datan ya de inicios del siglo XX y ocurrieron de forma paralela al propio establecimiento de la psicología clínica. El nombre clave de ese momento inicial es el de William James, un intelectual de frontera: referencia en las ciencias sociales por sus trabajos sobre religión, con amplias repercusiones en la filosofía por su actuación en

⁴³ En este libro no me propongo analizar las variadas tecnologías desarrolladas a lo largo del siglo XVIII por científicos y espiritualistas para fotografiar, medir y describir eventos espirituales. Aunque la exploración de la literatura sobre este tema haya sido importante para algunas de las reflexiones que aquí se presentan, opté por concentrarme en el siglo XX, cuando el campo científico adquirió características más próximas de aquellas que se establecieron en las décadas siguientes.

la emergencia de la llamada filosofía pragmática y pionero en la psicología, habiendo ofrecido el primer curso del área en los Estados Unidos cuando era profesor en Harvard.

Actualmente, entre las tecnologías de captura de la espiritualidad empleadas por los investigadores del campo de la salud están los cuestionarios, protocolos de la llamada anamnesis espiritual y cuestionarios que serían capaces de determinar el índice de espiritualidad de un sujeto determinado. Esos instrumentos fueron fundamentales para las investigaciones de la psicología sobre la espiritualidad a lo largo de todo el siglo XX y siguen movilizando un amplísimo conjunto de investigadores y debates académicos, además de estar presentes en los instrumentos de evaluación de la salud creados y aplicados por la propia Organización Mundial de la Salud.

El primer registro de un instrumento de esa naturaleza es, precisamente, de un alumno de doctorado de William James, llamado James Pratt, quien en 1904 desarrolló un cuestionario cuyo objetivo principal era, justamente, comprender las experiencias “auténticamente religiosas” (White, 2011). Siguiendo las ideas formuladas por James en su clásico libro *Las variedades de la experiencia religiosa* publicado en 1902, el cuestionario desarrollado por Pratt, así como otros elaborados por sus estudiantes, se orientaba por el énfasis en las emociones y en la subjetividad como factores determinantes de la experiencia de lo sagrado, en detrimento de la atención a los aspectos formales de los cultos y rituales promovidos por instituciones religiosas. Como apuntado por Christopher White (2011) en sus comentarios sobre las investigaciones de principios de siglo: “James y sus alumnos se volvieron hacia los estudios de psicología de la religión para entender la naturaleza y las fuentes de la creencia. Vinculados a las cuestiones relativas a la religión individual, los propios cuestionarios sugerían que la esencia de la religión reside en el self” (White, 2011). Los cuestionarios de Pratt, disponibilizados por la investigación de White, son claros en cuanto a la comprensión del autor de que “Instituciones religiosas, ritos y comunidades son menos importantes. La esencia de la cosa a ser investigada – la esencia de la verdadera religión – es la experiencia interior” (*Ídem*).

James no inició la transición de la religión a la espiritualidad. Al fin y al cabo, ¿no fue el cambio de una religiosidad institucional robusta hacia una espiritualidad más individualista inherente al protestantismo desde el inicio? La crítica protestante más antigua era muy parecida a la de James: librarse de formas religiosas no esenciales y externas y apegarse a fundamentos internos “espirituales” – solamente la fe. El trabajo de James fue, en cierto sentido, una extensión de la reducción de la religión que los protestantes realizaron siglos antes de su aparición.

La relevancia de las contribuciones de James y de sus estudiantes para el campo teórico-metodológico de la psicología clínica interesada en la religión no se limita a la concepción de la experiencia religiosa como un fenómeno sumariamente relativo al self o a las individualidades subjetivas. La principal novedad de los trabajos de James fue la de construir mediadores teóricos y metodológicos capaces de hacer que esa comprensión de la naturaleza de la experiencia religiosa surgiera como dato científico y no de dogma teológico. Para comprender la trayectoria de esas mediaciones teóricas y metodológicas, es necesario ampliar un poco el alcance. Eso porque, aunque lo que me interesa aquí sean los instrumentos de investigación (o de captura), para comprenderlos y cuadrar mejor sus desarrollos, es necesario entender cómo el objeto mismo de estos instrumentos adquirió contornos más definitivos, esto es, cómo una noción etérea como la espiritualidad pudo alcanzar la materialidad de un hecho observable en las características que actualmente tiene para la medicina. Al hacerlo, encontramos que la propia producción de las ciencias sociales sobre el tema es un importante aliado en ese proceso.

La espiritualidad como una experiencia individual – lances de una genealogía: la parte de las ciencias sociales

El establecimiento de la idea de que la experiencia religiosa – frecuentemente denominada espiritual – es, por su naturaleza, individual, espontánea, íntima y aislada, es relativamente reciente y marcadamente occidental. Además de su carácter reciente, es importante destacar que la concepción de tales experiencias como eventos vivenciados individualmente – resultantes de fuerzas naturales, biológicas o divinas – también se retroalimenta con discursos articulados en el propio campo de las ciencias sociales.

La historia de las ideas que tocan a ese tema recorrió un largo camino, pero, ciertamente, uno de sus eventos más fundamentales se dio como una respuesta a las críticas iluministas sobre la religión. Como bien sintetizó Courtney Bender (2012), esas críticas enfatizaron la irracionalidad de la creencia, llevando los teólogos a desplazar el espacio de la autoridad religiosa de la razón para la experiencia. Esta última, manifiesta en las emociones y en los afectos, se tornó el elemento clave para distinguir la verdadera religión. En una perspectiva semejante y describiendo el mismo fenómeno, Martin Jay (2005), en *Song of Experience*, argumenta que esa transformación cambió una noción europea ampliamente basada en el principio de la religión como adhesión a una creencia como comportamiento devocional o piadoso derivado de algo semejante a una experiencia perceptiva y emocionalmente

cargada de la divinidad o de lo sagrado.

En esa formulación, la experiencia individual no se torna apenas deseable, sino también la única capaz de cargar consigo la marca de la autenticidad, un antídoto contra los reduccionismos y engaños de las instituciones religiosas⁴⁴. Esta experiencia se consolidó poco a poco en la literatura religiosa y también en la de las ciencias sociales especializadas bajo el rótulo de espiritualidad. De alguna manera, el propio libro de William James (2019), *Las variedades de la experiencia religiosa*, puede ser inscrito en ese núcleo, pero no es el único. Peter Berger (1979), en *Imperativo Herético*, argumenta que las tradiciones religiosas derivan inicialmente de experiencias religiosas individuales, caracterizando tales eventos como “irreductibles” e impermeables al análisis social y cultural. Berger argumenta que la experiencia religiosa auténtica fue institucionalizada en tradiciones, que pasaron a mediarla para aquellos que no tienen acceso a ella. El proceso por medio del cual las experiencias religiosas crudas y analíticamente inaccesibles son traducidas y domesticadas en tradiciones histórico-culturales específicas es, afirma Berger, una constante en la historia humana, sugiriendo inclusive que los elementos socialmente construidos de la religión, esto es, las tradiciones y culturas, están basados en experiencias íntimas originales (Bender, 2012:8).

El modelo de Berger es heredero de los análisis fenomenológicos de autores como Mircea Eliade, Rudolph Otto y otros que también propusieron la experiencia *a priori* como un elemento irreductible, fundamental e ineludible del contacto con lo numinoso. Al hacerlo, Berger pretende trazar el camino para un abordaje no reduccionista de la religión, basándose en una larga tradición sociológica y teológica que afirma que la experiencia religiosa es fundamentalmente externa y anterior a la cultura y a la estructura religiosa. Aunque los sociólogos raramente hagan uso de tal distinción directamente, ésta permanece en vigor, reverberando y, más que ello, siendo movilizadora por los propios investigadores de la salud para justificar su modo de analizar la espiritualidad. De alguna manera, la producción de las ciencias sociales tuvo un papel activo en el refuerzo de la comprensión de la experiencia espiritual como individual. Un tipo de experiencia *a priori* sobre la cual los efectos de la historia, de la cultura y de la política ocurrirían solo en un segundo momento, cuando esta pasaría a adoptar formas más institucionales.

Como bien demuestran los estudiosos del tema (Taves, 1999), las discu-

⁴⁴ La importancia del romanticismo para ese modo de comprensión no puede ser atenuada, por el contrario, buena parte de tales cuestiones y modos de entendimiento emerge inspirándose en él.

siones y concepciones de una experiencia religiosa universalmente disponible formuladas al final del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX brindaron enormes recursos para que teólogos, legos, investigadores de la salud y científicos de la religión defendiesen la existencia de una sensibilidad igualmente universal, muchas veces llamada espiritualidad.

Las élites intelectuales americanas de fines del siglo XIX interpretaron escritos de románticos alemanes, textos filosóficos asiáticos, textos neoplatónicos y herméticos y sus propios encuentros religiosos como evidencias de esa sensibilidad religiosa universal. Como Leigh Schmidt argumenta, tales ideas presentaban la posibilidad de una religión universal “del espíritu, no dogmática, eclesiástica, sacramental o sectaria, tanto protestante como posprotestante”. Académicos americanos (así como europeos y asiáticos) establecieron prácticas de religión comparadas que muchas veces estaban basadas en afirmaciones fenomenológicas de que las “religiones del mundo” compartían un núcleo subyacente de experiencia. El “misticismo a-histórico, poético, esencial, intuitivo y universal” le sirvió bien a los protestantes ultraliberales y a los secularistas liberales. Este misticismo recién-universal, lejos de servir como una creencia privatizadora y domesticada, fue usado para desarrollar el compromiso mundano con otros religiosos y para buscar verdades semejantes de experiencia religiosa dentro de tradiciones no cristianas. Esa comprensión de la experiencia también fue puesta en juego a medida que las sociedades modernas hacían distinciones entre religión y ciencia, religiones occidentales y orientales y cristianismo moderno y premoderno. (Bender, 2012:10)

Si la experiencia religiosa es individual y, en su mejor sentido, no solo independiente de las tradiciones religiosas, sino también generadora de todas ellas y de formas culturales, entonces sería pertinente investigar tales experiencias a partir de herramientas y métodos científicos, sobre todo aquellos derivados de los saberes psi. Las técnicas y aparatos metodológicos de la psicología, de la psiquiatría moderna y, más tardíamente, de las neurociencias, hicieron posible la observación y documentación de experiencias y, con alguna frecuencia, también permitieron suscitar o inducir experiencias semejantes.

Un público cautivo quedó encantado con las nuevas ciencias de la psicología y de la medicina que estaban desarrollándose para testear y “probar” el conocimiento experiencial de lo divino. Esas incursiones en la ciencia de la experiencia estaban lejos de ser puramente académicas, ya que los liberales religiosos americanos abrazaron la ciencia y los métodos científicos, esperando e incen-

tivando demostraciones de que habría un fondo común entre las religiones, [justamente] la espiritualidad, y que esa misma espiritualidad podría promover un retorno a las teorías naturalistas de la religión. (Bender, 2012:90)⁴⁵

En una historia que involucra religiosos, científicos sociales, filósofos e investigadores de la salud, a lo largo del siglo XX la espiritualidad fue dejando el campo exclusivo de los debates teóricos sobre la experiencia individual y ganando contornos bastante concretos a partir de investigaciones médicas. Fue en ese contexto que el principio de la espiritualidad como un continuum universal pasó también a ser susceptible de inscripción en prontuarios médicos.

Anamnesis espiritual

Durante dos años de trabajo de campo, me dirigí tres veces por semana al Instituto de Psiquiatría del mayor hospital universitario de América Latina, el Hospital das Clínicas, de la Universidad de San Pablo. Entre consultas, seguimientos, emergencias y consultas odontológicas para personas especiales, la rutina del hospital se repite todos los días de la semana, las veinticuatro horas del día. Una de las primeras veces que fui al lugar, me espanté con las ambulancias llegando a sus puertas trayendo personas en situaciones de emergencia psiquiátrica. Mientras algunas de esas personas entraban en camillas o sillas de ruedas completamente postradas e inertes, otras llegaban absolutamente agitadas, a los gritos, contenidas por los enfermeros.

Por tratarse de un hospital universitario, más allá de los consultorios, hay cuadros en las paredes con el perfil de los antiguos rectores y de los directores del hospital, además de una sala de conferencias y una biblioteca, donde supe refugiarme después de horas seguidas de trabajo de campo acompañando consultas y el día a día de la investigación de algunos estudiantes y profesores del Instituto.

Además de acompañar la rutina de los investigadores, tres veces por semana, cada quince días, también hacía un seguimiento, en el Instituto de Psiquiatría, de las reuniones del ProSer (Programa de Salud, Espiritualidad y Religiosidad). Originalmente, el ProSer fue creado a inicios de los años 2000, bajo el nombre de Núcleo de Estudios de Problemas Espirituales y Religiosos (NEPER). En principio, la iniciativa estableció un núcleo que movilizaba los mismos términos que pasaron a figurar en el Manual de Diagnóstico Estadísti-

⁴⁵ Aunque literalmente, Jürgen Habermas, en *Entre naturalismo y religión* (2007), toca este tema.

co de Trastornos Mentales, que, a partir de su cuarta edición, por decisión de la Asociación Americana de Psiquiatría, pasó a incluir los problemas espirituales y religiosos como una nueva categoría diagnóstica⁴⁶. La iniciativa de crear el núcleo había contado con la fuerte contribución de dos investigadores. Por un lado, el psiquiatra Francisco Lotufo Neto, profesor libre docente de la facultad de medicina de la USP y pionero de los estudios sobre espiritualidad en Brasil, ya en 1997 defendió su tesis de libre docencia intitulada “Psiquiatría y religión – La prevalencia de trastornos mentales entre ministros religiosos”, levantando un conjunto de cuestiones que, posteriormente, serían objeto de interés del núcleo que crearía. Por otro lado, Alexandre Moreira-Almeida, una de las principales referencias, no solo en Brasil, de las producciones sobre espiritualidad y salud en la psiquiatría. Orientado por Lotufo Neto en su maestría y su doctorado, en la primera mitad de los años 2000, Moreira-Almeida escribió una disertación en psiquiatría intitulada “Mediounidad: Una experiencia disociativa en un contexto religioso” y una tesis sobre “Fenomenología de las experiencias mediúnicas, perfil y sociopatía de médiums espiritistas”.

Considerando solamente los títulos de esas producciones, ya es posible reconocer que esos trabajos iniciales estaban dirigidos a los líderes religiosos, de modo que se trataba de investigaciones sobre médiums y ministros que, de alguna forma, ocupaban lugares de destaque en la jerarquía de diferentes grupos religiosos, especialmente espíritas y umbandistas. Además, se trata de tesis cuyo énfasis recae justamente sobre el polo “negativo” de la espiritualidad, buscando describir y reconocer los posibles trastornos, disociaciones y psicopatologías implicadas en la experiencia religiosa. Aunque estos énfasis puedan ser asociados al diagnóstico de “problemas religiosos o espirituales”, inscrito en el DSM, ellas corresponden, de modo más profundo y de larga duración, a la historia misma de las investigaciones sobre salud mental y religión de Brasil.

No cabe, aquí, hacer una larga revisión de esos estudios, sino situar algunas investigaciones que fueron marcantes en la tradición de la psiquiatría y que nos ayudarán a encuadrar mejor las rupturas y continuidades con el fenómeno más reciente de atención por parte de la medicina al tema de la espiritualidad. Será necesario que nos remontemos a episodios de inicios del siglo XIX antes de regresar a la rutina de un hospital de psiquiatría del siglo XXI.

⁴⁶ Me ocuparé de esta categoría y de su emergencia en el capítulo 5.

Psiquiatría y religión, un sobrevuelo

Al sumergirnos en la historia de la relación entre psiquiatría y religión, es inevitable que nos encontremos con autores clave de la historia de la antropología, especialmente si tomamos a Brasil como referencia. Nina Rodríguez, Arthur Ramos, Gilberto Freyre, Ulises Pernambuco y René Ribeiro son solo algunos de los nombres que figuran entre las referencias compartidas por la historia de la antropología y la psiquiatría brasileñas. Esos dos campos estuvieron fuertemente vinculados en el país, de modo que algunos de sus autores clave son comunes. Cuando ampliamos el alcance de las referencias históricas de la psiquiatría dedicadas a la religión, comparando la trayectoria en Europa y en los Estados Unidos con lo que se produjo en Brasil al inicio del siglo XX, notamos un interés transversal común, las religiones mediúmnicas. Si, conforme argumenté en la sección anterior, la genealogía de la noción de religión y de espiritualidad en las ciencias sociales y en la psicología nos remite al protestantismo, cuando dirigimos la mirada hacia las prácticas que fueron objeto de análisis de los saberes psi a lo largo de los últimos doscientos años, nos encontramos con el espiritismo y las religiones afrobrasileñas. Sobre todo, a partir del 2010, este énfasis de las investigaciones en grupos religiosos específicos cambió y, justamente por medio de la noción de espiritualidad, el foco se amplió, en un movimiento de universalización de la categoría. Curiosamente, no obstante, el espiritismo permaneció en escena, esta vez no como un objeto de investigación, sino como la identidad religiosa de los médicos-investigadores que pasaron a dedicar sus carreras al fenómeno de las relaciones entre espiritualidad y salud⁴⁷.

A causa de esa historia intrincada y repleta de vueltas, en las páginas siguientes haré un retorno histórico a las investigaciones de la psiquiatría dedicadas a la religión. La narrativa que construiré no es más que un sobrevuelo poco sistemático, pero sus referencias son fundamentales para que los lectores comprendan sus resonancias contemporáneas en las tentativas de médicos-investigadores de *capturar la espiritualidad*⁴⁸.

En la primera mitad del siglo XIX, se extendió por los Estados Unidos el interés por el llamado trance mesmérico, más tarde denominado trance hipnótico. Surgido en Europa, el mesmerismo tuvo su auge en el siglo XVIII, a

⁴⁷ Aunque no sea la regla, es notorio el aumento de médicos espíritas que conducen investigaciones sobre el impacto de la espiritualidad en la salud en Brasil. Este trazo no se reproduce en otros países, pero es sin dudas una característica del fenómeno localmente.

⁴⁸ Para trabajos de mayor envergadura, que sirvieron de inspiración para lo que aquí realizo, ver Taves (1999).

partir de la popularización de las prácticas del médico alemán Franz Mesmer (1734-1815), que realizaba constantes investigaciones sobre la manipulación del fluido universal, también llamado magnetismo animal, una fuerza que sería responsable por el bienestar humano. Cuando estaba desequilibrada, esa fuerza provocaría enfermedades, cuya clave para la cura, afirmaba inicialmente Mesmer, podría ser obtenida a partir de la manipulación de imanes o de objetos magnetizados cerca del cuerpo de las personas.

A lo largo de su trayectoria, sin embargo, esos objetos fueron dispensados por Mesmer que pasó a entender que lo que actuaba sobre el cuerpo a ser curado era el magnetismo animal del propio magnetizador, por medio de su mano. Así, una técnica de imposición de manos fue desarrollada como forma de cura. Una cura que también contaría, de hecho, con mensajes adivinatorios recibidos por los curadores de parte de los espíritus.

En los Estados Unidos, Andrew Jackson Davis, entonces aprendiz de zapatero que vivía en el estado de Nueva York, fue uno de los más conocidos entre los llamados clarividentes mesmeristas. Como ya había ocurrido en algunas partes de Europa, Andrew incorporó técnicas de hipnosis al mesmerismo. Produciendo una especie de autotrance hipnótico, Andrew pasó a diagnosticar, curar y dar charlas. Dos hechos merecen ser retenidos frente a este breve repaso histórico, que se relaciona con la emergencia del llamado “espiritualismo”. El primero es que la hipnosis no era solo una técnica legítima de atención a la salud, sino que también puede ser identificada como una pieza fundamental en la historia de la atención a la salud mental (Chertok; Stengers, 1990). El segundo tiene que ver con la naturaleza de tales trances hipnóticos, que muchas veces eran descritos, también, como una forma de comunicación con algunos espíritus. En otras palabras, el mesmerista en trance hipnótico curaba y lo hacía inspirado por el contacto con una realidad otra, la de los espíritus.

Además de ser emblemático para la historia del espiritualismo, el caso de Andrew es relevante a causa de un dato muy poco notado en los textos dedicados a narrar esa historia. Cuando estaba en trance, Andrew alegaba estar inspirado por el espíritu de Emmanuel Swedenborg (1688-1772), un ingeniero sueco, místico y vidente. Los textos teológicos escritos por Swedenborg fueron la inspiración para la creación de la llamada Iglesia Nueva, un movimiento cristiano, protestante, de adoración a Cristo. Curiosamente, el padre de William James pasó su vida siendo pastor de algunas de esas iglesias.

Durante todo el siglo XIX, las sesiones de hipnosis, de cura por manipulación de fluidos energéticos y de mesas giratorias controladas por espíritus se difundieron por Europa y los Estados Unidos. Fue en ese período, preci-

samente en 1854, que el pedagogo Hippolite Leon Denizard Rivail, – que se decía incrédulo de la posibilidad de comunicación con los espíritus – fue invitado a asistir a sesiones en Europa y en los Estados Unidos para describir y sistematizar los principios de ese tipo de práctica. El resultado fue la publicación de *El libro de los Espíritus*, firmado por Hippolite con el pseudónimo de Allan Kardec.

En las sistematizaciones históricas ya realizadas sobre el espiritualismo y el espiritismo kardecista (Crabtree, 1993; Ellenberger, 1970; Chiesa, 2016), queda bastante clara la fuerza de la influencia del cientificismo en las prácticas y principios de esos grupos religiosos. La creación de metodologías extensamente descritas sobre cómo se da la comunicación con los espíritus, la fascinación por la posibilidad de replicar esos métodos en diferentes lugares y la forma escrita de esas comunicaciones son solo algunos de los ejemplos de la presencia de una lógica cientificista en la consolidación del espiritualismo en el siglo XX.

Menos enfatizada que esa relación, cuyo vector va de la ciencia hacia la religión, es la importancia que los fenómenos asociados a la religión y a los experimentos mediúmnicos tuvieron para el desarrollo del conocimiento científico, especialmente aquel ligado a los saberes psi. Este es el aspecto que nos interesa particularmente aquí. Lo que está en juego es la posibilidad de reconocer, de un lado, cómo la religión y la espiritualidad son objetos de interés constante en la historia de lo que se consolidó como campo de la salud y, del otro, cómo los mismos análisis y modelos explicativos movilizados para comprender tales prácticas y fenómenos espirituales están asociados a nociones y a categorías que son hoy ampliamente utilizadas por la psicología. Dos nociones, en especial, emergen junto con las investigaciones sobre las actividades espiritualistas: la idea de inconsciente y la de disociación⁴⁹.

En 1870, a partir de la publicación del influyente libro *De L'Intelligence*, del filósofo e historiador francés Hippolyte Taine, comenzaron a circular discusiones sobre la meduimnidad como indicación de la existencia de niveles aún poco explorados y comprendidos de la mente humana. En una de las últimas ediciones del libro, en 1892, año anterior al de su muerte, Taine afirmó que “las manifestaciones de los espíritus mostraban la coexistencia, en el mismo instante, en el mismo individuo, de dos pensamientos, dos voluntades, dos acciones diferentes: una consciente y otra no-consciente” (Taine, 1892:16).

⁴⁹ Estoy atento al hecho de que la genealogía de la noción de inconsciente es mucho más extensa y diversa, de modo que ciertamente no tengo la pretensión de reducirla a una única influencia. Para un debate sobre el asunto, ver Alvarado et al. (2007), Crabtree (1993), Ellenberger (1970).

La existencia de una mente inconsciente no era una idea ampliamente aceptada en aquel período. La idea ganó fuerza en la tentativa, por parte de médicos y científicos, de explicar los eventos que involucraban a los espiritualistas, así como pasó a ser modulada en términos de una dimensión cuyo impacto recaería sobre las actitudes, la vida cotidiana y los modos de acción en el mundo. Es decir, aspectos no conscientes provocarían efectos corpóreos bastante concretos. Es justamente por esta razón que algunos de los primeros interesados en la explicación de la no consciencia fueron los médicos fisiólogos.

Aun antes que Taine, el matemático Jacques Babinet ya venía acercándose a esas formulaciones. Incitado a explicar el fenómeno de las mesas en las sesiones espiritualistas – que se movían sin la actuación aparente de nadie – Babinet afirmó que ello se debía a movimientos que correspondían a una dimensión involuntaria del cuerpo. Esos movimientos, sugería el estudioso, “aparecían cuando la imaginación, la fascinación por lo maravilloso y las reacciones emocionales producían una trepidación nerviosa en las manos de los operadores, acompañada de una especie de concordancia general en sus impulsos motores mínimos” (Carpenter, 1853:410). Todavía a fines del siglo XIX, Charles Richet, fisiólogo laureado con el premio Nobel, cuya trayectoria es tan importante para la medicina como para el espiritismo, reconoció el fenómeno de las mesas giratorias como una oportunidad única para comprender el impacto de los pensamientos inconscientes en el ser humano (Richet, 1885:86-87). De modo más explícito que Babinet, Richet afirmó que los médiums operan, involuntaria e inconscientemente, una transformación de sus pensamientos en movimientos de manos, lo que indicaría que esos movimientos resultan de una conjugación entre aspectos inconscientes, que corresponderían a una estructura profunda e inaccesible, y actitudes visibles y concretas.

La sucesión de algunos de los desdoblamientos de esas investigaciones está bien descrita en un artículo publicado en la Revista de Psiquiatría Clínica, uno de los periódicos científicos brasileños más importantes del área de la psiquiatría:

Al final del siglo XIX, el médico y fisiólogo inglés William B. Carpenter (1813-1885) discutió el concepto de cerebración inconsciente en su libro *Principles of Mental Physiology* (1874), en el cual asumía que las mesas giratorias y otros fenómenos mediúmnicos serían el resultado de acciones reflejas inconscientes que simularían la inteligencia aún fuera de la acción de autoconsciencia. En los Estados Unidos, Dyer D. Lum (1840-1893) dedicó el capítulo cuatro de su libro, *The Spiritual Delusion*, al concepto de cerebración inconsciente en la meduimnidad (1873). Lum sustentó que, con la práctica, las manifestaciones mediúmnicas asumían “cada vez más un carácter de ‘acción refleja’” (210).

Un modelo posterior y más complejo involucró el concepto de creatividad fisiológica inconsciente. El médico francés Joseph Grasset (1849-1919) postuló la acción coordinada de diversos hipotéticos centros del sistema nervioso para explicar los automatismos mediúmnicos y la personificación (1904). Especuló sobre la existencia de “polígonos”, una red de varios centros o estructuras mentales involucradas en muchas manifestaciones psicológicas e psicofisiológicas. El sistema, de acuerdo con Grasset, tendría un centro superior que estaría conectado con varios centros inferiores relacionados a las imágenes, a las acciones motoras y a muchas otras funciones psicofisiológicas. Durante los estados de enfermedad o patología, o aún durante otras condiciones, tales como el trance mediúmnico, el sistema poligonal podría producir fenómenos complejos, como la coordinación subconsciente de los movimientos necesarios para la escritura automática (psicografía) o ideas necesarias para crear las comunicaciones mediúmnicas. Según Grasset, ese sistema podría actuar sobre sí mismo o en colaboración con los polígonos de los participantes que formaban el círculo mediúmnico. El autor sustentaba que ninguno de los procesos implicaría meduimnidad “genuina”, en el sentido de comunicaciones verídicas o fenómenos físicos objetivos que podrían ser explicados de otras formas. (Alvarado et al., 2007:46)

Si, aunque lateralmente, la noción de inconsciente gana fuerza a partir de las investigaciones de fines del siglo XIX sobre los fenómenos espiritualistas, la categoría diagnóstica de disociación – todavía ampliamente movilizadas en el campo de la psiquiatría y tema permanente de tesis y disertaciones del campo de la salud sobre salud y espiritualidad – estuvo aún más relacionada al interés que tales fenómenos despertaron al inicio del período de consolidación de los saberes psi. Siguiendo la emergencia del diagnóstico de disociación, podemos reconocer dos procesos aparentemente antagónicos que marcaron los estudios sobre salud, religión y espiritualidad a lo largo del siglo XX. Mientras que en la primera mitad del siglo XX la interpretación mayoritaria del campo psiquiátrico en relación a los fenómenos religiosos (sobre todo el trance) ponía el acento en la psicopatologización, en la segunda mitad del siglo la categoría gana más fuerza y la producción médica sobre el tema pasa a reconocerla de modo positivo, como un factor protector de la salud.

El interés por las mesas giratorias de los espiritualistas estaba relacionado, también, al diagnóstico de “disociación”, que emergió en la psiquiatría a fines del siglo XIX. Se le asociaba el hecho de que las personas podrían producir movimientos automáticos sin ser conscientes de ello. Aunque no haya utilizado el término disociación, el psiquiatra William Carpenter ya apuntaba

en esa dirección en 1853, al afirmar que “la mente”, bajo ciertos estados, como el trance médiumnico, “era afectada por una idea dominante de modo que perdía por algún tiempo su poder agir por su voluntad” (1853:510).

De modo bastante más directo, el psiquiatra francés Pierre Janet desempeñó un papel particularmente importante al articular mediumnidad y disociación. En su libro *L'Automatisme Psychologique*, de 1889 – uno de los más relevantes en la historiografía del diagnóstico de disociación – Janet aborda el tema de los variados grados de automatismo justamente a partir de casos de mediumnidad. Para el autor, la mediumnidad, “así como la histeria y el sonambulismo hipnótico, mostraba la desagregación de la percepción personal y la formación de varias personalidades que se desarrollan tanto sucesiva como simultáneamente” (1889:413).

La idea de relacionar mediumnidad y estados disociativos consolidó una formulación diagnóstica que imperó hasta la segunda mitad del siglo XX, con repercusiones y merecedora de la atención de psiquiatras y psicólogos hasta el día de hoy. Sin embargo, fue en aquel primer momento que las consecuencias de ese diagnóstico fueron más imperativas. La psiquiatra francesa Éliane Lévy-Valensi, en un texto lapidario sobre la tendencia a inscribir la mediumnidad como una condición psicopatológica, en 1910 escribió: “los salones espíritas son la antesala del manicomio” (Lévy-Valensi, 1910:715).

En la medicina brasileña, las repercusiones de esa perspectiva también pueden ser identificadas desde el fin del siglo XIX. En 1896, por ejemplo, Franco da Rocha, fundador de la primera sociedad de psicoanálisis de América del Sur, primero profesor de la cátedra de Neuropsiquiatría de la Facultad de Medicina de San Pablo – que se convertiría en la USP – y fundador del Hospital Juquery, produjo la primera publicación de la psiquiatría brasileña sobre los vínculos entre prácticas médiumnicas y problemas mentales. En las primeras décadas del siglo XX el tema se difundió, demarcando el espiritismo y las prácticas de trance de las religiones afrobrasileñas como posibles desencadenantes de la locura, un peligro social inminente que debería ser combatido. Xavier de Oliveira, profesor de la Universidad de Brasil, actual UFRJ, destacaba el espiritismo como el tercer mayor factor de alimentación mental, detrás solamente del alcohol y la sífilis (Almeida, 2007).

Esta secuencia, no obstante, no está marcada solamente por eventos y proposiciones del campo de la medicina, sino también por la actuación de antropólogos (médicos de formación o no) que, a lo largo de parte del siglo pasado, invirtieron en formulaciones similares. Los impactos de esa perspectiva psicologizante tampoco se limitaron al universo de las investigaciones médicas o etnográficas, sino que ganaron cuerpo jurídico, consolidando la

“persecución constitucional” a las prácticas mediúmnicas en cuanto medida profiláctica de salud mental⁵⁰.

Este breve sobrevuelo sobre las investigaciones de inicios del siglo XIX no tiene como objetivo presentarlas en detalle o analizarlas a partir de todos los aspectos que podrían ser extraídos de tales formulaciones. Antes, se trata de situar una especie de fondo figurativo a partir del cual puedo afirmar dos aspectos fundamentales y mucho más consecuentes para este libro. En primer lugar, el hecho de que el tema de la religión y la espiritualidad posee una larga trayectoria histórica de presencia en los debates de la medicina y de las disciplinas de los saberes psi. En segundo lugar, esta breve trayectoria permite plantear una cuestión importante: al final, ¿cómo la espiritualidad y la religión dejaron de estar marcadas en la historia de la medicina como un trazo psicopatologizante y pasaron a ser presentadas como un factor protector de la salud, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX? Me dedicaré a seguir algunos eventos relativos a ese proceso.

De los problemas espirituales a las métricas de la espiritualidad

El Hospital das Clínicas, donde está el Instituto de Psiquiatría, no es solo un lugar de atención a la población, sino también una institución de formación, vinculada a la Universidad de San Pablo. Esa característica hace que el hospital sea también un espacio de investigación, enseñanza y extensión universitaria, albergando varios grupos de estudios, además de la circulación constante de los estudiantes de maestría y doctorado que allí desarrollan sus investigaciones. Como mencionado anteriormente, el Instituto de Psiquiatría del HC es sede de uno de los grupos de investigación más importantes dedicados al tema de espiritualidad y salud en el país. El ProSer cuenta con investigadores de nivel de grado al posdoctorado, reuniendo profesores de diferentes programas de posgraduación en salud de la propia USP y de otras universidades paulistas.

El ProSer es emblemático para la comprensión del proceso de legitimación del tema de la espiritualidad en el campo de la salud, no solo a causa de la voluminosa producción académica que en él se origina, sino también de la historia misma de su consolidación. Fundado al inicio de los años 2000, el grupo estaba inicialmente enfocado en las investigaciones sobre un diagnóstico psiquiátrico establecido en el DSM IV, el de “problemas religiosos o

⁵⁰ Ver Emerson Giumbelli (1997) y Maggie (1992).

espirituales”⁵¹. Ciertamente, la fundación del grupo a partir de la atención a ese diagnóstico está asociada a la historia misma de la psiquiatría y a su larga trayectoria de asociaciones entre problemas mentales y cuestiones que involucran religión y espiritualidad. Al mismo tiempo, también es necesario reconocer que ese direccionamiento inicial operó como una estrategia política para la construcción de la legitimidad de un núcleo de investigación sobre espiritualidad en clave psicopatológica.

No obstante, ese énfasis psicopatológico fue abandonado a los pocos años de funcionamiento. Eso no necesariamente significa que sus miembros hayan dejado de llevar adelante estudios sobre diagnósticos que involucran religión y espiritualidad, pero hay una clara alteración del énfasis en la dirección del grupo, cuya marca más importante es el cambio de nombre. Fundado como Núcleo de Estudios de Problemas Espirituales y Religiosos (NEPER), pasó a llamarse Programa de Salud, Espiritualidad y Religiosidad (ProSer). Este cambio de rumbo está explícitamente descrita en sus objetivos, presentados en su página web:

El ProSer es un Programa del Instituto de Psiquiatría del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo que busca prestar asistencia, investigar y generar conocimiento respecto de la relación entre salud, espiritualidad y religiosidad.

El ProSer respeta las diferentes formas por las cuales los individuos entienden y vivencian la espiritualidad, y adopta una postura desvinculada de las religiones. Son objetivos del ProSer:

- Investigar el impacto de la espiritualidad y la religiosidad en la salud mental de pacientes usuarios del Ipq.
- Promover actividades terapéuticas que investiguen y promuevan el contacto con la espiritualidad.
- Fomentar la asistencia a las necesidades y conflictos espirituales/religiosos en su relación con la salud mental.
- Desarrollar investigaciones en la interfaz entre salud mental, espiritualidad y religiosidad.
- Promover la enseñanza a alumnos, residentes y profesionales del área de la salud sobre la relación entre salud y espiritualidad.

⁵¹ Se trata del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría y que sirve como parámetro para el ejercicio de la psiquiatría occidental.

Con los objetivos expresos de actuar en la asistencia a la salud a partir de un énfasis en la espiritualidad y la religión, pero también de promover investigaciones sobre el tema, la trayectoria del ProSer es sintomática de un movimiento más amplio que no tiene que ver solo con este grupo sino con la psiquiatría como un todo. Se trata de un desplazamiento de la espiritualidad y la religión como dimensiones potencialmente negativas para la salud, hacia una orientación positivada de estos aspectos. En el ámbito del ProSer, sin embargo, este proceso pasó por una especie de etapa intermedia, entre el potencial negativo y la positividad de la espiritualidad, etapa que no se construyó solo en las investigaciones, sino también en la clínica.

Antes de hacer emerger la espiritualidad como un objeto científico, los investigadores del ProSer actuaron para instaurarla en la clínica, por medio de la aplicación de un protocolo de anamnesis espiritual en los pacientes del Instituto de Psiquiatría.

El modelo de anamnesis espiritual que comenzó a ser aplicado en los usuarios del Instituto de Psiquiatría, sobre todo en los casos de emergencia psiquiátrica y en aquellos que estaban internados, estaba basado en el protocolo desarrollado por la médica Christina Puchalski, fundadora y directora del George Washington Institute for Spirituality and Health, vinculado a la George Washington University. Este instrumento, publicado por primera vez en 1999 y denominado FICA, tiene como objetivo anunciado establecer un protocolo que contribuya a colocar la espiritualidad de los pacientes como una dimensión de la salud a ser abordada en exámenes clínicos, necesaria para una atención integral y potencialmente positiva para el tratamiento.

FICA es un acrónimo de las cuatro variables que Puchalski apunta como determinantes de la atención a la espiritualidad: F (Faith or Beliefs); I (Importance and Influence); C (Community); A (Address). Para cada una de estas dimensiones, un conjunto cerrado de preguntas debe ser realizado a los pacientes⁵². Sin embargo, este no es el único protocolo de anamnesis espiritual. A lo largo de la década del 2000, otros modelos surgieron, como el FACIT y la DUREL, este último elaborado por la Universidad de Duke. Más o menos ex-

⁵² Transcribo las preguntas del FICA: F: What is your faith or belief? Do you consider yourself spiritual or religious? What things do you believe in that give meaning to your life? I: Is it important in your life? What influence does it have on how you take care of yourself? How have your beliefs influenced in your behavior during this illness? What role do your beliefs play in regaining your health?

C: Are you part of a spiritual or religious community? Is this of support to you and how? Is there a person or group of people you really love or who are really important to you? A: How would you like me, your healthcare provider to address these issues in your healthcare?

tenso, estos protocolos son semejantes y frecuentemente no evitan movilizar preguntas como: “¿Con qué frecuencia asiste usted una iglesia, templo o actividad religiosa?”. En estos casos, aunque se tematice religión, la espiritualidad continúa operando como una categoría más abarcativa, que captaría no solamente las prácticas religiosas, pero también lo que no está comprendido en ellas, más próximo de una experiencia íntima e individual de los sujetos.

La pregunta implícita en esa reflexión – “¿cómo sería posible objetivar la espiritualidad?” – no pretende lanzar ninguna duda sobre ese proceso particular, en cuanto al rigor y la seriedad con que los médicos investigadores conducen sus estudios. No hay nada muy especial en la construcción de la espiritualidad como un dato científico cuando es comparada con el modo por el cual este proceso ocurre en otros casos. Como Lorraine Daston e Peter Galison (1992; 2007) abordaron en sus trabajos sobre la objetividad, “los historiadores y, principalmente, los filósofos de la ciencia rutinariamente usan la objetividad como un laboratorio pan-histórico, atribuyéndola a esta o aquella disciplina cuando se trata de la era científica, pero prestando poca atención al desarrollo de la propia objetividad o a lo que le sirvió de fuente”. La objetividad mezcla, en lugar de integrar, componentes dispares que son histórica y conceptualmente distintos. Cada uno de esos componentes tiene su propia historia, además de la historia colectiva que explica cómo todos ellos se funden en un único concepto. Esta estratificación explica el uso actual, irremediable pero curiosamente confuso, de la termo objetividad, que puede ser aplicado a todo, desde la confiabilidad empírica hasta la conducta jurídica procesal y el desapego emocional. No me preocuparé con controversias recientes sobre la existencia de la objetividad y, en caso afirmativo, sobre cuáles disciplinas la poseen. Insisto apenas en que una historia de la objetividad científica podría aclarar esos debates, revelando la diversidad y la contingencia de los componentes que conforman el concepto actual.

Las tecnologías de objetivación y análisis empleadas en el Instituto de Psiquiatría recurrían, además de los instrumentos de anamnesis, a un amplio conjunto de escalas de espiritualidad. Por medio de extensos cuestionarios, la espiritualidad individual era convertida en un índice numérico, que haría posible comparar pacientes y también hacer un seguimiento de las variaciones en el historial de los propios sujetos de la investigación. Esos instrumentos no solo son empleados de forma corriente en las investigaciones, sino que ellos mismos son también objeto de interés de los investigadores. Considerando un intervalo de apenas cuatro años, entre 2013 y 2017, seis disertaciones de maestría y tres tesis de doctorado defendidas en programas de posgrado en salud en Brasil tuvieron como objetivo crear escalas de espiritualidad, eva-

luarlas o validar instrumentos extranjeros para la realidad nacional⁵³. Algunas de las investigaciones para la creación de nuevas escalas fueron realizadas en el propio Instituto de Psiquiatría.

Dos instrumentos solían ser aplicados en los estudios del ProSer, el Brien Multidimensional Measure of Religions/Spirituality (BMMRS) y la Daily Spiritual Experience Sale (DSES). No es lugar aquí de hacer un análisis detallado del contenido de esas escalas, pero sí de explorar esa forma de objetivación de la espiritualidad, que procura tornarla legible a partir de un índice que es a la vez individual y universalmente comparable.

Dos aspectos internos a esas escalas llaman la atención. El primero es la frecuencia con que la palabra Dios es movilizada en ambos instrumentos. En ellos encontramos afirmaciones como: “Creo en un Dios que me cuida”; “Sé que Dios me perdona”; “Siento directamente el amor de Dios por mí”. Más relevante aún que la referencia a esa figura particular de relación con lo sagrado son los presupuestos cristianos que, de modo general, fundamentan y ordenan esos índices.

El segundo aspecto del contenido de esos instrumentos que merece ser retenido es que, en ambos, la diferencia entre religión y espiritualidad consiste en que la primera se asocia a la práctica y la vivencia comunitarias, mientras la segunda es vinculada a las experiencias individuales y subjetivas. Por ejemplo, en el BMMRS, la palabra es utilizada en preguntas como: “Si usted estuviese enfermo, ¿cuántas personas de su comunidad religiosa lo ayudarían?”, o aún, “¿con qué frecuencia las personas de su comunidad religiosa lo critican a usted o las cosas que hace?”; mientras tanto, la espiritualidad aparece cada vez que las preguntas demandan algún tipo de testimonio de sí.

Como cualquier instrumento de anamnesis, estos cuestionarios están interesados en construir un historial médico del paciente destinado a quien lo evalúa. Al hacerlo, constituyen un diagnóstico sobre la espiritualidad del paciente en cuestión, pero, al mismo tiempo, operan como dispositivos de evaluación que pueden indicar comportamientos y prácticas que serían potencialmente positivas o negativas para las condiciones de salud de los sujetos analizados. En ese caso y según ya fue consolidado por la literatura médica, si la espiritualidad resulta ser un factor protector de la salud, cabría al profesional procurar extraer y recomendar el mejor provecho de esa di-

⁵³ Por citar solo algunos de los trabajos de este conjunto: Adaptación transcultural y validación de la escala de angustia espiritual en pacientes con cáncer (Simão, 2013); Calidad de vida en personas viviendo con HIV-SIDA: Aplicación de las escalas WHOQOL BREF HIV y WHOQOL OLD (Cortez, 2017); Desarrollo y validación de un instrumento para evaluar la espiritualidad: Escala de Actitudes Relacionadas a la Espiritualidad (ARES) (Braghetta, 2017).

mención en cada uno de sus pacientes. Aparentemente, estaríamos frente a la emergencia de una especie de gobierno clínico de la buena espiritualidad, que no sería solo evaluada, sino también evaluada-para-ser-cultivada.

La forma de poder y gobernanza que emerge de ese modelo de atención a la salud nos remite, invariablemente, a los trabajos de Michel Foucault sobre el poder pastoral (2007). Contrastando las ideas griegas de gobierno con las de los hebreos, Foucault argumenta que las concepciones de estos últimos están fundadas en la imagen del pastor. “El pastor”, afirma, “es alguien que alimenta o, por lo menos, es quien alimenta el rebaño conduciéndolo primero hacia buenas pasturas y certificándose después de que los animales se alimenten adecuadamente. El poder pastoral es el poder del cuidado. Cuidado con el rebaño, cuidado con los individuos del rebaño, cuidado para que las ovejas no sufran” (Foucault, 2007:172).

Si entre los hebreos esa forma de cuidado estaba asociada a Dios, fueron los cristianos, durante la Edad Media, quienes transformaron el cuidado pastoral en una forma de gobierno.

El Dios de los hebreos es realmente un Dios-pastor, pero no hubo pastores dentro del régimen político y social de los hebreos, siendo recién en la Edad Media que el pastorado se desarrolló en el Cristianismo, dando origen a una red institucional densa, complicada e íntimamente tejida que afirmaba ser, y de hecho era, coextensiva a la Iglesia. (Foucault, 2007:127)

Según Foucault, fue por medio de prácticas de cuidado – y también del autoexamen de conciencia – que el Cristianismo contribuyó a la consolidación de una forma de gubernamentalidad que forjó los Estados europeos modernos y la relación de los ciudadanos con el Estado.

El pastorado cristiano es absolutamente innovador al establecer una estructura, una forma técnica de poder y, al mismo tiempo, de investigación, de autoexamen y de examen de los otros, por la cual cierta verdad interior secreta del alma se convertiría en el elemento central. Es a partir de ello que el pastor ejercería su poder. (Foucault, 2007:164)

Para Foucault, el pastorado cristiano fue una institución histórica distinta que se desarrolló en Europa del siglo II al XVIII. Este modelo instituyó un gobierno de pastores, encargados de la salvación de todas las personas, una por una. En parte, este proceso está íntimamente relacionado con la práctica de la confesión. Ocurre que, como el autor lo describe, al inicio del período

moderno esta forma de gobierno pastoral se desplazó de la Iglesia al Estado, prestando su técnica de autodisciplina y cuidado individual a los fines del gobierno estatal.

A partir de ese nuevo contexto, Foucault aborda el papel del ministro, en el doble sentido de la palabra, como una especie de figura ambigua, entre la religión y el gobierno civil:

En la Europa moderna... el problema fundamental no es el Papa o el Emperador, sino aquella figura mixta, o las dos figuras que, en nuestra lengua, y también en otras, comparten el mismo título: ministro. El ministro, con toda la ambigüedad de la palabra, tal vez sea el verdadero problema y el lugar donde se sitúa realmente la relación entre religión y política, entre gobierno y pastorado. (Foucault, 2007:191-192)

El análisis de Foucault sobre el poder pastoral nos da margen para comprender no solo el gobierno ejercido por los Estados sobre sus poblaciones, sino también algunas dimensiones de la propia práctica de la clínica médica, que poco a poco pasó a movilizar las lógicas del cuidado pastoral.

Si este proceso ya fue descrito en *El nacimiento de la clínica* (Foucault, 2007b), al observarlo a partir del caso de la legitimación de la espiritualidad en el campo de la salud, nos encontramos con un fenómeno de características propias, en que los aspectos antes relacionados al campo de la religión pasan a ser presentados a partir de principios de la medicina basada en evidencias. Curiosamente, como bien demostró Ann Taves (1999), este movimiento también recibió contribuciones de grupos religiosos, quienes tal vez no previesen que ello implicaría producir un nuevo conjunto de expertos del espíritu. Por su parte, los médicos estaban muy interesados en convertir la religión en un fenómeno natural. En este caso, la idea de una religión natural no tendría la misma forma que aquella presentada en los debates sobre el tema en los que David Hume participó en el siglo XVIII, pero sí los parámetros de una gramática científica y médica. Se trata de un cambio de concepción que sacaría la religión, ahora llamada espiritualidad, de las organizaciones e instituciones religiosas, instituyéndola como algo universal, disperso y naturalizado.

En los Estados Unidos, Winnifred Sullivan analizó un proceso que nos ayuda a situar el caso de la aplicación de protocolos anamnésicos y cuestionarios sobre la espiritualidad en el Hospital das Clínicas. Al inicio de los años 2000, fue instituido un test de "aptitud espiritual" en las fuerzas armadas americanas, destinado a todos los soldados. Con la justificativa de crear un modelo integral de atención a la salud y al bienestar de las tropas, el test for-

mó parte de un cuestionario más amplio sobre la calidad de vida.

Enfatizando que la “aptitud espiritual” es una de las dimensiones de la buena salud, la página web de las fuerzas armadas presenta la atención a la espiritualidad del siguiente modo:

Este asunto significa muchas cosas para muchas personas. El objetivo de este módulo es explorar otra faceta de la salud y del bienestar. Investigaciones en salud de los *U.S. Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine* y el *Army Reserve Component* indican que las cuestiones espirituales están entre las cinco principales preocupaciones de salud de los entrevistados. (*apud*, Sullivan, 2014:27)

Presentada en términos de valores científicos seculares concernientes a la salud, la atención a la espiritualidad solo es sistemáticamente planteada no como un recurso legítimo del cuidado de sí, sino también recomendado para el desarrollo de formas más avanzadas del punto de vista clínico y del cuidado con la salud.

Keneth Pargment y Patrich Sweeney, psicólogos y dos de las principales referencias para los médicos investigadores brasileños dedicados al tema de la espiritualidad en la salud, fueron los responsables de la elaboración del “spiritual fitness” de las fuerzas armadas estadounidenses. En sus propios términos, enfatizan que este test/programa de cuidado no está basado en principios religiosos ontológicos, sino que forma parte de principios que son universales y adaptables a las pertenencias individuales de sus participantes.

El componente de aptitud espiritual del programa CSF [Comprehensive Soldier Fitness] no está basado en una postura o posición particular sobre la verdad ontológica o en estructuras filosóficas no religiosas o inclusive religiosas de creencia y práctica. Los líderes del Departamento de Defensa no están en posición de responder a preguntas ontológicas sobre la existencia de Dios o sobre la verdad de las afirmaciones religiosas. Sin embargo, pueden facilitar la búsqueda de la verdad, del autoconocimiento y del propósito y dirección de la vida. En este proyecto, definimos el espíritu como el núcleo central de individuo, la parte más profunda del yo y el principio para la evolución de la esencia humana. (*apud*, Sullivan, 2014:27)

Para el ejército, mientras el espíritu es el núcleo esencial del ser humano, cada uno debe encontrar la verdad por sí mismo. La espiritualidad es, en consecuencia, la promoción de la aptitud espiritual, que respecta a una religión

sin ontología, o tal vez, más precisamente, a una religión con una ontología universalista, naturalista y forjada en un lenguaje clínico.

Al ser transformada, en esos términos, en una cuestión de salud, la espiritualidad adquiere nuevos contornos en el ambiente médico. Ya no se encuentra restringida a la asistencia religiosa eventualmente ofrecida por el capellán, sino a una dimensión de la salud del paciente, un elemento que debe ser inscrito en su prontuario, fundamental para el cuidado integral de la salud.

Los modelos de anamnesis y de investigaciones sobre espiritualidad aplicados en el Instituto de Psiquiatría apuntan, justamente, a viabilizar la inscripción de la espiritualidad, esto es, a que ésta pueda ser materializada como un indicador preciso a través de exámenes anamnésicos. Lo que está en juego en la utilización de estos instrumentos evaluativos y de mensuración es la producción misma de la realidad ontológica de la espiritualidad en los laboratorios de investigación y en la clínica médica. Un tipo de espiritualidad que está, sin embargo, basada fundamentalmente en el relato de los pacientes, en la dimensión subjetiva de sus experiencias y es heredera de la tradición de investigaciones realizadas desde la psicología.

Ocurre que esta no ha sido la única forma de instituir la realidad concreta de la espiritualidad en la medicina, ni tampoco aquella que trajo mayor legitimidad a este campo. Es así porque fue a partir de la entrada en escena de los neurocientíficos y de médicos interesados en investigar la espiritualidad por medio de marcadores biológicos que el tema se estableció en el área con la legitimidad adquirida en las últimas décadas.

Fue a medida que la espiritualidad salió de la clave de la cultura y fue a la de la naturaleza que este proceso ocurrió. En estos términos, la espiritualidad dejó de ser un rasgo de algunos sujetos y pasó a ser un dato de la humanidad. Y esta nueva forma de materialización de la espiritualidad se dio, sobre todo, por medio de imágenes cuyo efecto no es simplemente representar, sino instituir el estatuto real de aquello que se presenta (Lynch; Woolgar, 1990; Coopmans, et al., 2014). Como bien observó Janet Vertensi (2014), las tecnologías de imagen de la medicina producen lo que ha de ser visto y, en ese sentido, establecen la propia entidad de la observación. Se trata de un proceso de correlación que articula la imagen, la objetividad del objeto y la emergencia del propio contorno teórico de lo que debe ser observado.

Espiritualidad natural

Las metodologías de las ciencias médicas empeñadas en el proceso de evaluación de la espiritualidad no solamente la describen en un lenguaje clíni-

co, sino que, principalmente, fundan su realidad ontológica. De esta manera, la espiritualidad que emerge de los cuestionarios está centrada en la experiencia, es mensurable, puede ser vertida en un índice numérico y, en caso de estar bien conducida, es buena para la salud. Sin embargo, esta noción no es la única forma de captura de la espiritualidad empleada por las ciencias médicas y, por lo tanto, por más real que sea, no es la única realidad de la cual esa entidad goza.

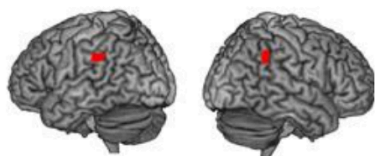
En la Universidad Federal de Juiz de Fora, los investigadores del Núcleo de Investigación en Espiritualidad y Salud (Nupes) han invertido en otras metodologías de investigación de la espiritualidad, entre las cuales destaca el uso de tecnologías de neuroimagen. A pesar de la amplia variación en sus diseños, esas investigaciones están sumariamente divididas en dos modelos principales, como sintetizó en una entrevista Alessandra Mainieiri, investigadora del Nupes: investigaciones “funcionales, o sea, interesadas en descubrir cómo el cerebro funciona y qué áreas del cerebro están más o menos activas durante el fenómeno de la experiencia espiritual”; e investigaciones dirigidas a la “estructura del cerebro, más interesadas en saber si existen áreas del cerebro mayores o menores entre las personas que pasan por este tipo de fenómeno”.

Los fenómenos a los cuales la investigadora se refiere son, mayoritariamente, la oración, la meditación y el trance. “Con las investigaciones en neuroimagen”, afirma Alessandra, “tenemos un modo de investigar las diferencias entre esos fenómenos y también de darnos cuenta cómo el cerebro funciona durante el desarrollo de esos fenómenos”. La recolección de datos en las investigaciones de esa naturaleza involucra, por lo tanto, el mapeo de la actividad cerebral de personas durante los estados meditativos, de oración o trance. Este es el caso de una investigación realizada por miembros del Nupes, en colaboración con investigadores de la Universidad de Pensilvania, en la que compararon las áreas activas del cerebro de médiums espíritas durante el trance, mientras realizaban actividades de psicografía, y cuando escribían textos fuera del estado de trance (Pérez *et al.*, 2012).

No son los resultados de esos estudios que nos interesan, sino la metodología que emplean para hacer que la espiritualidad emerja como una entidad observable. En esta versión, la espiritualidad asume la forma de una imagen, que expresa una región o un conjunto de conexiones establecidas en un terreno particular de existencia: el cerebro. Para obtener la imagen que da testimonio de la fisiología de la espiritualidad, los investigadores recurren, sin embargo, a formas de prácticas religiosas como la oración y el trance médiumnico. Así, mientras que en los cuestionarios de mensuración de la espiritualidad la religión aparece, principalmente, por medio de la comunidad de

fieles, que puede tornarse un factor protector o estresante de la salud mental del sujeto evaluado, en las tecnologías de neuroimagen, son las formas de la práctica religiosa, y no la comunidad, que se vinculan a la espiritualidad.

La posibilidad de comparación entre el tipo de espiritualidad que cada una de esas metodologías torna concreta no se agota en la interfaz con la religión. Otro aspecto importante respecta a la cualidad de la variación de la espiritualidad que ellas comprenden. Cuando extraída de los cuestionarios, la espiritualidad se revela en la forma de un número, que expresa el grado en que es experimentada por el individuo particular que está siendo examinado. En este caso, la métrica es universal, considerando que se basa en la presuposición de que todos los seres humanos tienen espiritualidad, pero el resultado es específico, ya que responde por variaciones individuales en el grado de espiritualidad. Cuando los estudios de neuroimagen se orientan a la captura de esa entidad clínica, la espiritualidad descrita no es la del individuo analizado sino, por el contrario, la de toda la especie. Conclusiones de esa orden son lanzadas por el artículo “Brain surgery boosts spirituality”, publicado en la revista *Nature* en febrero de 2010:



Remover parte del cerebro puede inducir la paz interior, de acuerdo con investigadores italianos. El estudio brinda la evidencia más fuerte hasta el momento de que la experiencia espiritual surge en, o está limitada por áreas específicas del cerebro. (...) “Este es el primer estudio que analiza realmente de cerca la espiritualidad. Estamos lidiando con un fenómeno complejo que está próximo de la esencia del ser humano” dice el coautor Salvatore Aglioti, neurocientífico cognitivo de la Universidad Sapienza de Roma. Los autores identificaron dos partes del cerebro que, cuando dañadas, llevaron a aumentos en la espiritualidad: el lóbulo parietal inferior izquierdo y el giro angular derecho (Weaver, 2010).

El relato subjetivo como principal testimonio de la experiencia espiritual, tal como en el caso de la metodología de cuestionarios, da lugar al cuerpo, más precisamente al cerebro, que termina inscribiendo la espiritualidad en el registro de los marcadores biológicos del orden de la naturaleza. No siendo la diferencia una propiedad de las cosas, sino una cualidad de las relaciones, cuando la espiritualidad se establece en esos términos, su interfaz con la religión también adquiere otros contornos: “Estudios anteriores mostraron que una vasta red de conexiones cerebrales frontales y parietales está relacionada con las creencias religiosas. Pero con ese estudio comenzamos a darnos cuenta que espiritualidad y religión no involucran exactamente las mismas

regiones del cerebro” (Weaver, 2010). De este modo, en estos estudios el cerebro no es solo el lugar de la espiritualidad, sino también el terreno – y la prueba – de su diferencia con la religión.

El florecimiento de este tipo de investigación dirigida al tema de la espiritualidad no es independiente de un proceso más amplio de atención por parte de la psiquiatría hacia modelos analíticos cada vez más orientados por los principios de la medicina basada en evidencias, como ya observaron otros autores (Beaulieu, 2001; Prasad, 2005). Comentando este proceso, aunque discutiendo las transformaciones en las formas de consideración de los diagnósticos psiquiátricos, Jane Russo describió lo que también puede ser observado al respecto de los estudios sobre espiritualidad que, cuanto más próximos al modelo de las neurociencias, mayor impacto académico tuvieron:

La objetividad empírica de las señales y síntomas corresponde idealmente a la objetividad empírica del substrato físico. O sea, la psiquiatría solo tendrá garantía de objetividad si se apoya en lo concreto, físico, empíricamente observable, cuantificable y reproducible a través de estudios y aparatos, representado por el substrato orgánico, por lo que es pasible de traducción en el lenguaje de la biología, de la fisiología, de la neuroquímica, de la genética. La objetividad del diagnóstico psiquiátrico es igual a la objetividad del substrato fisiológico y orgánico. (Russo, 1999:128)

Hacer que la espiritualidad emerja como una imagen, como lo hacen las tecnologías de mapeo de la actividad cerebral, es una forma retóricamente poderosa de legitimación del debate las ciencias médicas. Esta metodología que *hace ver* es también un acto de creación de lo que ha de ser visto y, así, produce un deslizamiento sutil entre la epistemología de la ciencia que describe la espiritualidad y el acto de fundación ontológica del objeto que debe ser descrito.

En la misma dirección, Luis Fernando Dias Duarte (2018) insiste sobre el fenómeno del cerebralismo:

Recentísimas reconfiguraciones de las ciencias naturales vienen retomando los postulados mecanicistas originales de ese campo, refinándolos y reforzándolos. El vasto campo contemporáneo de las neurociencias ha sido pródigo en propuestas sobre la prominencia de la materia, al explorar el funcionamiento de la conexión cerebral de la experiencia humana con potentes recursos y ambiciones de gran envergadura. (Duarte, 2018:2)

Esta es una formulación bastante próxima de aquella presentada por Alain Ehrenberg (*apud* Bezerra Júnior, 2007:134), que afirma que la última perspectiva de la literatura que propone un “sujeto cerebral” es de carácter social y se refiere a la diseminación de inscripciones sociales e imaginarias que hacen del cerebro y de sus propiedades biológicas un verdadero actor social, y no solo la condición de posibilidad biológica de existencia del *self*. Aparentemente, estamos frente a un curioso proceso de inmanentización de la espiritualidad, capaz de convertirla en un rasgo natural, inscrito en el cerebro. Pero, a fin de cuentas, ¿cómo lidiar con la consolidación de la idea de que hay una imagen de la espiritualidad? ¿Qué es lo que esa imagen, una vez fundada, pasa a ser capaz de movilizar?

En 2014, Catelijne Coopmans, Janet Vertesi, Michael Lynch e Steve Woolgar publicaron el libro *Representation in Scientific Practice Revisited*. La obra dialoga con otra anterior (Lynch; Woolgar, 1990), que se había tornado un hito en los estudios sociales de la ciencia y de la tecnología y en el debate sobre representaciones e imágenes científicas. Sintéticamente, los estudios reunidos en estas dos obras intentan extraer las consecuencias del entendimiento de que las técnicas y tecnologías artísticas y gráficas no produjeron simplemente imágenes secundarias al razonamiento lógico y al cálculo matemático en las ciencias. En lugar de ello, demostraron que los materiales visuales y gráficos son cruciales para hacer posible el descubrimiento mismo y para establecer las propiedades de los fenómenos naturales (2014: vii). En uno de los capítulos del libro de 2014, Janet Vertesi elabora una idea que nos puede ayudar a comprender la producción de imágenes de la espiritualidad en la medicina. A seguir, recupero brevemente su trabajo para, después, retomar el tema de la espiritualidad.

La imagen de lo real

En el verano de 2006, Susan Lee, geoquímica de una universidad del medio oeste de los Estados Unidos, vio algo poco común en la imagen de Marte. Como científica participante de la misión Mars Exploration Rover de la NASA, Susan estaba trabajando con el Panoramic Cameras, un instrumento a bordo del Rovers que toma fotografías digitales en colores y estéreo. El Rover Spirit se había atascado recientemente en un área arenosa, dejando algunos surcos inusualmente profundos durante su proceso de extracción. Mientras Susan examinaba las imágenes de esos surcos usando un software de procesamiento digital de imágenes, comenzó a sugerir a sus colegas la misión de retornar al área para investigar más. A esta nueva misión llamaran de Tyrone.

En una reunión del equipo de ciencia tele transmitida en octubre de ese año, Susan explicó el porqué. Hizo una presentación con treinta y dos diapositivas de PowerPoint, usando las mismas pocas imágenes de Tyrone para producir una variedad de transformaciones visuales. La científica usó esas imágenes para argumentar que, a medida que el Rover se alejaba del área de Tyrone, había expuesto dos tipos diferentes de suelo leve que eran composicionalmente diferentes del resto del suelo marrón-rojizo del área. Transformando las mismas imágenes digitales en gráficos y después en colores falsos, Susan mostró que los suelos eran algún tipo de depósito de sal, que uno era más profundo que el otro y que las características espectrales del suelo estaban cambiando gradualmente a lo largo del tiempo. En este punto, lo que estaba siendo presentado aún era la observación de Susan, posibilitada por su trabajo de procesamiento de imágenes, pero sus colegas estaban convencidos de que los resultados preliminares eran intrigantes y ordenaron que el Rover retorne a Tyrone para tomar más imágenes para análisis.

Algunos meses después, en una reunión del equipo, Susan presentó resultados basados en las nuevas imágenes. Sus cincuenta diapositivas coloridas transformaron Tyrone en una rica variedad de formas visuales, aplicando las mismas transformaciones visuales en ocho fotos diferentes de los surcos del Rover en toda la región. En esta oportunidad, el equipo no solo vio el suelo leve de dos tonos en Tyrone: lo vieron en todos los lugares. A ello le siguió una discusión de una hora con científicos intercambiando rápidamente hipótesis sobre cuáles eran las sales, si fueron transportadas por el agua para distribuir los depósitos por la región y qué otras observaciones necesitarían ser efectuadas para responder esas preguntas. Las técnicas de Susan para el procesamiento de imágenes digitales no solo revelaron un fenómeno invisible; ellas también transformaron una observación en una visión colectiva y, finalmente, en un descubrimiento de la misión, obteniendo un comunicado de prensa de la NASA y una publicación eventual en la revista *Science* (Squyres et al., 2008). Ahora bien, ¿Cómo las imágenes fueron registradas en ese descubrimiento?

Una de las propuestas de Vertesi para el tema es abordar esa historia de modo de mantener el foco en las prácticas representacionales que Susan utilizó en las imágenes de Tyrone, pero también llamando la atención al modo exacto en que ella y sus colegas llegaron a ver el suelo salado de dos tonos en Tyrone – con sus implicaciones para la presencia pretérita de agua en Marte – y cómo llegaron a identificarlo en todas partes. Vertesi reúne elementos de la filosofía de la ciencia, de la historia de la ciencia y de los estudios etnometodológicos del trabajo para elaborar cómo las prácticas de visualización con herramientas digitales construyen el conocimiento de un planeta alienígena e inscriben ese

mismo conocimiento en una imagen con consecuencias para el futuro.

Los análisis basados en la práctica de la observación científica produjeron una variedad de estudios de caso que examinan la prominencia, la expectativa y la experiencia visual. Por ejemplo, el estudio de Law y Lynch sobre las guías de campo ornitológicas sugiere que la cuestión observacional consiste en establecer un “juego de lenguaje” de reconocimiento y uso adecuados de los dibujos en un contexto de campo (Law; Lynch, 1990). Otros estudios llaman la atención respecto a cómo el habla y los gestos son utilizados para entender un objeto: Amann e Knorr Cetina lo denominan “inducción óptica” o de “operaciones visuales realizadas por medio de conversaciones” (1990:100; énfasis en el original), mientras Morana Ala (2008) demuestra cómo los gestos producen legibilidad visual. Recientemente, Catelijne Coopmans (2011) desarrolló el término “valor de rostro” para demostrar el papel de la revelación artística en demostraciones de software comercial. La formulación clásica de la “visión profesional” (1994) de Charles Goodwin también articula el papel de las interacciones entre personas con diferentes formas de conocimiento en la producción de alegaciones visuales.

En estos ejemplos y en otros, la imagen observada no es inocente. En lugar de ello, su analizabilidad “es incorporada al registro desde el inicio” (Amann; Knorr Cetina 1990:107), tanto en el diseño de la observación como en el procesamiento digital de la imagen resultante. Como los vestigios de producción analítica aún visibles en un documento (Latour, 1995) o la fusión de varios grados de externalidad en un informe observacional (Pinch, 1985), distinciones visuales hábiles son inscritas en la propia imagen (Lynch, 1990; 1985). La imagen científica, sostengo, solo gana analizabilidad cuando puede presentar los recursos relevantes al análisis. Solo puede ser reconocida si ha sido diseñada como algo reconocible: una presentación de un tipo específico de objeto o un objeto con características particulares. En la práctica científica, la representación, afirmo, es siempre una cuestión de presentar un objeto natural como objeto analítico.

Situada firmemente en el estudio de las prácticas representacionales, lo que esta perspectiva hace es articular la relación recíproca entre representación y observación científica. Como parte importante de esa relación, debemos observar que, cuando Susan dibujó Tyrone como compuesto de sales de dos tonos, sus colegas pudieron ver. El trabajo práctico de procesamiento de imágenes digitales no consiste apenas en revelar distinciones, padrones o “informaciones” en un objeto fotografiado. También incluye el trabajo de producir y después inscribir un aspecto visual en una imagen – presentar un objeto natural como objeto analítico, de modo que los espectadores y crea-

dores de imágenes subsecuentes vean, representen e interactúen con el mismo objeto de la misma manera.

Como bien sintetizaron Lorraine Daston e Peter Galison en el texto “La imagen de la objetividad” (2007): “las imágenes se convierten en algo más que herramientas meramente útiles: estas eran los mundos de la naturaleza misma” (:116).

Pero eso no es todo.

El sonido del espíritu

Desde 2015, en el ambulatorio de psiquiatría geriátrica del Hospital das Clínicas (HC), vinculado a la Universidad de San Pablo, una investigación desarrollada por un grupo de interdisciplinario de profesionales de la salud hizo uso de un instrumento innovador para la captura de la espiritualidad: el análisis espectrográfico y perceptivo-auditivo de la oración. La utilización de esta metodología en investigaciones del campo de la psiquiatría no es inusual. Por ejemplo, Ozdas *et al.* (1999) descubrieron la existencia de una correlación significativa entre características vocales en el set terapéutico y el riesgo de suicidio en el corto plazo; Cassol *et al.* (2010) analizaron asociaciones entre la voz y aspectos psicológicos de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo; y Stassen (1993) describió las características vocales comunes en pacientes psicóticos esquizofrénicos. En la investigación realizada en el HC, el objetivo es encontrar correlaciones entre el perfil de espiritualidad de los sujetos evaluados – obtenido a partir de los instrumentos de anamnesis antes descritos – y sus padrones vocales cuando enuncian oraciones. La recolección de datos se ajusta al siguiente protocolo: la voz de una persona preseleccionada de acuerdo con los criterios de la investigación es gravada en tres situaciones; primero, se le solicita que hable de forma encadenada, esto es, de forma automática y predeterminada, como al decir la secuencia de los meses del año o los días de la semana; segundo, esa grabación es seguida por otra en que la persona cuenta algún hecho de su vida detalladamente; finalmente, se pide al sujeto que “haga una oración”, dejando abierta la posibilidad de enunciación de oraciones automáticas, o sea, memorizadas, y espontáneas, esto es, sin una estructura preestablecida.

El registro de voz es transformado en un espectro gráfico que indica variaciones de tonos, estructura harmónica y frecuencia. La imagen formada por la enunciación de la oración es, entonces, transformada en una serie de indicadores específicos de la fonoaudiología, que son producidos por profesionales externos al grupo de investigadores involucrado en la recolección de los datos.

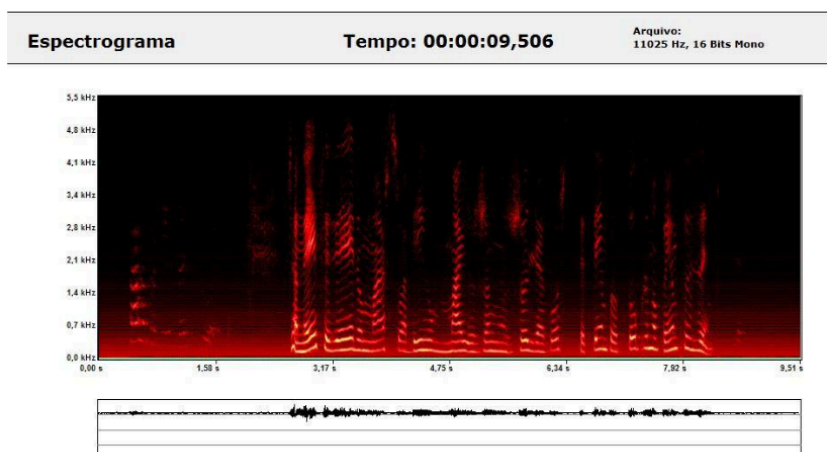


Figura 1: Imagen del espectrograma de una oración, cedida por los investigadores – Software Fonoview

Así como en el caso de los estudios de neuroimagen, este tipo de tecnología también es una forma específica de práctica religiosa que da acceso al dato relativo a la espiritualidad, la oración. Sin embargo, mientras que en los estudios de mapeo de la actividad cerebral lo que está en juego es encontrar la localización genérica de la espiritualidad a partir de la observación de los efectos que cierta forma de estímulo (meditación, trance, oración) produce, sin detenerse en las particularidades que estas formas pueden tener entre los individuos, el análisis espectrográfico de la oración opera en un sentido diferente. Allí, una oración particular es transformada en un dato capaz de cartografiar, no lo que la espiritualidad es o no es, sino su calidad. Para ello, los investigadores se basan en dos conceptos forjados, ya en la década del 1960, por Gordon Allport e Michael Ross (1967): espiritualidad intrínseca y espiritualidad extrínseca⁵⁴. Leticia Alminhana y Alexander Moreira-Almeida delinearon bien los significados de esos dos términos e indicaron algunas de las implicaciones que tuvieron en las investigaciones clínicas:

La religiosidad extrínseca está asociada a comportamientos religiosos que buscan beneficios exteriores, de *status*, seguridad y distracción, en que la persona se vuelve hacia lo sagrado o hacia Dios, pero sin desapegarse del *self*. Por otro lado, la religiosidad intrínseca está asociada a un sentimiento de significado último de la vida, en que la persona busca armonizar sus necesida-

⁵⁴ Allport e Ross utilizan, de manera alternada, los términos espiritualidad y religiosidad. No podré, aquí, explorar las características de este tipo de uso. Me limito a remitir al lector a un análisis anterior (Tonio, 2018).

des e intereses con sus creencias, esforzándose por internalizarlas y seguirlas completamente. Como dice Alport, al establecer una comparación entre las dos orientaciones: “los extrínsecos usan su religión mientras los intrínsecos la viven”. Utilizando tal diferenciación, Maltby encontró resultados significativos que presentaron asociaciones negativas entre religiosidad y psicosis. (Alminhana; Moreira-Almeida, 2009:155)

En síntesis, la versión intrínseca de la espiritualidad es un factor que beneficia a la salud; ahora, cuando es extrínseca, la espiritualidad puede causar problemas. Amparados en la distinción sugerida por la cita anterior, podemos decir que estamos, por lo tanto, ante dos cualidades de la espiritualidad, una positiva y otra negativa.

La expectativa de los investigadores del HC era que, a partir de la recolección de una cantidad significativa de elocuciones de oraciones, el análisis espectrográfico pudiera indicar la existencia de padrones vocales diferentes en personas con espiritualidades extrínsecas e intrínsecas. En este caso, la metodología no sirve solo para demarcar la existencia de la espiritualidad, sino principalmente para establecer diferencias en ella. En este sentido, vale aún destacar que, aunque también dependa de la enunciación del sujeto investigado, al contrario de los cuestionarios, la espiritualidad es aquí performada como un dato a través de la forma de enunciación y no del contenido del habla,

Como es sugerido por Leigh Schmidt (2000) en sus consideraciones acerca de una historia religiosa de la neurociencia americana, las tecnologías visuales están cargadas de su propia metafísica. El autor nos exhorta a reconocer que, a medida que las máquinas cambian – haciéndose mejores, más fuertes, más rápidas –, también cambia la forma y el contenido de los primeros principios que de ellas emanan. En este sentido, los efectos más tangibles de las tecnologías visuales no son necesariamente las imágenes que brindan de las actividades neurales asociadas a la espiritualidad. Por el contrario, las tecnologías de análisis visual son las maneras por las cuales su metafísica se convierte en nuestra estética, afectando los modos de percepción de los sentidos, canalizando nuestros sentidos en direcciones particulares y tornando algunos sentimientos más reales, es decir, más confiables que otros. Las afirmaciones de la ciencia cognitiva que sugieren que “la espiritualidad está impresa en el cerebro” corresponden a nuestra compulsión moderna por capturar subjetividades y producir imágenes de todo. El deseo de explicar la espiritualidad haciéndola visible (e, inversamente, de ver la espiritualidad a través de su explicación) es una característica notable del mundo en que vivimos. Y aunque se pueda argumentar que esa tendencia no es nueva, el papel

que las tecnologías visuales desempeñaron en la historia de este deseo, en su intensificación y naturalización, es totalmente innegable.

Como vengo subrayando, los modelos de análisis de la espiritualidad empleados en el campo de la salud actúan estableciendo las propias posibilidades de existencia de esa “entidad”, ya sea en la forma de índice numérico, de un lugar en el cerebro o de la imagen de una onda sonora. Buscar explicitar cómo la espiritualidad es presentada a partir de una serie de dispositivos, no significa denunciar que el hecho científico sea también algo *hecho, construido*. Antes de ello, mi apuesta radica en las variaciones que las formas de *hacer el hecho* tienen para el hecho mismo. No se trata, por lo tanto, de desacreditar el hecho mismo, sino de dar crédito – y extender las consecuencias – a cada una de las formas en que es *hecho, construido*.

Si los médicos investigadores estaban interesados en identificar cómo la espiritualidad es importante para la salud de los pacientes, el empleo de ese tipo de instrumento fue capaz de presentar la espiritualidad de un modo bastante específico. Afirmé antes que la pregunta que orienta estas reflexiones no es “¿qué es la espiritualidad?”, sino, “¿cuáles son los efectos de la transformación de la espiritualidad en un tópico de salud?”. En este capítulo, en particular, esta pregunta obtiene nuevos contornos y se convierte en una cuestión de orden ontológico: ¿cómo la forma adquirida por la espiritualidad, por medio de tales dispositivos médicos, transforma el estatuto, la fuerza y la propia naturaleza de su vínculo con la salud?

Las metodologías de las ciencias médicas empeñadas en el proceso de evaluación de la espiritualidad no solamente la describen en un lenguaje clínico, sino que principalmente fundan su realidad ontológica. De este modo, la espiritualidad que emerge de los cuestionarios analizados en la sección anterior está centrada en la experiencia, es mensurable, puede ser vertida en un índice numérico y, en caso de estar bien conducida, es buena para la salud. En el caso de esta sección, la forma material de la espiritualidad adquirió los contornos de una imagen, pero esa imagen fue solo uno de los productos finales de una extensa cadena de mediaciones que viabilizó tal emergencia. Las resonancias de esa cadena de mediaciones son múltiples, de modo que no tienen como resultado apenas la imagen de los mencionados estudios. También producen efectos paralelos, pero no por ello superficiales, una vez que hacen posible un modo de existencia particular para la espiritualidad, un modo de existencia capaz de aproximarla cada vez más a la gramática de la naturaleza.

El recurso de la forma y al modelo naturalista de descripción y análisis de la espiritualidad lleva el debate a un nuevo nivel de universalismo, ya que los datos producidos serían menos dependientes del relato subjetivo del pacien-

te sobre su experiencia. Bruno Latour, y un amplio conjunto de otros autores vinculados los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, han contribuido de forma sistemática a la complejización de dispositivos como el mencionado espectrómetro, cuya promesa fundamental es la de operar como una máquina de purificación de la subjetividad, haciendo de ello un objetivo. Aun frente a un *input* tan “comprometido”, como puede ser rezar el Padre Nuestro, el *output* permanece firme: un gráfico que, cuando es relacionado a un conjunto de otros datos, evalúa si aquel que pronuncia la oración hace o no un buen uso de la espiritualidad en favor de su salud. En el trabajo de campo en el STS, este debate podría ser condensado reconociendo el espectrómetro simplemente como un mediador – en oposición a la noción de objeto intermediario:

Un intermediario, en mi vocabulario, es el que transporta significado o fuerza sin transformación: definir sus datos de entrada basta para definir sus datos de salida. Para todo propósito práctico, un intermediario puede considerarse no solo una caja negra, sino también una caja negra que funciona como una unidad, aunque internamente esté compuesta de muchas partes. Los mediadores, por otro lado, no pueden considerarse sólo uno, pueden funcionar como uno, nada, varios o infinito. Sus datos de entrada nunca predicen bien los de salida; su especificidad debe ser tomada en cuenta vez a vez. Los mediadores transforman, traducen, distorsionan y modifican el significado o los elementos que se supone deben transportar. (Latour, 2012:65)

Al llamar la atención hacia los mediadores, Latour crea una agenda de investigación dedicada a la extensa cadena de operación – repleta de contradicciones, parcialidades y compromisos – cuya virtud es permanecer oculta. En alguna medida, estos dispositivos funcionan mientras son capaces de aparentar que son testigos fieles “de eso que está ahí”. En esta agenda, el trabajo de los científicos sociales consistiría justamente en describir cómo esos dispositivos producen “lo que ha de ser visto”.

En el caso del espectrómetro, la promesa de universalidad del dato que resulta de la máquina se funda en una extensa cadena de mediaciones que, para los médicos investigadores, garantiza la diferencia entre religión y espiritualidad. El médico gerontólogo Fabio Nasri, uno de los coordinadores de la investigación realizada en el Hospital das Clínicas, fue explícito al marcar esa diferencia:

El análisis espectrográfico no distingue la religión. No importa si recitas un mantra, rezas un Ave María u otra oración cualquiera, evangélica, judía, musulmana o lo que sea. La máquina no distingue eso. Lo que capta es la forma. Un

análisis religioso observaría el contenido de esas oraciones, pero aquí nuestro dato está en el campo de la espiritualidad, excede los contenidos específicos. No toda espiritualidad es religión, pero toda religión tiene un componente espiritual y es de eso que nos valemos.

Como se desprende del primer capítulo, la distinción sugerida por Fabio no es tan exógena a elaboraciones realizadas por científicos sociales. La diferencia establecida entre espiritualidad y religión es fundamental aquí. Es por medio de esta que los datos obtenidos en la investigación adquieren más legitimidad y pueden ser conectados con el universo del debate médico sobre espiritualidad y religión. La purificación realizada por el dispositivo sería capaz, por ejemplo, de evitar el sesgo cristiano, que difícilmente puede ser eliminado de las escalas que emplean nociones como la de Dios. La atención a la forma, por lo tanto, vaciaría la posibilidad del sesgo religioso del instrumento. Frente a esto, sustentó dos argumentos. El primero, que la producción de las ciencias sociales sobre religión es uno de los elementos de esa cadena de mediación – producción que usualmente opone religión y forma – operando, por ejemplo, en binarismos como creencia y materia. El segundo argumento, derivado del anterior, es que la religión se hace por su forma. Por ello, a pesar del llamado universalista, la atención a las formas no evita el sesgo del dispositivo, sino que lo hace exitoso en la tarea de esconder las mediaciones que opera.

Durante el período de investigación en el Instituto de Psiquiatría, una situación involucrando una paciente preseleccionada para el estudio sobre espiritualidad expresa bien lo que parece estar en juego aquí. Carmen es una señora negra de 72 años, con diagnóstico de depresión hace ocho meses. Desde entonces, frecuenta el Hospital con alguna frecuencia para realizar consultas con la psiquiatra que la acompaña y eventualmente participa también de las actividades del grupo de arteterapia que se reúne quincenalmente en el tercer piso del Instituto de Psiquiatría. Carmen había sido seleccionada para participar del estudio sobre espiritualidad. Se le aplicaron las escalas y analizaron su historia clínica. En la fecha fijada, en febrero de 2016, la paciente aprovechó una de sus visitas al psiquiatra para participar de la etapa de grabación del análisis espectrográfico de su voz. Yo estaba observando los procedimientos ese día, en que estaban previstas cinco grabaciones. En uno de los consultorios de la planta baja del Instituto ocupamos la mesa con una pequeña parafernalia. Una notebook, un grabador de voz y un micrófono de cabeza de alta precisión. Cada grabación dura cerca de 20 minutos. Primero, los ajustes de sonido y, a continuación, la repetición de los días de la semana de forma automática. A continuación, la grabación de la narrativa de un he-

cho podía variar en su duración, pero usualmente no tomaba más que cinco minutos. Carmen, con buen humor, respondía a los pedidos y realizaba bien todo lo que le era solicitado. La última etapa era justamente la grabación de una “plegaria u oración, del modo en que lo hace normalmente”. La paciente se quedó en silencio, cerró los ojos, continuó en silencio, abrió los ojos y después de dar muestras de vacilar un poco, comentó: “es difícil porque en realidad yo soy del candomblé y mi oración son los cánticos, y sin tambores no es lo mismo. Creo que voy a estorbar la investigación de ustedes”. Aunque hayan intentado argumentar que los cánticos podrían ser grabados, los investigadores notaron la incomodidad de la paciente y optaron por dispensarla y eliminar su caso del estudio.

La promesa de garantía del universalismo por la forma está en el presupuesto de la que enunciación de la oración cabe en un modelo específico: puede ser realizada en posición sentada, con silencio alrededor, en una única voz y ser razonablemente breve. El punto cantado, que es realizado en ronda, colectivamente, al ritmo del altabaque, bailando y recibiendo los espíritus, es la forma de “oración” de Carmen. Para el dispositivo de captura de la espiritualidad basado en la voz, este tipo de manifestación no puede ser registrada, parece estar fuera del espectro del espectrómetro.

Y aquí el diálogo que parece ayudarnos a pensar que la relevancia de las formas para la comprensión de la religión se encuentra comprendida en el movimiento teórico más amplio, que avanzó en las últimas décadas, en dirección a un “giro material” (Hazard, 2013). Diferente de los materialismos del pasado, interesados en desvelar las realidades sociales y económicas subyacentes a los sistemas simbólicos y las ideologías religiosas, este autor ha concentrado sus esfuerzos en repensar el trabajo de mediación religiosa de modo no representacional. El giro material refleja y acompaña otros movimientos reformistas en este campo, como la crítica – genealógica (Asad, 1993) y pragmática (Latour, 2002) – de la noción de religión en cuanto “creencia” mental en seres de naturaleza simbólica. La consciencia más agudizada acerca de la fuerza normativa ejercida por la noción secular de “creencia” en formas de vida religiosas ha llevado a académicos a explorar de forma más profunda sus múltiples zonas de exclusión: el cuerpo, los sentidos, los artefactos, las técnicas y tecnologías, las sustancias y los materiales movilizados por las prácticas religiosas en contextos rituales y cotidianos.

Antes una cuestión de “valores” y “visiones de mundo”, intuitivamente ligada a lo inefable, a lo imaginario o lo simbólico, la religión ha aparecido cada vez más en trabajos recientes como “religión material” (Engelke, 2012), término que intenta responder a la adhesión creciente a la virada material por

parte de los estudiosos de la religión y nombre de un importante periódico fundado a mediados de los años 2000 con la finalidad de divulgar este tipo de investigación. La relación no suplementaria entre religión y materialidad se tornó un postulado compartido por un vasto número de académicos de diversas filiaciones teóricas. De acuerdo con Asad: “ya sean musicales, pictóricas o textuales, las materialidades de la religión son intrínsecas a su constitución” (2001:206). Latour articula una opinión similar por medio de la noción más amplia de “cosas”: “la religión (...) no habla de las cosas, sino a partir de las cosas – entidades, agencias, situaciones, substancias, relaciones, experiencias, cualquiera sea la palabra – que son altamente sensibles a los modos por los cuales hablamos de ellas” (2010:101). Meyer y Houtman también evocan la “cosidad” (thingness, eventualmente stuff) con la finalidad de expandir el arsenal etnográfico para “imágenes, artefactos, cuerpos, fluidos corporales, así como espacios y tecnologías” (2012:17). Y Daniel Miller argumenta, de manera sintética, que “diferentes concepciones de inmaterialidad deben ser expresadas a través de cosas materiales” (2005:21).

Es este debate que ha permitido el avance crítico sobre el énfasis usual en los estudios de la religión, que tienden a enfatizar los contenidos y los mensajes en detrimento de las formas materiales y de los mediadores que posibilitan la presencia de lo sagrado. Tal punto ciego es atribuido por Birgit Meyer (Giumbelli; Rickli; Toniol, 2019) al lugar que se da, en buena parte de la producción de las ciencias sociales de la religión desde Max Weber, al protestantismo como epítome de la religión moderna, con su énfasis en la fe y en la creencia, o sea, en los discursos y significaciones, en detrimento de la materialidad. Así, una especie de “lente protestante” acaba por interponerse entre la mirada de quienes investigan y los fenómenos religiosos.

Al traer este debate a la luz, quiero insistir en un énfasis doble. Primero, con relación a las limitaciones que la forma de la oración o plegaria, pretendidamente universal, establece para los *inputs* de los datos en el dispositivo de captura de la espiritualidad por la voz. Los debates centrados en la religión material nos permiten reconocer cómo la idea de religión como no relacionada a la materialidad o forma es también tributaria de las propias ciencias sociales y opera como un mediador importante para marcar la diferencia entre religión y espiritualidad para los médicos. No obstante esto, la situación descrita a partir del caso de Carmen y los aportes de la religión material nos permiten percibir cómo la idea misma de materialidad/forma disociada de nuestra comprensión de la religión es parcial. Es en este sentido que la atención a la materialidad y a la forma, al contrario de lo que algunas críticas indican, no oblitera las dimensiones políticas del debate sobre religión sino, por el contrario, lo desplazan y

permiten que avance en direcciones aún poco exploradas.

El segundo énfasis que el debate de la religión material permite es justamente el de viabilizar el reconocimiento de que la asociación entre salud y espiritualidad en el campo de la medicina ha creado un régimen de visibilidad específico para la espiritualidad. O sea, tal correlación ha hecho que ésta emerja de un modo específico, creando un repertorio para las formas de materialización de la espiritualidad-en-la-salud. La materialidad no es una esencia primordial, sino un efecto de poder que moldea los cuerpos y el mundo material. Lo que estamos observando al analizar estos dispositivos son las prácticas de producción de mundo, de producción de lo tangible, de entidades observables clínicamente.

Como he argumentado, el régimen de visibilidad que la espiritualidad-en-la-salud ha alcanzado recurre cada vez más a su aproximación a la gramática de la naturaleza, trabajando para desobjetivarla. El paso determinante de este proceso parece haberse dado, justamente, en la medida en que la relación entre espiritualidad y salud pasó a provocar interés en los neurocientíficos.

Christopher White, en una entrada intitulada “Belief-Science” incluida en una publicación dedicada a la genealogía de la categoría de espiritualidad, tejió el siguiente comentario: “Si la religiosidad tradicional está en declive, ¿dónde las personas que antes eran religiosas y ahora se identifican como espiritualizadas están consolidando sus interpretaciones sobre Dios, el espíritu, la vida después de la muerte y otras ideas relacionadas?”. Y continuó: “¿Cuál es la materia prima que está formando las nuevas creencias sobre los reinos trascendentes, dioses y almas? Mi apuesta es que esa fuente es la Ciencia” (White, 2011). No tengo material empírico para sustentar una afirmación de esa naturaleza, ni tampoco White parece poseer el substrato suficiente para una consideración de tal amplitud. Sin embargo, si estoy en desacuerdo con la afirmación de White acerca de la ciencia como domicilio de la atención y formación de los principios de la creencia de los sujetos identificados como “espiritualizados”, reconozco allí una insinuación valiosa para este capítulo: a la ciencia, y en particular a las ciencias médicas, la espiritualidad les interesa como un hecho observable, mensurable y concreto.

Así, desplazo la atención de White en el interés de los sujetos espiritualizados en dirección a la ciencia, para insistir en la necesaria reflexión sobre el interesamiento de la ciencia por la espiritualidad. El empleo del término interesamiento aquí, acuñado originalmente por Callon (1984), es útil porque ayuda a evocar dos aspectos importantes del proceso de producción de la espiritualidad que describí: a) uno de los efectos deseados de la acción del

interés (esto es, del interesamiento) es producir estabilizaciones; b) para producir estabilizaciones, es necesario empeñar un amplio conjunto de dispositivos (políticos, científicos, analíticos, etc.). El interesamiento, vale destacar, no produce cohesiones, pero implica establecer una matriz capaz de abrigar los propios disensos entre los actores - un campo de referencia a partir de lo cual es posible la discordancia. Remitiéndome al término – por lo tanto, valiéndome más de algunas de sus características conceptuales que de la metodología que implica – se torna más comprensible que tan importante como destacar y analizar la profusión en los modos de performar la espiritualidad, a partir de dispositivos políticos, clínicos y científicos, es reconocer que hay, en el disenso, un plan de convergencia que establece que la espiritualidad es una cuestión de salud. Y fue esta tensión que busqué situar en este capítulo, analizando las variaciones en las formas de producir la espiritualidad como una entidad política, clínica y científicamente real, insistiendo en que las variaciones implicadas en este proceso no pulverizan, sino, por el contrario, tornan aún más plausible su realidad.

La recurrencia y la legitimidad que la categoría de espiritualidad ha adquirido en el ámbito de las ciencias médicas e inclusive de las agencias internacionales y nacionales de gestión de la salud pública no es solo un dato deducido del número de publicaciones dedicadas al tema. La extensión y la intensidad de este fenómeno están relacionadas al hecho de que, cada vez más, la espiritualidad es una categoría que permite a los agentes del campo de la salud alterar la forma de organizar la realidad. Es por ello que la conclusión de este capítulo no apunta a una definición de lo que sería la espiritualidad, sino que insiste, alternativamente, en la necesidad de observar las variaciones de esa categoría cada vez que es performada. No se trata, en síntesis, de sentenciar *a priori* cuáles son el lugar y las características de la espiritualidad, pero sí de analizar las articulaciones entre las definiciones de espiritualidad y los dispositivos que son empeñados en tornarla real.

CAPÍTULO 4

¿Para qué sirve la espiritualidad? Nuevas articulaciones entre religión, salud y espacios públicos⁵⁵

En mayo de 1984, durante la 37ª Asamblea Mundial de la Salud, fue tomada una decisión histórica: la “*dimensión espiritual*” fue integrada al programa de estrategia en salud de los Estados Miembro de la OMS [Organización Mundial de la Salud].

Catorce años más tarde, el grupo especial del comité ejecutivo de la entidad, designado para revisar su constitución, propuso que el preámbulo del documento, donde se define qué es la salud sea alterado para: la salud es un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, espiritual y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En enero de 1998, los miembros del comité ejecutivo respaldaron la propuesta y la resolución fue adoptada por la OMS. (Khayat, 1998:2009) (cursivas mías)

Como espero haber dejado claro a lo largo del último capítulo, a pesar de ser significativas por haber sido realizadas en el ámbito de una agencia con impactos globales, esas resoluciones no constituyen actos excepcionales en la legitimación del vínculo entre salud y espiritualidad. A ellas se asocian otros enunciados que, desde 1980, han desplegado tal conexión en dimensiones múltiples y cuyas modulaciones entre los términos, a pesar de relativas al mismo par, son plurales. En ese período, pudimos observar un expresivo crecimiento en el número de centros de investigación, laboratorios y departamentos ligados a universidades especialmente dedicados a la relación entre salud y espiritualidad. Este crecimiento, además de consolidar un nuevo horizonte analítico para las ciencias médicas, también ha contribuido con la proliferación del uso de la categoría de “espiritualidad” en el campo de los estudios sobre la salud.

A pesar de la variedad de significados que el término puede asumir a medida que las investigaciones que lo tematizan se multiplican, es notable la extensión del impacto del “factor espiritualidad” que esas investigaciones sugieren. Por ejemplo, por citar apenas algunos trabajos: Garssen, Umland e

⁵⁵ Capítulo escrito en coautoría con Emerson Giumbelli.

Visser (2014) afirman que existe una relación positiva entre espiritualidad y bienestar en pacientes con cáncer; Brewer-Smyth e Koenig (2014) reconocen que, en caso de traumas infantiles, la resiliencia de las personas espiritualizadas es mayor que la de los que no lo son; Berntson e Hawkley (2008), por su parte, afirman que existe una correlación significativa entre espiritualidad y control cardíaco autónomo⁵⁶. Sobre todo, después de los años 2000, los enunciados sobre la conexión entre salud y espiritualidad se desplegaron de manera aún más amplia: surgieron congresos dedicados exclusivamente al tema; materias sobre “medicina y espiritualidad” pasaron a ser ofrecidas en carreras de grado en ciencias de la salud; y líneas de investigación relativas al tópico fueron instituidas en programas de posgrado.

En Brasil, además de las investigaciones médicas, la relación entre salud y espiritualidad encuentra respaldo en dos acciones estatales, la Política Nacional de Humanización (PNH) y la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC), ambas lanzadas por el Ministerio de la Salud, en 2004 y 2006 respectivamente. Integración y democratización son palabras clave del primer programa, cuyos objetivos son transversales a las estructuras de los servicios de atención ligados al SUS (Sistema único de Salud, que identifica a los servicios públicos y el financiamiento estatal en el área de la salud). De acuerdo con los documentos del PNH, “humanizar es (...) ofrecer atención de calidad articulando los avances tecnológicos con el acogimiento, con mejorías en los ambientes de atención y en las condiciones de trabajo de los profesionales” (*apud* Boldrini, 2012:64). De hecho, uno de los objetivos de la PNH son los usuarios del SUS, cuya participación en los servicios se pretende aumentar. En relación con ello, tenemos la aprobación de la Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud, ocurrida en 2006, por medio de un decreto del Ministerio de la Salud. Dos de los principios que dan base a esta carta merecen ser transcritos: “Todo ciudadano tiene derecho a un tratamiento humanizado, acogedor y libre de cualquier discriminación” y “Todo ciudadano tiene derecho a una atención que respete su persona, sus valores y sus derechos.”⁵⁷

Publicada dos años después del lanzamiento de la PNH, la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias tiene por finalidad asegurar y promover el acceso, a través de SUS, a la medicina tradicional china, a la homeopatía, la fitoterapia, el termalismo y la medicina antroposófica. De

⁵⁶ Para un análisis pormenorizado de estas y otras investigaciones clínicas que evalúan el impacto del “factor espiritualidad” en la salud, ver Toniol (2015a).

⁵⁷ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114 (Acceso el 08/05/2012).

alcance nacional, el decreto estimuló además la formulación de otras políticas, dirigidas a estados y municipios, que agregan nuevas terapias a aquellas ya previstas por la PNPIC⁵⁸. Las variaciones entre las terapias previstas por cada una de esas legislaciones no alejan, sin embargo, los planos de convergencia entre ambas. Primero, todas promueven “prácticas de salud que no forman parte de la tradición del propio país y no están integradas al sistema dominante de salud” (WHO, 2000:1). En este plano, estas políticas convergen en el carácter marginal y no hegemónico de las terapias que apoyan. Segundo, en otra dimensión de convergencia, estas políticas identifican las terapias alternativas/complementarias como tecnologías especialmente ajustadas a los abordajes holísticos de la salud. Según un documento del Ministerio de la Salud, la oferta de terapias alternativas en el SUS sería un medio oportuno para consolidar una perspectiva a partir de la cual “la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento [son vistos] en sus aspectos físicos, emocionales, espirituales, mentales y sociales, simultáneamente”, revelando “el individuo en su totalidad” (Brasil, 2009:56).

Al presentar la extensa y variada inversión por parte de las ciencias médicas y de los órganos gestores de la salud pública en Brasil en el cultivo del par salud/espiritualidad, no estamos interesados simplemente en darle repercusión o en derivar hipótesis sobre transformaciones amplias en los principios ontológicos de la medicina occidental, sugiriendo su apertura en dirección a nuevos paradigmas. Como alternativa a ello, desplazamos nuestras reflexiones de las características del vínculo entre “salud y espiritualidad” hacia los efectos de su legitimación. ¿No estaría este proceso instituyendo nuevas modalidades de presencia de la religión en espacios públicos? ¿Cómo sujetos diferentes se constituyen e interactúan en el marco de esas nuevas modalidades? La ecuación que establece la espiritualidad como salud, ¿no estaría imponiendo un nuevo régimen de cuestiones a los analistas interesados en los temas del secularismo y la secularización?

La pertinencia de estas cuestiones no minimiza la relevancia de otra: al final, ¿qué es la espiritualidad? Frente a ello, es preciso aclarar que no nos referimos a la espiritualidad en cuanto sustantivo, sino en cuanto categoría. Este movimiento se asemeja al realizado por el antropólogo holandés Peter Van der Veer, que afirma:

⁵⁸ La política del Estado de Rio Grande do Sul, por ejemplo, recomienda, además de las prácticas descritas en la PNPIC, “terapia floral, reiki, prácticas corporales, terapia comunitaria y dieteroterapia”. La municipalidad de Santo Ângelo. Municipio del interior de Rio Grande do Sul, promulgo la ley nº 3.597 el 23 de marzo de 2012, que prevé la implementación de “hipnosis, yoga, cromoterapia, iridología”, entre otras, en los servicios públicos de salud de la ciudad.

Los investigadores prefieren evitar el término [espiritualidad] tanto como pueden a causa de su carácter impreciso. Esta es una actitud fácilmente asumida cuando el término es tratado como algo marginal (...). Quiero sugerir que esta no es una actitud correcta y que “espiritualidad” es, de hecho, un término crucial para nuestra comprensión de la sociedad moderna (...). La espiritualidad no es una forma marginal de resistencia contra la modernidad secular, sino que, por el contrario, constituye un aspecto central del proyecto moderno (...). (Veer, 2014:7)

Por lo tanto, de lo que se trata es de reconocer que, primero, aunque sea posible identificar las raíces históricas profundas del término en el misticismo, el gnosticismo, el hermetismo y en una amplia gama de tradiciones de la antigüedad, espiritualidad es una categoría moderna; y, segundo, aunque parezca depender crucialmente de su asociación con Oriente, la espiritualidad es, en efecto, un orientalismo. El argumento no es trivial y su demostración depende de un amplio esfuerzo genealógico cuyo emprendimiento se aleja de los objetivos más generales de este capítulo⁵⁹. De nuestra parte, recurrimos a él para subrayar aquello sobre lo cual nos advierte el reconocimiento del vínculo de esa categoría con la modernidad: el de espiritualidad es un concepto históricamente situado y su emergencia es, ella misma, el producto histórico de procesos discursivos.

Las consideraciones de Veer avanzan aún en el argumento de que la espiritualidad es una categoría forjada en la modernidad e indican el vínculo del término con otros dos: la religión y lo secular. Para él, lo ‘espiritual’ y lo ‘secular’ fueron producidos simultáneamente como dos alternativas conectadas a la religión institucionalizada en la modernidad euroamericana” (Veer, 2014:36). Es a partir de la consideración de este vínculo que nuestro análisis pretende avanzar, teniendo como foco no la religión, sino aquello que es presentado en nombre de la espiritualidad. Procuraremos mostrar, con base en situaciones concretas, cómo la espiritualidad permite la presencia de ciertos agentes y discursos religiosos en espacios seculares. Inversamente, de modo de configurar una tensión entre dos tendencias, la espiritualidad puede ser concebida como algo que, desde un punto de vista secular, produce o reproduce la marginalidad de la religión como agente curativo. Aunque nuestro análisis quede circunscrito a un espacio hospitalario específico, pensamos que, a partir de

⁵⁹ El cuidadoso trabajo de Catherine Albanese (2007) es un ejemplo de las investigaciones recientes empeñadas en producir genealogías del concepto de “espiritualidad” en Occidente.

él, podemos levantar cuestiones más generales acerca de la reconfiguración de las esferas sociales en torno a la cual se define la modernidad.

En este capítulo, llevamos las complejas relaciones entre lo secular, lo religioso y la espiritualidad en dirección a lo concreto. Nuestra apuesta es que tal movimiento analítico en dirección a lo concreto y lo subjetivo nos permita saber más sobre el carácter plural, heterogéneo y procesal del enigma secular/religioso y, así, ir más allá de las reconfiguraciones monolíticas e inmovilizadas que muchas veces dominan los debates sobre estos temas.

Tomamos como universo de interés empírico actividades que tienen por ámbito un hospital público de Porto Alegre, capital del estado más meridional de Brasil. Se trata de una de las principales redes hospitalarias de esa ciudad, totalmente mantenida con recursos estatales⁶⁰. Primero, analizamos la actuación del grupo dedicado a organizar la asistencia religiosa de los pacientes y empleados. Aunque el grupo reúna representantes de diversas religiones, un pastor luterano se destaca en la elaboración del discurso que sustenta la relación entre espiritualidad y salud. Abordamos los argumentos de este pastor en el contexto de sus actividades en el hospital y discutimos los alcances y límites que la dimensión de la asistencia religiosa ofrece para la valorización de la espiritualidad.

Paralelamente, en el sector de oncología del mismo hospital se ofrecen prácticas terapéuticas dirigidas a la espiritualidad. En este espacio, diferentes terapeutas holísticos atienden a los pacientes mientras se les administra medicación quimioterapéutica. Para el médico coordinador del sector, esta oferta terapéutica tiene una doble justificativa: está respaldada en las investigaciones clínicas que certifican la espiritualidad como factor determinante para la recuperación de pacientes con cáncer y, al mismo tiempo, es una tentativa de disminuir el número de usuarios que abandonan el tratamiento por razones religiosas a partir de la oferta de una práctica que se ocupa de la espiritualidad en el ámbito del propio hospital. Sin embargo, al contrario del argumento médico, para algunos pacientes era justamente la cualidad del tratamiento de la dimensión espiritual de la salud lo que los hacía rechazar la terapia ofrecida. En la sección siguiente, analizaremos algunas de las implicaciones del uso terapéutico de la espiritualidad, presentando, a partir de ello, la emergencia de algunas configuraciones que asocian lo espiritual, lo religio-

⁶⁰ El Grupo Hospitalario Conceição (GHC) reúne cuatro hospitales y más de doce centros de salud comunitaria, presentándose como la mayor red pública de hospitales del sur del país. Cf. <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1> (consultado el 08/05/2012). Las actividades abordadas en este texto se concentran en uno de los hospitales de esa red.

so y lo secular en el ámbito de un hospital público.

Finalmente, en una sección conclusiva, buscamos delinear consideraciones que escapan de la antinomia que obliga a que el término espiritualidad sea ora categoría analítica, ora objeto de análisis.

La espiritualidad como asistencia religiosa⁶¹

El Foro Interreligioso es la instancia responsable por la gestión de los espacios religiosos (capillas y salas) en los hospitales de GHC y por la organización y reglamentación de la asistencia religiosa a los pacientes y empleados de esos mismos hospitales⁶². Sus orígenes se remiten a la diversificación de la asistencia religiosa, que hasta fines de los años 1990 había sido exclusivamente católica. Al comienzo de los años 2000, se creó un foro ecuménico, que incluyó participantes de iglesias evangélicas. En 2007, el foro adoptó el mote de “interreligiosa”, abriéndose a representantes de otras religiones: iglesias pentecostales, religiones afrobrasileñas, espiritismo kardecista, Seicho-no-ie, la Iglesia Mesiánica, etc. Representantes de esos diversos grupos pueden intervenir en calidad de voluntarios prestando asistencia religiosa en el hospital (convirtiéndose en “visitadores”) y se distribuyen en diferentes horarios en la ocupación de los “espacios interreligiosos”⁶³. Algunos de ellos participan en la coordinación del Foro Interreligioso. A pesar de tratarse de una instancia reconocida por la dirección del GHC, la cual cuenta con representación en la Coordinación del Foro Interreligioso, al lado de los religiosos de distintas confesiones, este no posee una institucionalidad regular. Como veremos, la propuesta y el trabajo del Foro Interreligioso, significativo en su existencia, enfrenta límites para su consolidación.

En 2011, circulaba entre sus participantes un “Plan de Trabajo” firmado por la Coordinación del Foro Interreligioso del GHC⁶⁴. Después de presentar algunas informaciones sobre el GHC y esbozar una breve historia del Foro,

⁶¹ Los datos de esta sección fueron producidos en el ámbito del proyecto “Presencia religiosa en el espacio público en Brasil en tres ámbitos”, apoyado por una beca de productividad del CNPq, coordinado por Giumbelli. Vitória da Fonseca Pereira e Fernanda Marques, alumnas de grado de la carrera de Ciencias Sociales de la UFRGS participaron de las actividades de investigación, llevadas adelante entre 2011 y 201.

⁶² Las únicas informaciones en la página web del GHC sobre el Foro están en: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=cidadania> (consultado el 19/01/2015).

⁶³ Para mayores informaciones sobre la composición del Foro Interreligioso del GHC y una comparación entre diversas propuestas para espacios religiosos en instituciones públicas de la ciudad de Porto Alegre, ver Giumbelli (2013, en prensa).

⁶⁴ Hasta donde sabemos, el texto nunca fue publicado. Llegó a nuestras manos por medio de contacto directo con coordinadores del Foro Interreligioso del GHC.

el texto declara el compromiso con la Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud – específicamente, los dos principios anteriormente descritos – y con las garantías de la libertad religiosa expresas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la Constitución Federal Brasileña de 1988 – “principalmente el derecho a la salud integral, que no es solo la ausencia de enfermedad, sino la situación de bienestar físico, mental, social y espiritual de cada persona”. El texto continúa:

El Foro y la Dirección del GHC consideran que la asistencia espiritual es parte importante de la integralidad y la humanización de la atención, conforme prevé el SUS, y que debe darse de forma integrada con y transversalmente a los demás servicios de atención a la salud.

Se observa que, en esa atención, los principios de libertad religiosa y de derechos de los usuarios, ligados a la idea de humanización, funcionan como justificativas de la propuesta de la noción de “salud integral” y de su asociación con los servicios de asistencia religiosa.

El tema de la asistencia religiosa merece un comentario más general antes de retornar a las concepciones que la inspiran en el GHC⁶⁵. La “asistencia religiosa” corresponde al derecho – así reconocido en leyes y declaraciones – que poseen las personas cuyo trabajo o cuya contención las sujeta por largos períodos a instituciones colectivas, tales como hospitales, prisiones y cuarteles. Brasil es ejemplo de una situación que dista de ser rara. De un lado, la asistencia religiosa es definida como un derecho de las personas que la demandan; en la práctica, lo que sucede es que, muchas veces, con mayor o menor concordancia por parte de los hospitales, prisiones y cuarteles, diferentes organizaciones o agentes religiosos ofrecen atención o mantienen cultos independientemente de la demanda. Se crea, así, una tensión entre dos principios, el de la demanda de las personas y el de la oferta de las agencias religiosas.

En el caso de los hospitales, cada uno de ellos, por medio de normas y/o procedimientos, concilia esos dos principios, no sin enfrentar o producir conflictos. En el GHC se busca respetar el principio de la demanda y, al mismo tiempo, organizar la oferta dentro de un marco comprometido con el pluralismo religioso. Esta pluralidad, no obstante, está estructurada de acuerdo con ciertas concepciones. Parte de ellas, como demostraremos, depende del

⁶⁵ Los trabajos inspiradores sobre el tema son Sullivan (2009) y Beckford & Gilliat (1998). Para Brasil, ver Leite (2014) y Simões (2012).

entrelazamiento entre espiritualidad y salud.

En declaraciones y textos vinculados con el Foro Interreligioso del GHC, es común que encontremos la idea de que “espiritualidad es salud”. En su disertación, Boldrini (2012:97) concluye que “los agentes públicos de ese hospital afirman abiertamente que la religiosidad es buena y necesaria para la recuperación de los enfermos”. Allí se encuentran declaraciones, realizadas por los coordinadores del Foro Interreligioso, como: “así como la asistencia médica es importante en la recuperación de la persona, la asistencia espiritual también es importante”; “está comprobado científicamente que el 70% de las curas de enfermedades solo suceden porque las personas creen en algo mayor”; “la religión puede ser una aliada en la salud física y psíquica del paciente” (*Idem*:95-97). En 2011, este discurso era accionado de forma más articulada por uno de los coordinadores del Foro, quien tenía un papel destacado en los “cursos de formación y capacitación” dirigidos a los visitantes registrados para la asistencia religiosa⁶⁶. Esa instancia de formación es una de las atribuciones asumidas por el Foro Interreligioso y, desde nuestro punto de vista, constituye un espacio privilegiado para observar la configuración de sujeto que se espera de un visitador.

El coordinador a quien nos referimos es un pastor luterano, líder de una comunidad localizada en el barrio donde se encuentra el hospital más grande del GHC. Actúa, desde 2002, como voluntario junto al “Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos” del hospital, prestando “atención espiritual” a pacientes en fase terminal y a sus familiares⁶⁷. Sus exposiciones durante el curso para visitantes hacen referencia explícita a la “política de humanización” del Ministerio de la Salud. Su preferencia – y eso se expresa en otras manifestaciones de la coordinación del Foro Interreligioso – es por el término “espiritualidad” en lugar de “religión”. Esta última sería específica e institucional; mientras que la primera es algo genérico que cabe a cada persona gestionar. Más que ello, la “espiritualidad” es constitutiva del ser humano, de sus creaciones y sus

⁶⁶ La reglamentación prevé que la participación en los cursos, con una asistencia de 100%, es condición obligatoria para el registro y la emisión del carnet correspondiente. Cursos de esa naturaleza vienen siendo organizados por el Foro, desde 2007. En 2010 y 2011 estaba dividido en cinco sesiones que abordaban los siguientes temas, según las definiciones del Foro Interreligioso: “la importancia y el papel de la Asistencia Espiritual, conceptos y principios del SUS, normas administrativas y de higienización e infección hospitalaria propias de cualquier hospital y específicas del GHC”.

⁶⁷ Registros de su actividad en: <http://projetoeliezer.blogspot.com.br/p/quem-somos.html> (consultado el 08/05/2012); <http://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=7011> (consultado el 19/01/2015). El pastor es miembro de la Asociación Cristiana de Asistentes Espirituales Hospitalarios de Brasil. Actúa desde 2008 con esa denominación, organizando cursos y eventos. Para mayores informaciones, ver Boldrini (2012). Sobre la relación entre “cuidados paliativos” y “religiosidad/espiritualidad”, ver Menezes (2006).

emprendimientos. Es posible, entonces, hablar de “inteligencia espiritual” o decir que una empresa es más “espiritualizada” que otra. Siempre de acuerdo con el pastor, el ser humano está compuesto por diversas dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual; las enfermedades revelarían algún desequilibrio entre esas dimensiones. La asistencia espiritual sería, por lo tanto, importante para el cultivo de una dimensión constitutiva del ser humano, contribuyendo para el equilibrio que caracteriza al estado de salud.

Winnifred Sullivan (2014), a partir de un caso jurídico reciente en los EUA, levanta algunos puntos que nos son pertinentes para avanzar en la discusión. Una institución – que ofrece, con recursos públicos, atención a la salud a veteranos de guerra y sus familiares – incluye entre sus servicios el de asistencia espiritual. En esta concepción, el diagnóstico de los problemas de salud del paciente implica una especie de evaluación espiritual, la cual corresponde a un planeamiento que contempla, como parte del tratamiento, el cuidado espiritual (que puede o no ser aceptado por el paciente). Correlativamente, los capellanes contratados por la institución son considerados por esta como parte del equipo médico. La autora concluye: “al menos en los Estados Unidos, aunque la ley se presente como secular, todos los ciudadanos son crecientemente entendidos como universal y naturalmente religiosos – necesitando atención espiritual” (Sullivan, 2014:74). Tal atención es prestada por agencias estatales y no directamente por las iglesias; eso significa, según la autora, que la religión viene siendo – como ocurrió en el siglo XIX, pero bajo otras formas – naturalizada y balizada por la ley.

Parece que vemos algo semejante en el discurso de la coordinación del Foro Interreligioso. Un punto a profundizar, en los dos casos, es el papel de los grupos religiosos en la articulación y el apoyo a ese discurso. ¿Cuáles son las mediaciones que certifican a un religioso para trabajar en la oferta de “asistencia espiritual”? Un discurso, ¿posee los mismos efectos o las mismas implicaciones cuando es enunciado por una autoridad católica, un pastor luterano o un adepto de religión afrobrasileña? Otro punto – y en este seremos más consecuentes – se refiere al modo como, en esos discursos, se puede transitar entre varios sentidos de lo “religioso”. Por ejemplo, ¿cómo se pueden utilizar referencias religiosas de un modo conciliable, para ciertos puntos de vista, con el principio de la laicidad? Para Sullivan, la idea de asistencia espiritual integrada al diagnóstico y tratamiento de la salud equivale a un “nuevo establecimiento de la religión”. Empero no fue esa la interpretación del tribunal estadounidense que descalificó la queja de que sería ilegítimo el apoyo estatal a la institución de los veteranos. Huyendo de los argumentos jurídicos del debate, lo que nos gustaría resaltar, para el caso del Foro Interreligioso, es la tensión que se crea

entre las varias enunciaciones de lo “religioso” y de lo “espiritual”.

Según declaraciones de la coordinación, uno de los objetivos de la asistencia espiritual (expresión más utilizada que asistencia religiosa, lo cual es significativo) es “Proporcionar a todas las denominaciones religiosas la posibilidad de expresar sus sentimientos de fe, paz y solidaridad para con el prójimo, consolidando los principios de participación, de ciudadanía y de humanización en la atención hospitalaria”⁶⁸. “Fe”, “paz” y “solidaridad” aparecen, así, como categorías que permiten el acceso del discurso “religioso” a la “atención hospitalaria”. Tomando esa afirmación como referencia, es posible notar, durante los eventos del curso de formación de visitantes, algunas diferencias en el modo como los portavoces de distintos grupos religiosos la hacen efectiva. Durante su presentación, el pastor luterano cita a Jesús Cristo como “paradigma”, independientemente, enfatiza, la aceptación de su naturaleza divina; de modo similar, menciona una cita bíblica para ilustrar qué es la “espiritualidad” cuando es contrastada con la “religión”. El padre católico y la sacerdotisa de religión afrobrasileña argumentan de modo semejante al pastor, cada uno con referencias específicas. Ya los representantes de algunas iglesias pentecostales no presentan un discurso muy distinto del que puede ser visto en sus templos: testimonios de conversión y del poder del “Señor Jesús que realiza maravillas”. Mientras algunos pentecostales relatan curas milagrosas, uno de los coordinadores del Foro recuerda la importancia de que, en ciertos casos, el visitador sepa ayudar al paciente a morir con dignidad y de que la asistencia religiosa existe siempre “no para ganar fieles, sino para prestar un servicio”.

Es posible, entonces, notar una cierta jerarquización de los discursos en el ámbito del Foro Interreligioso del GHC. Aunque todos tienen derecho a voz, los argumentos que recurren a la idea de milagro – en general, asumidos por agentes pentecostales – son vistos como inadecuados. Se busca trazar una distinción entre proselitismo y asistencia. Si la espiritualidad produce salud, tal mecánica no necesariamente implica la providencia divina. Sí implica la existencia de una creencia y, sobre todo, la presencia de un agente religioso. Es exactamente la constitución de ese sujeto que está en juego en los embates ocurridos durante los eventos promovidos por el Foro. Allí vemos, además, la articulación discursiva que permite la presencia de la religión, convertida en espiritualidad, en el espacio hospitalario. Es bajo esta forma, ligada al “servicio”, que la espiritualidad puede adquirir, inclusive, fuerza terapéutica.

⁶⁸ La declaración está contenida en el Plan de Trabajo mencionado en nota anterior.

Pero no es tan simple. Al mismo tiempo que el GHC reconoce el Foro Interreligioso, designando empleados para participar de su coordinación, hay señales que revelan la existencia de límites en la aceptación de la idea de que “espiritualidad es salud”. No hay registros de ningún pronunciamiento de una autoridad del GHC que asuma esa resistencia. No obstante, esta puede ser notada de otras formas. Uno de los coordinadores del Foro, durante el curso para visitantes, al buscar fundamentar la importancia de la asistencia espiritual, criticó a los médicos que son incapaces de prestar tal reconocimiento. Pires (2009), en su trabajo sobre profesionales del GHC, relata los reclamos de una enfermera sobre procedimientos realizados por los religiosos que violan normas de higiene hospitalaria o faltan el respeto a la autonomía de los pacientes (:17). Otro texto, resultado de investigaciones realizadas con equipos médicos que actúan en centros sanitarios del GHC, presenta dos observaciones interesantes (Alves; Junges; López, 2010). Primero, el hecho de que la existencia de espacios interreligiosos no fue citada por ninguno de los profesionales entrevistados. Segundo, la constatación de que estos empleados, aun expresando respeto por la “espiritualidad/religiosidad”, “en ningún momento la citan como un recurso a ser usado en sus tratamientos” (:435).

A propósito de las tensiones relativas al lugar de los religiosos, vale citar una reivindicación del pastor luterano al que ya nos referimos. Es significativo que haya sido expresada en una declaración ante los concejales de Porto Alegre, a los cuales presentó su trabajo en el Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos del GHC⁶⁹. En esa ocasión, el pastor demandó la creación de la función de “capellán o asistente espiritual” en hospitales públicos. Ello permitiría dar estatuto profesional y remunerado a algo que actualmente es voluntario. Esta posición parece haber causado incomodidad aún entre algunos colegas del Foro Interreligioso, que fundamentan su actuación en el voluntariado. Pero también puede ser vista como un despliegue de la idea que confiere mayor presencia y legitimidad a los religiosos en los hospitales, aproximándose a la situación descrita por Sullivan (2010). En contrapartida, en mayo de 2012, la dirección del GHC alertaba la necesidad de mayor cuidado por parte de los visitantes en cuanto a los procedimientos de control de infecciones. Y la presentación del Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos en la página web del GHC ni siquiera menciona el trabajo del pastor luterano⁷⁰.

⁶⁹ El evento ocurrió el 01/12/2011, en una sesión ordinaria de la Cámara Municipal de Porto Alegre, cf. <http://200.169.19.94/documentos/notas/docs/365/original/114SessoOrdinria01DEZ2011.htm> (consultado el 19/01/2020).

⁷⁰ Cf. http://www.ghc.com.br/carta/internacao_hnsc.html (consultado el 19/01/2015).

La espiritualidad como técnica terapéutica⁷¹

La legitimidad del dictado “espiritualidad es salud” no es, como mostramos anteriormente, ajena a discursos producidos por actores de las propias ciencias médicas. Hasta aquí, presentamos cómo su enunciación produjo tensiones en el Foro Interreligioso que, a partir de la clave de lo “espiritual”, encontró nuevas configuraciones para acomodar la “religión” en el espacio hospitalario. Ahora, interesa insistir en las derivaciones de ese dictado en otra dimensión, la terapéutica. A fin de cuentas, este parece sugerir que, al mismo tiempo que la espiritualidad debe ser reconocida como uno de los aspectos constitutivos de la salud, la producción de una vida sana también puede ser realizada *vía* espiritualidad. En este caso, la pregunta homóloga a aquella que planteamos sobre los diferentes usos y efectos de la espiritualidad en los discursos de los actores religiosos del Foro sería: ¿Cuentan las diferentes formas de medicina con la misma capacidad de movilizar la espiritualidad en su dimensión terapéutica? Las justificativas de los órganos oficiales de salud pública que argumentan en favor de la oferta de terapias alternativas parecen indicar algunas pistas. El texto de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias – así como el de otras legislaciones con finalidades semejantes al nivel de los estados y municipios – es explícito sobre las capacidades distintas que tales terapias poseen de escapar de modelos “biologicistas y calcados en el uso de medicamentos”⁷², ofreciendo alternativas prácticas fundadas en un abordaje que hace de la integralidad el fundamento para el diagnóstico y el tratamiento.

En el GHC, específicamente en el sector de tratamiento oncológico, las conexiones entre terapias alternativas, salud y espiritualidad son elaboradas de modo aún más explícito. Este hospital sureño fue pionero en el uso de terapias alternativas en el país. En 2009, el directorio del centro oncológico invitó a dos terapeutas para que realicen, voluntariamente, sesiones de reiki en los usuarios mientras recibían la medicación quimioterapéutica. En los documentos oficiales de los órganos gestores de la salud pública en Brasil, el reiki es descrito como:

⁷¹ Los datos de esta sección fueron producidos en el ámbito de la investigación de doctorado de Rodrigo Toniol, que estudia la incorporación de terapias alternativas en el sistema público de salud brasileño. El trabajo de campo, así como las entrevistas y la colecta de los materiales que fundamentan las reflexiones aquí presentadas, fueron realizados entre marzo de 2012 y diciembre de 2013.

⁷² Fuente: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Resolução nº 695/13. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, 2013. Mimeo.

Una técnica de captación, transformación y transmisión de energía realizada a través de las manos (“Rei” significa energía cósmica, “Ki” significa energía vital, en japonés). Promueve el equilibrio de la energía vital, aplicada por la imposición de manos del técnico (reikiano) en el paciente, al cual se transmite un padrón de ondas harmónicas rescatando el campo electromagnético natural, propiciando el equilibrio del cuerpo físico⁷³.

Amparada políticamente por el Ministerio de la Salud por medio del PNPIC, para los médicos del sector esa oferta terapéutica tenía justificativas de orden clínica. Uno de sus directores, quien realizó una parte de su formación en los Estados Unidos, donde conoció las experiencias de grupos de investigación dedicados al impacto del “factor espiritualidad” en la salud, afirmó:

Ya hay muchos estudios que muestran esa relación entre espiritualidad y salud. Es algo más o menos conocido por la comunidad científica. El equipo [del hospital Conceição] creyó que debía incorporarlo y traerlo a nuestra rutina. Esas terapias son un intento por hacerlo. No son invasivas y tienen esa característica de ser holísticas. Entonces es un modo de atender esa parte también.

A las justificativas clínicas que identifican el valor terapéutico de la atención a la espiritualidad, el mismo director sobrepuso un argumento de orden pragmático:

No tenemos aquí ningún estudio sistemático del impacto que ello tuvo para nuestros pacientes, pero hay una cuestión pragmática que podemos medir: antes las personas dejaban el tratamiento por creencias religiosas, porque el pastor decía que iba a hacer milagros y cosas así, y con el reiki eso disminuyó.

Vale aquí subrayar algunas mediaciones implicadas en esas consideraciones. La multiplicación de las investigaciones de las ciencias médicas dedicadas a la “espiritualidad” es, al menos, un factor de legitimación del tema (salud/espiritualidad) para médicos y gestores. El reconocimiento de la pertinencia del tópico que, en cierta instancia, lleva a la propia OMS a afirmar la dimensión espiritual de la salud, también repercute en otra dimensión, aquella que identifica la potencia del uso terapéutico de la espiritualidad. En Brasil, la PNPIC ha precipitado esos discursos y hecho del carácter holístico de las terapias alternativas

⁷³ Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Resolução nº 695/13. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, 2013. Mimeo.

la justificativa para su asociación con el aspecto terapéutico de lo espiritual. El argumento del oncólogo del GHC es semejante a este y, así como la política pública, considera las terapias alternativas como un conjunto, compatibilizado por la cualidad holística, en que las diferencias técnicas entre las prácticas que aglutina son secundarias. En este caso, ¿importa que la terapia ofrecida sea el reiki y no, por ejemplo, el yoga, que según la PNPIC también es una práctica holista? La reflexión sobre esta cuestión depende de marcos comparativos de los cuales no disponemos, pero podemos derivar del problema más general que plantea un eje para la descripción siguiente: ¿cómo, en la práctica cotidiana de las sesiones de reiki, la espiritualidad emerge, específicamente?

Diariamente, en el sector de atención oncológica del Hospital Conceição, circulan entre 100 y 300 personas. Son pacientes que vienen de todo el estado de Rio Grande do Sul para consultar especialistas, hacerse estudios y recibir medicamentos quimioterapéuticos en sesiones que pueden demorar entre 20 minutos y seis horas. Los usuarios que llenan los pasillos de ese sector del hospital son agrupados por el tipo de cáncer que sufren. Al contrario de las consultas, programadas según la escala de atención de los grupos específicos de pacientes, las sesiones de quimioterapia se realizan de acuerdo con la prescripción médica, de modo que, en un mismo día, usuarios con tipos y en estadios diferentes de la enfermedad se encuentran mientras reciben los medicamentos. La principal sala de quimioterapia del hospital queda al final del pasillo que da a los consultorios, en el segundo piso del edificio. Una hileras con nueve sillones seguida de aparatos de control cardíaco y máquinas que regulan la dosis y el tiempo de los medicamentos inyectados ocupa la mayor parte del ambiente. Del lado opuesto, armarios y heladeras guardan los materiales que serán utilizados a lo largo del día. En otras dos salas adyacentes, donde también se aplica la terapia, los sillones dan lugar a camillas, que sirven para atender a los pacientes más debilitados.

Todos los días, nuevos usuarios inician sus sesiones de tratamiento, mientras otros mantienen una rutina de quimioterapia que se extiende por meses, inclusive por años. Además de los médicos, enfermeros y técnicos que los atienden, desde 2010 pasaron a ser asistidos también por terapeutas reikianos. Cuando fue implementada, la oferta de esa terapia no era inédita en el hospital, ya que, a partir de los años 2000, los empleados de la institución tienen a disposición un terapeuta holístico en el sector de “salud del trabajador”⁷⁴. Sin embargo, las razo-

⁷⁴ Este sector atiende exclusivamente al personal del hospital, de modo que la experiencia de la oferta del reiki en oncología, a pesar de no ser inédita, fue la primera del Hospital Conceição dirigida a un público más amplio.

nes de esa oferta terapéutica en oncología son singulares y no coinciden necesariamente con las justificativas de otras experiencias de oferta de PICs.

Tres veces por semana, Silvia, terapeuta reikiana, atiende a los pacientes en la propia sala de quimioterapia. Las sesiones de reiki duran poco menos de diez minutos y son realizadas mientras los usuarios reciben la medicación. El procedimiento, aunque no sea obligatorio, es recomendado a los pacientes por los oncólogos del hospital. Con una planilla donde registra los usuarios atendidos y un aceite con esencias aromáticas en las manos, Silvia pasa por todas las camillas y sillones ofreciendo reiki. Lejos de ser actos excepcionales en la rutina de tratamiento quimioterapéutico del hospital, las sesiones de reiki están incorporadas a la rutina del sector. Esta continuidad entre el reiki y los procedimientos clínicos convencionales se expresa, por ejemplo, en el hecho de que la terapeuta usa el mismo delantal que los médicos y enfermeros o, inclusive, en el momento en que las sesiones de reiki son realizadas, después del inicio de la aplicación del medicamento y antes de la evaluación clínica del paciente.

En la sala de quimioterapia, esta técnica de manipulación energética procede, sobre todo, de dos modos: por la imposición de manos en las regiones de los chacras del paciente y por medio del uso de los “símbolos del reiki”. Al ofrecerles tratamiento, Silvia explica a los usuarios que la técnica tiene la capacidad de fortalecer el sistema inmunológico y de ayudar al paciente a sentirse, en sus propias palabras, “más relajado y confiado frente a los desafíos de la enfermedad”. Las sesiones son realizadas siempre de la misma forma: comienzan con la imposición de manos en los centros energéticos (o chacras) de los pacientes y, en otra etapa, la terapeuta concentra el trabajo energético en la parte del cuerpo afectada por el cáncer, haciendo, sobre estos, signos con los dedos que reproducen los símbolos de cura del reiki. En ningún momento Silvia toca a los usuarios que, por su parte, permanecen con los ojos cerrados. Aunque no acompañan visualmente la sesión, la mayoría de ellos describe que siente el calor del intercambio energético a medida que la terapeuta cambia la posición de las manos.

Pedro, un paciente de 67 años de edad, en su quinta sesión de quimioterapia en el hospital, fue enfático sobre el tratamiento con reiki que recibió desde el inicio de la quimioterapia:

Este reiki es muy bueno. Nos da paz a nosotros que estamos en esta situación. Me pongo muy feliz cuando ella [Silvia] viene. Cierro los ojos, pero siento donde está su mano. Da calor, un hormigueo, parece. Mientras ella hace eso yo rezo... no sé si es correcto hacerlo, pero lo hago de todos modos. Un día hasta le pregunté si podía hacerle un poco a mi mujer, que siempre me acom-

pañña y a veces se cansa con todas las diligencias.

Si bien las sesiones de reiki normalmente son aceptadas por los pacientes, los casos en que son rechazadas no son raros y, la mayoría de las veces, se justifican por motivos religiosos, como muestra el relato a seguir.

En julio de 2013, Silvia terminó una nueva etapa de su formación en terapia reiki. Con esa capacitación, la terapeuta incorporó el uso de nuevos símbolos de cura a su técnica e incluso fue habilitada a administrar “reiki a distancia”, una modalidad de manipulación energética en que el tratamiento independe de la proximidad entre el paciente y el reikiano. Aunque el procedimiento sea semejante, con los nuevos símbolos de cura, Silvia pasó a necesitar más tiempo para completar cada sesión. Los símbolos, antes realizados con los dedos y solamente visibles para observadores atentos, pasaron a requerir movimientos más amplios. El cambio, aunque sutil, tuvo un efecto inmediato en el número de aceptaciones y rechazos de la terapia por parte de los pacientes.

Una de las primeras veces que vio los nuevos movimientos de la terapeuta, Jandira, paciente de 53 años que sigue un tratamiento contra el cáncer hace cinco, protestó: “Siempre me gustó ese tratamiento [reiki] que hacen aquí, pero ahora estoy entendiendo que es algo medio raro. Ella [Silvia] me explicó que es una cosa de energía, pero para quien es de Cristo la energía es Dios”. La terapeuta, que estaba cerca, intentó argumentar: “Doña Jandira, esto no tiene nada que ver con religión. Es una terapia. Trabajamos con energía cósmica, eso es espiritualidad, no religión. La gente confunde mucho las cosas”. Agradeciendo la oferta de Silvia, Jandira rechazó una vez más el tratamiento y dijo que iba a orar por la terapeuta. Después de Jandira, otros dos usuarios rechazaron la sesión de reiki, alegando incompatibilidad religiosa con la práctica.

La etnografía de la oferta terapéutica del reiki en el GHC, analizada a partir de su interfaz con el par salud/espiritualidad, no deja de referirse, simultáneamente, a “lo religioso”. En el caso brevemente descrito aquí, esta conexión asume formas contrastivas en tres momentos. Primero, en el argumento del oncólogo que reconoce en el uso terapéutico de la espiritualidad la posibilidad de ofrecer a los pacientes una alternativa clínica a las ofertas de cura religiosa. Segundo, en la alegada distinción, realizada por la terapeuta, entre religión y espiritualidad, sugiriendo que “tratar lo espiritual” es, ante todo, una habilidad técnica. Y, tercero, algunos pacientes – al contrario de lo sugerido por el oncólogo – reconocen la capacidad del reiki de “cuidar la espiritualidad” no como una cualidad que hace de la práctica algo paralelo a la religión, sino como uno de los aspectos determinantes para caracterizar un

antagonismo latente entre lo espiritual y lo religioso. Frente a este cuadro, no nos interesa delinear definiciones de lo que sería la espiritualidad, sino visibilizar su capacidad de producir nuevas configuraciones para pensar lo religioso y lo secular. Con ello, pretendemos desplazar la centralidad de la pregunta *¿qué es la espiritualidad?* y, como alternativa, cuestionar: *¿para qué sirve y de qué es capaz la espiritualidad?*

¿De qué es capaz la espiritualidad?

Los autores de este texto llegaron al mismo lugar de investigación por caminos propios e independientes. Empero es significativo que este hospital haya atraído su atención. En efecto, allí se desarrollan verdaderos experimentos sobre las posibilidades abiertas por el vínculo entre espiritualidad y salud. Procuramos mostrar cómo estas posibilidades están relacionadas con la fuerza y el reconocimiento adquiridos por la noción de integralidad, algo que remite tanto a un contexto global como a políticas nacionales y locales en el ámbito de la salud. El hospital que investigamos, localizado en una gran ciudad latinoamericana, forma parte de ese cuadro. Hacer un seguimiento de situaciones como las descritas revela vectores más generales y expone las tensiones que cercan el trabajo y la vida de distintos agentes sociales. Vimos que la necesidad de trazar distinciones entre religión y espiritualidad es algo recurrente. Caracterizar como espirituales la asistencia, en un caso, y las técnicas, en el otro, constituye una opción crucial para permitir su presencia en el ambiente secular de un hospital público. Ello implica la distinción de campos o planos, pero también la producción de sujetos cuya existencia y legitimidad dependen de esa distinción.

Para seguir adelante en la comprensión de lo que se produce con el recurso a la idea de espiritualidad, es necesario considerar aún algunas de las diferencias que existen entre los casos observados. Estas ilustran virtualidades y límites de la aproximación entre espiritualidad y salud. La presencia del reiki en un ambiente clínico, como coadyuvante de procedimientos biomédicos, se ampara en la noción de Prácticas Integrativas y Complementares (PICs). Esta noción, a su vez, revela las reformulaciones por las cuales viene pasando la concepción misma de la medicina. Estas reformulaciones permiten que ésta se abra para albergar prácticas no hegemónicas del punto de vista terapéutico y que, considerando el campo religioso, están vinculadas a tradiciones minoritarias. Es el caso del reiki en Brasil. Ya la asistencia espiritual defendida por los coordinadores del Foro Interreligioso se asienta sobre otro fundamento. Se trata del principio de libertad religiosa. Este permite la

presencia de religiosos sin cualificaciones específicamente terapéuticas en el ambiente hospitalario. Lo que estos agentes demandan – a partir de tal presencia y de una forma que borra las diferencias entre confesiones que ocupan posiciones desiguales en el campo religioso – es competencia para tomar bajo su cuidado la dimensión espiritual de la que dependería la salud de los pacientes. Por lo tanto, si el reiki es espiritual por ser una técnica, la asistencia es espiritual en función de los agentes que la prestan. Correlativamente, los límites que uno y otra enfrentan se asientan sobre argumentos distintos. La asistencia espiritual, basada en la presencia de religiosos, sufre, de parte de los médicos, una restricción en nombre del siguiente principio: la religión es una dimensión extrínseca al tratamiento médico, demandando un cuidado desvinculado de la terapéutica. El reiki, por su parte, es recibido de forma pragmática, porque ayuda a bloquear la influencia de la religión, aun cuando se corre el riesgo de que los pacientes lo confundan con ella.

Esperamos que los breves análisis presentados en este capítulo demuestren la pertinencia de tratar la espiritualidad en cuanto producto histórico de procesos discursivos. Aproximarse a las rutinas y la estructura de un hospital obliga a conjugar discursos con prácticas y configuraciones institucionales específicas, y es en el encuentro entre esos vectores que ciertas resultantes se definen. Destacamos que estas definiciones marcan, sobre todo, posibilidades que se ligan a la noción de espiritualidad. O sea, la resultante no corresponde a una sustancia precisa o a una dirección unívoca. La espiritualidad es una categoría que importa porque permite alterar la forma de organizar la realidad. Con su presencia, la relación entre lo secular y lo religioso es redimensionada, sin que se resuelva la distinción. Lo secular puede albergar una técnica que, de no existir la posibilidad de caracterizarla por su vínculo con la espiritualidad, podría ser vista como religiosa. Lo religioso, cuando es concebido en términos de asistencia espiritual, puede estar presente en espacios seculares y ser acogido como aliado en el cuidado terapéutico. Pero, precisamente porque las distinciones entre lo religioso y lo secular no se disuelven, continúan actuando en la organización de la realidad, y pueden inclusive ser reforzadas al combinarse con la espiritualidad. Sea como fuere, lo que está en juego es la definición de los dominios que constituyen la realidad y la sociedad, haciendo que la diferenciación de lo religioso en relación a otras esferas pase por una reformulación.

Pensar la categoría de espiritualidad en la clave de las posibilidades ofrece también la chance de huir de la antinomia que nos obligaría a considerarla como un objeto o como un concepto. Reconocemos que, en los análisis aquí expuestos, tratamos la espiritualidad como objeto, o sea, como el producto

de ciertas articulaciones entre discursos, prácticas y configuraciones institucionales. No negamos, sin embargo, que la diseminación de la categoría capte transformaciones en curso, parte de ellas relacionadas, precisamente, con las relaciones entre lo religioso y lo secular. Que la palabra sea elevada a concepto, en el ámbito de las ciencias humanas (Fuller, 2008), parece estar, por consiguiente, dentro de las posibilidades que ésta ofrece, en la medida en que permite abordar aspectos que otras nociones – sobre todo la de religión – tienen más dificultades en aprehender. Esta operación, sin embargo, se torna problemática cuando produce una oposición substantiva entre espiritualidad y religión, pues es exactamente la convivencia y la alternancia entre esas categorías lo que se muestra más interesante. Al fin y al cabo, buscamos mostrar cómo, en un hospital público, la espiritualidad puede servir para mantener agentes religiosos en ambientes seculares o para introducir prácticas con estatuto terapéutico que, de cierto punto de vista, adquieren carácter religioso. La espiritualidad puede ser lo opuesto de la religión; y puede ser, al mismo tiempo, su nuevo avatar en espacios públicos.

CAPÍTULO 5

Diagnosticando la espiritualidad⁷⁵

Hasta aquí, insistí principalmente en las formulaciones positivas realizadas en el campo oficial de la medicina sobre los beneficios de la espiritualidad y de la religión para la salud. En este capítulo, procuro invertir este vector, buscando explorar un conjunto de situaciones en que la espiritualidad y la religión se presentan como comprometedoras del bienestar, esto es, cómo emergen en la forma de diagnósticos. Ciertamente, convertir experiencias de esa naturaleza en diagnósticos forma parte, igualmente, del proceso más amplio de su legitimación en el campo de la salud. Como buscaré explorar, los diagnósticos relativos a la religión y a la espiritualidad operan a partir de una línea tenue entre la culturalización de esas experiencias – lo que, en el primer capítulo, denominé espiritualidad de los Otros – y su universalización – la espiritualidad de todos.

Este capítulo está dividido en dos partes. En la primera exploro algunos aspectos más generales de uno de los diagnósticos asociados a la religión y a la espiritualidad inscritos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM)*. En la segunda, me zambullo en una especie de genealogía de esa producción diagnóstica a partir de la trayectoria, los materiales y los artículos escritos por uno de sus principales formuladores, el psicólogo transpersonal David Lukoff⁷⁶.

El problema de la espiritualidad y la religión

En el campo de la política de las instituciones de gestión de la salud, el año 1994 confirmó otro hito en el debate sobre la espiritualidad en las ciencias médicas. En ese período, la Asociación Americana de Psiquiatría lanzó la cuarta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV)*, documento de referencia que orienta a psicólogos y psiquiatras en la atribución de diagnósticos. En la IV versión del manual se presentó un

⁷⁵ Capítulo escrito en coautoría con Lucas Bacetto.

⁷⁶ En este capítulo, alterno el registro verbal entre el singular y el plural para demarcar las partes que resultaron de la colaboración con Lucas Bacetto (ver Bacetto, 2021).

conjunto de nuevos diagnósticos, entre los cuales uno que nos interesa particularmente: problemas religiosos o espirituales.

V62.89: Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe, los problemas asociados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa. (American Psychiatric Association, 1994:685)

El debate antropológico sobre las diversas ediciones del DSM es extenso (Mezzich et al., 1999; Jenkins, 1998). Aquí, mi interés por el caso se dirige a dos aspectos específicos que, aunque no estén dissociados de reflexiones más generales acerca de este dispositivo, pueden prescindir de una retomada extensiva de tal bibliografía. Basta mencionar, al menos por ahora, que concibo el DSM como un dispositivo de producción de la realidad de entidades clínicas. En otras palabras, se trata de un documento que inscribe las cosas en el campo de lo real, es decir, no solo describe lo que fue observado, sino que, antes, instituye lo que ha de ser visto. Así, en este texto, contemporizar el DSM significa reconocerlo en cuanto agente instituyente de otra modalidad de existencia de la espiritualidad en el campo de la salud – este es el primer aspecto que deseo subrayar. En relación a esta concepción, destaco, asimismo, que la categoría diagnóstica establecida en el DSM contribuyó para el fortalecimiento del campo de las investigaciones sobre salud, espiritualidad y religión, que venía ganando legitimidad desde, por lo menos, la publicación de las resoluciones de la OMS. Como afirmó en una entrevista Everton Maraldi, investigador del Instituto de Psicología de la USP: “el DSM amenizó el tabú que era hablar sobre religión o espiritualidad. Después de su publicación el tema se tornó digno de investigación. A fin de cuentas, necesitábamos entender mejor los mecanismos del diagnóstico”.

En aquel período, a mediados de la década de 1990 (ver Toniol, 2015a; Toniol, 2015c; Toniol, 2018), hubo un acentuado aumento en las investigaciones médicas dedicadas a la espiritualidad, fenómeno que, en parte, puede ser atribuido a las formulaciones sobre el tema realizadas por la OMS y el DSM. Reconocer que el proceso de legitimación del debate médico-científico sobre espiritualidad y salud está asociado a los efectos que ambas publicaciones tuvieron no significa que, en tales documentos, las concepciones de la espiritualidad y sus relaciones con la religión y con lo humano sean convergentes. Por ello, detallo a seguir la espiritualidad producida por el DSM, en sus propios términos.

Entre las características de la categoría diagnóstica establecida en 1994, destaco tres aspectos. Primero, el texto introductorio del DSM-IV subraya el esfuerzo realizado en esa edición del documento para ampliar la “sensibilidad cultural” de los cuadros diagnósticos establecidos, de modo de superar el énfasis anterior en los aspectos biológicos del comportamiento humano. Para David Lukoff⁷⁷, psicólogo e investigador estadounidense responsable por la preparación de la solicitud de incorporación del diagnóstico de “problemas religiosos o espirituales” en el DSM-IV, ese hecho favoreció la aprobación del pedido, una vez que, en sus propias palabras, “las dimensiones religiosas y espirituales de la cultura están entre los principales factores que estructuran la experiencia humana, las creencias, los valores, el comportamiento y los patrones de enfermedad” (Turner *et al.*, 1995:435).

La afirmación de Lukoff y la propia categoría diagnóstica formulada en el DSM-IV encuadran la espiritualidad como el aspecto cultural de un principio universal, el carácter “estructurador de las dimensiones religiosas y espirituales en la experiencia humana”. Tal como la espiritualidad promulgada por las resoluciones de la OMS, la versión instituida por el DSM también goza de universalismo. Sin embargo, mientras que en la OMS el fundamento universal de la espiritualidad sirve para su positivación, considerando que pasa a ser una de las dimensiones del bienestar necesarias para la afirmación de la salud, en el DSM el reconocimiento de su universalidad es la base para justificar un diagnóstico de sufrimiento psíquico. Se evidencia, así, que en la pronunciada convergencia entre esas formas –de la OMS y el DSM– de instituir la espiritualidad como un elemento universal, también está implicado un amplio espectro de variación de la relación entre espiritualidad y salud, variación que oscila entre una fuerte correlación positiva (solo hay salud cuando hay bienestar espiritual) hasta una asociación de signo opuesto, que convierte la espiritualidad en un factor potencial de trastorno.

El segundo aspecto que quiero enfatizar – aún sobre la definición de la categoría diagnóstica instituida en el DSM-IV – respecta a la relación entre religión y espiritualidad. Sugiero que la relación promulgada está sintetizada en la opción de la Asociación Americana de Psiquiatría por el uso de la conjunción disyuntiva “o” y no por el conector “y” en la formulación de la categoría “problemas religiosos o espirituales”. Al contrario de la OMS, donde

⁷⁷ Lukoff fue una figura central en el establecimiento de tal categoría diagnóstica en el DSM, siendo uno de los responsables por proponerla y posteriormente difundirla. Una descripción detallada exigiría un nuevo texto. Para mayores informaciones sobre su actividad, recomiendo la página web <https://www.spiritualcompetency.com/>.

las demarcaciones en las oraciones sobre espiritualidad operan para alejar el término de la religión, aquí, la yuxtaposición de las dos categorías no parece ser un problema inmediato. Al mismo tiempo, la enunciación de los dos términos indica que, por más próximos que puedan ser, ni son sinónimos, ni el empleo de uno u otro es fortuito.

Llevando adelante un juego analítico de contrastes que puede servir para elucidar la sutileza de esas aproximaciones y diferenciaciones entre religión y espiritualidad en el campo de la salud, podemos matizar la aparente coincidencia en las formulaciones de la OMS y del DSM-IV insistiendo en que: para la Organización Mundial de la Salud, la diferencia reside en el estatuto universal de la espiritualidad, en detrimento del particularismo de la religión; para la Asociación Americana de Psiquiatría, por el contrario, religión y espiritualidad son, por igual, dimensiones estructuradoras de la experiencia humana. Ello significa, por consiguiente, que la diferencia entre religión y espiritualidad en el DSM-IV se precipita en otro plano, a saber, en los tipos de casos de sufrimiento psíquico que una y otra provocan. Esto es, si la naturaleza del trastorno religioso o espiritual es semejante al punto de conformar una única categoría diagnóstica, los procesos de enfermedad asociados a una y otra son distintos.

En los manuales de enseñanza sobre diagnóstico, se menciona una tipología con tres “modelos” de acometimiento por “problemas religiosos o espirituales”: pérdida o cuestionamiento de la fe; problemas asociados con la conversión a nuevas creencias, cuestionamiento de otros valores espirituales que no necesariamente están asociados con alguna iglesia organizada o religión institucionalizada. Se observa aquí la configuración del régimen de diferencia entre religión y espiritualidad: mientras los dos primeros casos, ejemplares de problemas religiosos, están asociados a alteraciones en el comprometimiento dogmático del sujeto con su religión o con su comunidad religiosa, el tercer ejemplo establece un marco para problemas gestados en contextos no institucionales, lo que remite, en el DSM, al conjunto de problemas clasificados como espirituales. Sobre los dos primeros, vale destacar dos breves introducciones a casos que, según un manual con informaciones sobre el diagnóstico, sintetizan ejemplos comunes a los respectivos procesos de enfermedad:

[Pérdida o cuestionamiento de la fe] – S. es una mujer euroamericana de 58 años de edad, que tuvo una enfermedad hepática progresiva durante dos años. Antes de su enfermedad, frecuentaba regularmente la iglesia y usaba su tiempo libre en actividades de caridad también relacionadas con la iglesia. Cuando recibió el diagnóstico, interrumpió su participación en la caridad y

dejó de frecuentar los servicios de la iglesia, alegando que “no veía más necesidad de adorar una fantasía”. Durante su cuarta internación, fue informada de que su condición no estaba respondiendo al tratamiento y que su muerte podría ocurrir en las próximas semanas. Tras el alta, quedó clínicamente deprimida, se negó a tomar cualquier medicación, dejó de comer, y comenzó a pasar el tiempo mirando hacia afuera de su cuarto o leyendo libros y quejándose de que “Dios la había abandonado” (Lukoff, s/d:18).

[Problemas asociados con la conversión a nuevas creencias] – Manson Spero describió el caso de un adolescente de 16 años, miembro de una familia judía, quien sufrió una súbita transformación religiosa, volviéndose cada vez más ortodoxo. Cambios drásticos en su vida, que incluyeron largas horas de estudio de textos judaicos, la evitación de amigos y largos ayunos llevaron a su familia a buscar la ayuda de un psicoanalista. Una evaluación del estado mental determinó que el joven no sufría de esquizofrenia ni tampoco de otros disturbios inicialmente considerados. A partir de entonces, el proceso terapéutico se dirigió al análisis del impacto que su opción religiosa causó en sus relaciones. (Lukoff, s/d:21)

En relación al tercer tipo de enfermedad, por “problemas religiosos o espirituales”, precisamente el relativo a la espiritualidad, Lukoff clara que “en el DSM-IV, los problemas espirituales son definidos como experiencias angustiantes que implican la relación de una persona con un ser o fuerza trascendente, pero no están necesariamente relacionados a una iglesia o institución religiosa”. Algunas veces, prosigue el autor, “tales experiencias resultan del compromiso intenso con prácticas espirituales como la meditación o yoga” (Lukoff, s/d:30). El diagnóstico se torna válido cuando el proceso de “spiritual emergence”, derivado de la experimentación con tales prácticas, desencadena experiencias místicas que se salen de control, transformándose en una “spiritual emergency” (Lukoff, s/d:30). El caso emblemático es el relato de la experiencia del propio David Lukoff, responsable directo por el pedido de inclusión de la categoría de “problemas religiosos o espirituales” en el DSM-IV, que exploraremos en detalle en la segunda parte de este capítulo.

Finalmente, la tercera y última característica del diagnóstico que quiero destacar se refiere al hecho de que su empleo está relacionado al contexto terapéutico. A fin de cuentas, en la definición dada por la Asociación Americana de Psiquiatría consta que “la categoría puede ser utilizada” cuando el problema religioso o espiritual se torna “objeto de atención clínica”. Este aspecto sentencia la doble dimensión de la espiritualidad en el campo de la salud que

exploré hasta ahora: de un lado, la institución de la espiritualidad como un elemento de la naturaleza y, al mismo tiempo, de la salud humana, establecido en/por las resoluciones de la OMS; de otro, la espiritualidad como un aspecto de necesaria atención clínica, una vez que la categoría, igualmente relativa a la naturaleza humana, se instituye en forma de diagnóstico.

A seguir, exploro la emergencia de ese diagnóstico a partir de la trayectoria de su propio formulador, Lukoff. Al hacerlo, apuesto en el potencial analítico de una reflexión más detenida, a partir de la cual la experiencia individual de un sujeto específico nos permite reconocer el curioso recorrido de la afirmación de la religión y de la espiritualidad como dimensiones que importan para la salud.

La psicología transpersonal y la espiritualidad

En un curso organizado y parcialmente impartido por Laurence Kirmayer para el Programa de Verano en Psiquiatría Social y Cultural de 2012, de la Universidad McGill, en Canadá, una de las clases estuvo dedicada al tema “Trance, Posesión y Disociación en la Psiquiatría Cultural”⁷⁸. A partir de una serie de fotografías y videos etnográficos de rituales de posesión y de fenómenos de trance en diferentes culturas – entre ellos, un pasaje del pequeño documental *Trance y Danza en Bali*, de autoría de Margaret Mead y Gregory Bateson –, Kirmayer presenta las cuestiones ambiguas que marcan el abordaje psicológico del trance. Esta ambigüedad toma contornos bastante explícitos a partir de la categoría diagnóstica, inscrita en el DSM, de “trastorno de trance disociativo”. Tal diagnóstico se enfrenta a la tensión permanente entre el reconocimiento de la normalidad cultural de algunos de esos fenómenos y la posibilidad de que esos mismos fenómenos sean síntomas de psicopatologías – experiencias mórbidas y en desacuerdo con la cultura local, que afectan a los sujetos a pesar de su voluntad.

Al abordar la utilización del término “trance” en la categoría diagnóstica del DSM y enfatizar que se trata de un concepto psicológico que no tiene que ver con las concepciones locales del fenómeno bajo escrutinio, sino con alteraciones en la consciencia y en la atención del sujeto, Kirmayer lo relaciona específicamente a las producciones sobre los “estados alterados de consciencia” realizadas específicamente en los años 1960. De acuerdo con el psiquiatra:

⁷⁸ Ver: https://www.youtube.com/watch?v=gl8dfW_cAgU&t=701s e <https://www.youtube.com/watch?v=rAw2g9I-E8Q> (consultado el 18/01/2021).

[El término trance] era muy popular en los años 1960, cuando circulaba la noción de “estados alterados de consciencia”, en la que cabría toda clase de cosas y que podría ser un área de estudio, que incluiría de todo, desde estar drogado con... marihuana o LSD, y eso remite aún más al pasado, claro, a todo el interés en las drogas psicodélicas y la generación beat. Y el término “psicodélico”, que fue un término que Humphry Osmond, un psiquiatra (...) propuso a Aldous Huxley, para los tipos de experiencia, y Huxley estaba muy interesado en esa idea de que los alucinógenos y el LSD abrieron las puertas de la percepción. Esa era una visión muy... digamos, romántica, de perfeccionar el potencial humano y eso camina junto con la idea, de nuevo, de que de alguna forma esos estados alterados de consciencia son otros modos de operación que pueden ser accesibles y que tal vez seamos capaces de hacer cosas extraordinarias. En general, en términos de hipnosis, no hay ninguna evidencia de que alguien pueda hacer algo durante la hipnosis que no podría realizar fuera de ella, no hay ninguna habilidad o talento mágico que alguien desarrolle.

Kirmayer hace más que referenciar las investigaciones sobre los estados alterados de consciencia. Las caracteriza a partir de cierta inocencia romántica, enfatizando que la idea de la posible presencia de potencialidad transformadora en esas experiencias – que incluirían el uso de drogas y alucinógenos – sería desmentida por estudios provenientes del campo de la hipnosis.

Por otro lado, en un evento realizado en la ciudad de San Pablo en 2019, organizado por un grupo de psicólogos transpersonales, el psicólogo David Lukoff fue presentado como el principal conferencista del encuentro, aunque su presencia se dio apenas por medio de un video grabado para la ocasión. Su charla retomaba su trayectoria profesional de más de 40 años de actuación y pasaba por su trabajo en la propuesta y establecimiento de la categoría de “problema religioso o espiritual” en el DSM. Para él, la inclusión de la categoría en la cuarta edición del manual significaba un importante reconocimiento de las cuestiones espirituales y religiosas que afectan a los pacientes del área de la salud mental, algo que había sido destacado en reportajes en televisión y diarios impresos, como el *New York Times*⁷⁹. O sea, para él, lo que estaba en juego en la inclusión de esa categoría en el DSM no era solo el reconocimiento de ese diagnóstico específico, sino, sobre todo, la propia legitimidad del debate sobre espiritualidad en el campo psi. Al listar una serie de expe-

⁷⁹ Ver: <https://www.nytimes.com/1994/02/10/us/psychiatrists-manual-shifts-stance-on-religious-and-spiritual-problems.html> (Consultado el 18/01/2021).

riencias que serían cubiertas por la categoría – y que, por ende, deberían ser tratadas como “problemas espirituales” en vez de como trastornos mentales – mencionó, para el caso de la posesión: “la posesión es otra experiencia ligada a la cultura que algunas [culturas] tienen, y que deberían ser tratadas más como una crisis espiritual que como una condición médica, como un trastorno disociativo”⁸⁰.

Mientras el pasaje de la clase de Kirmayer nos lleva al material de interés de este capítulo, histórica y epistemológicamente ligado a los mencionados trabajos de los años 1960 y al entusiasmo en cuanto a las potencialidades transformadoras de los estados alterados de consciencia, la charla de Lukoff representa propiamente parte de ese material. Curiosamente, en ambos pasajes, vemos cómo el rechazo de las posiciones es recíproca por parte de esos autores. Por más que el texto de la categoría “problema religioso o espiritual” no vaya mucho más allá de la tentativa pragmática de resguardar experiencias religiosas y/o espirituales de una patologización a priori promovida por el DSM, su concepción partió de actores no solo asociados al conjunto de trabajos mencionados por Kirmayer, sino también de esa especie de ambiente intelectual al que hace referencia – o, para ser más exactos, de ese estilo de pensamiento en el que tal ambiente pone en circulación. De hecho, en la continuación del capítulo, estamos interesados especialmente en las producciones de Lukoff y en su relación de reconocimiento con la llamada psicología transpersonal, prestando atención a los textos y conceptos que utiliza en la formulación de una perspectiva positivada de lo que llama “crisis espirituales”.

De la psicología humanista a la Nueva Era

La psicología transpersonal es una subárea del campo de la psicología, siendo su emergencia un producto directo de los movimientos y debates oriundos de los años 1960 en los Estados Unidos – California, en especial. Anunciada públicamente por primera vez en 1967, en una conferencia proferida por el importante psicólogo Abraham Maslow (1968) – quien se tornaría presidente de la Asociación Americana de Psicología al año siguiente –, la psicología transpersonal fue concebida como la “cuarta fuerza” del campo disciplinario, junto con el behaviorismo, el psicoanálisis y la psicología humanista – esta última consolidada como subárea con ayuda del propio Maslow. Es, en efecto, a partir de su esfuerzo en la definición e institucionalización

⁸⁰ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=38gGDyv9-UA> (Consultado el 05/01/2021).

de la psicología humanista que podemos entender mejor la emergencia de la psicología transpersonal, como una especie de desarrollo de aquel proyecto primario, desarrollo que también acompañó las transformaciones ocurridas en la sociedad estadounidense de la época.

Adoptando un tono autoconsciente de cierta contribución revolucionaria a la psicología – en las dos empresas, es importante enfatizar (humanista y transpersonal) –, Maslow (s/d:53-54) argumentaba que el behaviorismo ignoraba el inconsciente y reducía el ser humano y su complejidad a un animal con motivaciones orientadas apenas por la necesidad de respuesta a un estímulo exterior. Por su lado, aunque el psicoanálisis freudiano haya contribuido decisivamente con la psicología al “descubrir” el inconsciente y la profundidad de la personalidad humana, habría basado toda su estructura teórica en el análisis de sujetos en procesos mórbidos, considerando los deseos e impulsos que motivan al ser humano como un peligro a ser combatido. Resumiendo, su problema con el psicoanálisis – mucho menor que el que tiene con el behaviorismo (De Carvalho, 1990:34) – en una frase repetida con cierta constancia por la literatura sobre el tema, Maslow (s/d:30) afirma que “es como si Freud nos hubiese brindado la mitad enferma de la Psicología y nos tocara ahora completar la mitad sana”.

Parte esencial de las propuestas de Maslow (1943; 1954) radica en su trabajo teórico en torno a lo sus entrevistados decían que los motivaba en sus vidas cotidianas. De hecho, el psicólogo es especialmente recordado hasta hoy en los cursos de psicología alrededor del mundo por su contribución a la propuesta de una teoría de la motivación humana, denominada “jerarquía de las necesidades”. La idea de jerarquía se materializa en la figura de una pirámide segmentada en niveles de necesidad que van del más elemental y primordial, localizado en la base, hasta formas más complejas, en la cúspide. Parte de las necesidades fisiológicas como el hambre, que deben ser necesariamente satisfechas para que la persona pueda vivir, en dirección a los niveles de la seguridad, el afecto y el amor, de la estima y, en la cúspide de la pirámide, de la autoactualización, en la cual la persona alcanzaría todo su potencial inscrito en la naturaleza, llegando a un estado de salud y bienestar psicológico en el que es posible experimentar lo que Maslow denominó experiencia culminante (*peak-experience*): un estado de éxtasis y felicidad absoluta, igual a la experiencia mística.

En lugar de las perspectivas de la primera (behaviorismo) y de la segunda fuerza (psicoanálisis), que encuadran al individuo como un enfermo en potencial y que vacían y/o colocan bajo sospecha las motivaciones y los deseos humanos, la psicología humanista (Maslow, s/d:27-30) estaría centrada

en el ser humano en todas sus potencialidades de desarrollo y transformación, partiendo del presupuesto de que la naturaleza humana no sería mala, sino buena o al menos neutra. Uno de los objetivos de esta “psicología de la salud”, centrada en lo humano en su totalidad, sería encontrar posibilidades de perfeccionamiento para nuestras vidas a partir del descubrimiento del núcleo interno único a cada individuo, ayudándolo a ser bueno, feliz y perfeccionar su ser. Como Maslow (s/d:17) enfatiza, no se trata de rechazar las dos primeras fuerzas, sino de integrarlas en una “verdad *total*”, que abarcaría tanto el énfasis científico y empírico de los behavioristas, como la dimensión del inconsciente presente de la psicología dinámica de los freudianos, integrando todo ello en una propuesta holística.

Si en la primera mitad de los años de 1960 la psicología humanista liderada por Maslow ganaba aires institucionales, a partir de la creación del *Journal of Humanistic Psychology* en 1961 y de la Asociación Americana de Psicología Humanista en 1963, fue también en ese momento de aproximación de esta subárea al *mainstream* académico que las propuestas del psicólogo y de sus colegas pasaron a difundirse de modo más amplio, más allá de los círculos universitarios, acompañando las transformaciones que la sociedad estadounidense comenzaba a vivir. El llamado Movimiento del Potencial Humano – del cual la obra del Maslow sobre la autoactualización de las potencialidades individuales formaba parte considerable de su base de sustentación (Stone, 1976) – ganaba cada vez más adeptos y nuevos centros de crecimiento personal emergían con vigor, especialmente en el oeste estadounidense. Como recuerdan Kay Alexander (1992) y Leila Amaral (2000), un ambiente estaba en formación en el estado de California en aquel período, impulsado por condiciones históricas dispares que iban de la presencia de líderes espirituales de tradiciones “orientales” a la reunión, en San Francisco, de personas ligadas a la generación beat, que adherían a una visión alternativa de la sociedad. Fue en este estado de cosas que, con la ayuda de intelectuales ya consolidados como Aldous Huxley y Gregory Bateson, dos exalumnos de psicología de la Universidad de Stanford, Michael Murphy y Richard “Dick” Price, fundaron el Esalen Institute en la región del Big Sur, California, en 1962 – institución que se tornaría el más famoso centro vinculado al Movimiento del Potencial Humano.

Maslow no conocía a Murphy o Price, ni siquiera sabía de la existencia del instituto cuando, por casualidad, lo visitó por primera vez “en uno de aquellos eventos que hicieron más fácil creer que algún poder superior tenía un interés personal” en el emprendimiento (Anderson, 1983:67, *traducción nuestra*). De acuerdo con Walter Truett Anderson (1983), Maslow estaba de vacaciones, viajando con su esposa por las rutas de California en el verano de

1962, cuando decidió detener el auto justo en Esalen, en busca de un lugar para pasar la noche. Price enseguida se presentó ante el psicólogo y le contó sobre los planes que él y Murphy tenían respecto al lugar. A Maslow le interesó lo que escuchó, manteniendo contacto por correspondencia con los dos fundadores y, posteriormente, en 1966, dictando una clase sobre el tema de las personas auto actualizadas.

El lugar pasó a atraer una serie de personas comprometidas con nuevas formas de concebir no solamente al ser humano y su conciencia, sino también su relación con el mundo. Además, haciendo eco del llamamiento de Maslow a una dimensión de transformación práctica, lo que antes era un espacio limitado a los residentes se transformó rápidamente en una institución que ofrecía *workshops* y cursos abiertos al público en general. Allí se ofrecían activamente no solo sesiones de las más diversas prácticas terapéuticas que daban al cuerpo una conexión privilegiada con la mente – como la entonces recién creada terapia Gestalt, con Fritz Perls y su visión holista y centrada en el aquí y ahora (Carozzi, 1999a:22) – sino también cursos con temas de interés que entrecruzaban prácticas y tradiciones filosóficas y espirituales asiáticas con la práctica emergente del consumo de psicodélicos. Mientras ese clima de “apertura hacia Oriente” se hacía explícito, por ejemplo, en el primer seminario realizado en Esalen en enero de 1962 – dictado por Alan Watts, teólogo inglés y figura importante en la popularización del budismo zen en los Estados Unidos –, era Huxley, en efecto, quien parecía representar fielmente la síntesis de ese interés general, dando charlas sobre las “potencialidades humanas” en universidades de la región, y siendo él mismo un iniciado en el hinduismo, además de un explorador y defensor de las experiencias místicas con LSD y otros psicodélicos (Kripal, 2007:86-87).

A lo largo de los años 1960, el Movimiento del Potencial Humano fue afirmándose y ganando cada vez más interesados y adeptos, al mismo tiempo en que se fue transformando en relación a sus intereses iniciales, dedicando mayor atención a las prácticas espirituales y a las experiencias culminantes (*peak experiences*). Como afirma Daniel Stone (1976:96, *traducción nuestra*), a lo largo del tiempo hubo un “cambio del énfasis en la autotranscendencia de ir más allá de las rutinas de la vida cotidiana, hacia una autotranscendencia de fundirse con la infinita energía cósmica en la base de todo ser”. Para una serie de actores ligados de alguna manera a la psicología humanista y que seguían de cerca o participaban de ese movimiento durante el correr de los años 1960, parecía ahora que hablar solamente del *self* individual había dejado de ser suficiente, pues excluía de partida una serie de otros fenómenos que eran cada vez más importantes para un número mayor de personas. Fue este sen-

timiento que, a mediados de la década de 1960, llevó al psicólogo Anthony Sutich, fundador del periódico y de la Asociación de Psicología Humanista, a organizar encuentros informales en su casa de California para discutir y estudiar tópicos “transhumanistas”, estableciendo así un grupo de interesados por tales temas.

No tardó mucho para que esa incomodidad con la “limitación” de las propuestas de la psicología humanista asumiese un sentido propositivo e institucionalizante. Ya en 1967, un pequeño grupo de trabajo se reunió con la intención de establecer una nueva subárea de la psicología, agregando figuras importantes como Sutich, Maslow y el psiquiatra de origen checo Stanislav Grof – un freudiano de formación que se hizo conocido por las investigaciones que desarrolló en los años 1950 en su país natal, en las cuales administraba LSD en sus pacientes en las sesiones de psicoterapia. El mismo año, en una conferencia proferida en la Primera Iglesia Unitaria de San Francisco (bajo el auspicio de Esalen), Maslow (1968) anunciaba públicamente la emergencia de una “cuarta fuerza” en la psicología. Así nació la psicología transpersonal, que ganaba, ya en 1968, su propio periódico, *The Journal of Transpersonal Psychology*. De acuerdo con Maslow (s/d:11), en la definición planteada en el Prefacio de la reedición de su obra *Introducción a la Psicología del Ser*, la psicología transpersonal sería “una Cuarta Psicología aún ‘más elevada’, transpersonal, transhumana, centrada más en el cosmos que en las necesidades e intereses humanos, yendo más allá del humanismo, de la identidad”.

La subárea es muchas veces caracterizada de modo similar a la definición de Maslow, como interesándose esencialmente por las llamadas experiencias transpersonales, o sea, aquellas experiencias en las cuales “el sentido de identidad y del *self* del sujeto se extienden más allá (trans) de lo individual o personal, englobando aspectos más amplios de la humanidad, de la vida, de la psiquis o del cosmos” (Walsh; Vaughan, 1993:203, *traducción nuestra*). Como afirma el historiador Wouter Hanegraaff (1996:50, *traducción nuestra*), no se trata aquí de rechazar los postulados humanistas, como el de las potencialidades naturales del individuo, sino de incluir el nivel transpersonal de esas potencialidades: “[el] completo desarrollo del Potencial Humano de una persona es ahora entendido como incluyendo la consciencia de los dominios transcendentales (“transpersonales”) experimentados en los estados alterados de consciencia”. La comprensión misma de los sujetos se altera, formulando una distinción ya muy debatida por científicos sociales y antropólogos respecto a la diferencia existente en los círculos de la Nueva Era entre el ego como una imagen de la sociedad/cultura y el *self* como el verdadero yo a ser descubierto (Toniol, 2015d; Amaral, 2000; Heelas, 1996). En este caso, vemos cómo el desplazamiento ope-

rado en el área de la psicología humanista en dirección a la psicología transpersonal está absolutamente entrelazado al propio desplazamiento del interés del Movimiento del Potencial Humano hacia las llamadas prácticas espirituales, en la formación de las bases de lo que se haría conocido en los años siguientes como movimiento Nueva Era (Heelas, 1996:53).

Aunque toda definición mínima tenga como condición la manutención de una apertura considerable, al limitarse a las características más esenciales de aquello que es definido, en la caracterización ofrecida por el psiquiatra Roger Walsh y por la psicóloga Frances Vaughan es sintomático el énfasis en todo aquello que, de alguna forma, trasciende la psiquis individual y apunta a la dimensión espiritual del ser humano. En cierto sentido, hay aquí algo cercano al eclecticismo de temas típicos de la Nueva Era – como fue apuntado por varios autores, como Amaral (2000) – y del interés naciente en los estados alterados de consciencia entendidos de forma amplia, como fue visto en el capítulo anterior. No obstante, por intentar constituirse como una subárea de la psicología con intenciones institucionales, esta característica es tomada de forma negativa, como indican algunos autores al afirmar que “el fracaso en condensar el complejo campo de contenidos de la subárea en una forma comprensible la dejó marcada como un vago conglomerado de fenómenos más allá del ego” (Hartelius; Caplan; Rardin, 2007:14, *traducción nuestra*). De hecho, una de las cuestiones controversiales en la aceptación de la disciplina tiene que ver con esta apertura, que se da tanto en términos de la cantidad de fenómenos como de la cualidad “espiritual” de los mismos.

Aunque a lo largo de los años 1970 esta subárea haya logrado establecer una asociación nacional e internacional, así como un instituto de enseñanza propio (el *Institute of Transpersonal Psychology*, que en la década siguiente pasó a ofrecer cursos de maestría y doctorado en el área), enfrentó serias resistencias en sus tentativas de integrarse al mainstream de la psicología estadounidense⁸¹. Esta situación se hace visible al recordar los fracasados intentos de un grupo de psicólogos transpersonales por crear una división transperso-

⁸¹ No solo sigue enfrentando resistencias en los Estados Unidos, sino también en el mismo Brasil. Un ejemplo reciente en nuestro país llegó a involucrar las instancias jurídicas del estado de Santa Catarina. Esto porque una psicóloga sufrió, en 2009, un proceso ético por parte del Consejo Regional de Psicología del estado de Santa Catarina por ofrecer cursos de técnicas ligadas a la psicología transpersonal, consideradas por el Consejo como “ajenas a la psicología en cuanto ciencia y profesión”. Al apelar en la justicia la censura pública sufrida, el juez del caso decidió en favor de la psicóloga, afirmando que el Consejo no podría “usurpar la competencia del legislador al intentar limitar la libertad profesional”. En su decisión, mencionaba inclusive la oferta de una materia sobre psicología transpersonal en la carrera de psicología de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Ver: <https://www.conjur.com.br/2012-jul-23/conselhos-profissionais-nao-podem-legislar-pesquisa-educacao> (Consultado el 28/01/2021).

nal independiente en la Asociación Americana de Psicología durante los años 1980, distinguiéndose así de la División 32, representante de la psicología humanista, a la cual la mayoría de los “transpersonales” estaban asociados. Aun habiendo recibido el apoyo del consejo ejecutivo de la División 32 por una votación ajustada en 1984 y 1985, la propuesta no logró los votos necesarios en el consejo de representantes de la Asociación. Al año siguiente, en la tercera y última tentativa posible, hubo un empate en el consejo ejecutivo de la División 32 y su presidente optó por retirar la propuesta. En lugar de obtener reconocimiento como una división específica, la psicología transpersonal fue reubicada como un Grupo de Interés Especial, al interior de la psicología humanista⁸² (Aanstoos; Serlin; Greening, 2000).

Las críticas abiertas realizadas por Rollo May, figura conocida en los círculos de la psicología humanista de la época, son apuntadas como habiendo si no contribuido, al menos explicitado públicamente la opinión de muchos miembros de la Asociación. En un pequeño texto publicado en el periódico *The Humanistic Psychologist*, el mismo año del último intento por constituir la psicología transpersonal como división independiente, May (1986) retoma parte de la larga definición dada por Sutich (1969), en la cual se afirma que la psicología transpersonal está interesada en el estudio científico y empírico y en la “implementación responsable” de descubrimientos relevantes al:

Devenir/tornarse [becoming], meta-necesidades individuales y de toda especie, valores últimos, consciencia unitiva, experiencias culminantes, B-value, éxtasis, experiencias místicas, admiración/asombro [awe], ser, autoactualización, esencia, bienaventuranza [bliss], maravillamiento, sentido último, transcendencia del self, espíritu, unidad [oneness], consciencia cósmica, sinergia individual y de toda especie, consciencia sensorial máxima, capacidad de respuesta y expresión, encuentro interpersonal máximo, sacralización de la vida cotidiana, fenómenos transcendentales, humor propio cósmico y jovialidad [playfulness] y conceptos, experiencias y actividades relacionadas. (Sutich, 1969 apud May, 1986:87-88)

Aunque esta dimensión casi excesiva de la definición ya estuviese presente en otra ofrecida anteriormente por Sutich (1963) sobre la psicología

⁸² El hecho de constituirse como un “grupo de interés” parece cualificar la psicología transpersonal más por una cualidad de “temática” que como un campo relativamente autónomo de la práctica y el conocimiento psicológico, como en el caso de las divisiones. Actualmente, los Grupos de Interés Especial de la División 32 son Psicología Constructivista, Ciencia Humana, Psicología Positiva, Psicoterapia y Arte, Psicoterapia, Teoría y Filosofía, Psicología Transpersonal, Estudiantes de Grado y Psicología Indígena. Ver: <https://www.apadivisions.org/division-32/sigs> (Consultado el 21/01/2021).

humanista, May considera que hay dos problemas en la propuesta. El primero se refiere a cómo la utilización del término “transpersonal” no solo lleva a eclipsar el sujeto, sino también los “aspectos negativos” de la naturaleza humana, enfocándose solo en las experiencias y valores últimos y “buenos”. El segundo, por su lado, que nos interesa más decisivamente en esta disertación, se refiere a una supuesta confusión entre la psicología, como disciplina y práctica terapéutica, y el discurso religioso:

Hasta donde llega el cosmos, la psicología se ocupa de aquella parte de este que es humana y cualquier cosa que va más allá de eso entra legítimamente en el campo de la religión. La experiencia religiosa es ciertamente de gran interés para muchos de nosotros en la psicología (...). Pero psicológicamente hablando, necesitamos estudiar la religión y las sectas del punto de vista de sus aspectos psicológicos, sus necesidades e intereses humanos, no del punto de vista que va más allá de lo humano. A este respecto, la psicología transpersonal confunde psicología y religión. (...) Lo que estoy cuestionando aquí es la confusión entre religión y psicología, que creo no hace justicia a ninguna de las dos. (May, 1986:88-89, traducción nuestra)

De acuerdo con algunos autores (Aanstoos; Serlin; Greening, 2000), fue especialmente esa segunda crítica relativa a un supuesto sesgo religioso en la confusión entre las fronteras de la psicología y de la religión que llevó a los miembros del consejo representante de la Asociación a rechazar la creación de una división propia para la psicología transpersonal. Reforzando esta concepción, aunque la crítica de May al solapamiento de los “aspectos negativos” de la naturaleza humana se refiera no solo a la psicología transpersonal, sino también a la propuesta de Maslow sobre la psicología humanista, es interesante notar que, en la entrevista a Edward Hoffman (2009), May se refirió de forma peyorativa al grupo más general del Movimiento del Potencial Humano como una “psicología Nueva Era”.

A pesar de las críticas de May y de la negativa de la asociación a la creación de una división transpersonal, llama la atención el hecho de que, en esa misma época, el psicólogo transpersonal David Lukoff (1985) haya publicado un trabajo en el que proponía la creación de una categoría diagnóstica específica que permitiría distinguir experiencias espirituales intensas, con características psicóticas, de los verdaderos trastornos mentales. Al mismo tiempo, transcurrieron menos de diez años entre el debate institucional y el momento en que Lukoff y dos psiquiatras transpersonales lograron incluir la categoría “problema religioso o espiritual” en el DSM-IV, estableciendo así una especie de “espacio seguro” para esas experiencias que, de otro modo,

serían rápidamente encaradas como psicopatologías. Si es verdad que la categoría del DSM “problema religioso o espiritual” no presenta nada en su texto que pueda ser fundamentalmente reconocido como “transpersonal” (Maraldi; Martins, 2016), no es posible ignorar la posterior defensa realizada por los proponentes de la categoría de su origen en esa subárea.

Como vengo intentando indicar a lo largo de esta sección, la emergencia y el desarrollo de la psicología transpersonal no puede ser pensado de forma independiente a la formación del movimiento Nueva Era. Ambas se entrelazan no solo históricamente, sino que se influyen mutuamente en los estilos de pensamiento que ponen en movimiento en sus intentos por conceptualizar el sujeto y su relación con el cosmos. Sin olvidar la crítica que propusimos anteriormente (Toniol, 2016) sobre los riesgos que se corren al asociar demasiado rápido el arsenal analítico de la Nueva Era con ciertas prácticas terapéuticas, veremos, a partir del caso de Lukoff, cómo este articula una serie de temas reconocidamente de la Nueva Era en la construcción de su propio relato sobre su “crisis espiritual”, así como en su conceptualización práctica como psicólogo transpersonal. Privilegiaremos este relato biográfico por la centralidad que el propio autor le da en sus charlas y textos y en la justificativa de su trabajo. Además, este relato nos parece representativo del tipo de estilo de pensamiento que el psicólogo pone en movimiento para conceptualizar las experiencias espirituales y su relación con la posible existencia de trastornos psiquiátricos.

La crisis de Lukoff

Lukoff es una persona activa en la red transpersonal. Aunque no sea alguien con producciones teóricas muy significativas, el psicólogo fue, en un período reciente, copresidente de la Asociación Internacional Transpersonal, y concedió un número considerable de entrevistas y charlas sobre su trayectoria en instituciones de enseñanza y universidades alrededor del mundo, lo que permite dimensionar el reconocimiento que su trabajo ha recibido. En especial, su esfuerzo al frente de la propuesta de la categoría “problema religioso o espiritual” parece haber sido decisivo en la formación de ese reconocimiento en la comunidad de psicólogos y psiquiatras. De forma diferente a otros psiquiatras transpersonales que también contribuyeron en la propuesta, como Francis Lu y Robert Turner, Lukoff se mantuvo particularmente activo en la promoción y divulgación de la categoría, habiendo organizado cursos online y un amplio material didáctico (Lukoff s/d) para orientar su utilización. Mientras tanto, en el DSM-IV, lo que encontramos sobre esa categoría diagnóstica es un pequeño párrafo que menciona algunos pocos problemas liga-

dos a la práctica religiosa⁸³. En el material divulgado por Lukoff, encontramos 115 páginas repletas de ejemplos que explicitan la *rationale* y las intenciones de la creación de la categoría⁸⁴.

Aunque en algunas de sus charlas Lukoff aborde otros temas, como su experiencia como instructor de *mindfulness*⁸⁵ o sus intereses más recientes ligados a la cuestión de las “competencias espirituales”, es notable que en la mayor parte de sus presentaciones públicas el psicólogo apele a su trayectoria profesional y personal. En esas ocasiones y en algunos artículos de su autoría (Lukoff, 1990; 2018), es especialmente su biografía y su propia “crisis espiritual” y psicótica que ocupan la mayor parte de sus exposiciones y sitúan el contexto y el sentido de sus argumentos a favor del diagnóstico⁸⁶.

La historia de su crisis espiritual y psicótica empieza en 1971, cuando tenía 23 años de edad⁸⁷. Después de recibirse en la carrera de civilizaciones antiguas en la Universidad de Chicago y concluir su maestría en antropología

⁸³ Cito aquí el contenido completo presente en el DSM-IV: “Esta categoría debe ser usada cuando el foco de la atención clínica es un problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen: experiencias negativas que implican la pérdida o cuestionamiento de la fe, problemas asociados a la conversión a una nueva fe, cuestionamiento de valores espirituales que no están necesariamente relacionados a una iglesia organizada o una religión institucionalizada” (American Psychiatric Association, 1994:685, *traducción nuestra*).

⁸⁴ Lukoff es especialmente activo en la divulgación de su trabajo, de temas relacionados a la psicología transpersonal y de cuestiones psiquiátricas y psicológicas más amplias en internet. Al menos desde la segunda mitad de los años 1990, encontramos en su vieja página web una rica reunión de artículos y materiales, además de la oferta de cursos online. Ver: https://web.archive.org/web/19980501000000*/www.virtualcs.com (Consultado el 22/01/2021). Su dirección actual lleva el nombre del tema que le ha interesado más recientemente, relativo a las “competencias espirituales” que un profesional de la salud mental debe tener para contener mejor a sus pacientes. Ver: <https://www.spiritualcompetency.com>.

⁸⁵ Se trata de una práctica orientada a la producción de la atención plena en el momento presente, por medio de la adopción una actitud “curiosa” y sin juicios en relación a los propios pensamientos. Creado en los años 1970 a partir de la práctica de la meditación budista, el *mindfulness* viene siendo especialmente utilizado como un instrumento de promoción de la salud y en los últimos años se ha popularizado de forma creciente en Brasil y en otras partes del mundo.

⁸⁶ Como veremos más adelante, en algunas situaciones Lukoff enfatiza que parte del proceso de integración de su crisis espiritual se dio a partir del aprendizaje de técnicas neochamánicas. Sin embargo, aunque se trate de un punto central de los relatos que publicó en forma de artículo – como el publicado en la revista dedicada al tema, *Shaman's Drums* (Lukoff, 1990) –, es usualmente omitido en la mayoría de sus charlas disponibles en internet. La excepción es la conferencia que profirió para el Centro de Medicina Integrativa de la Universidad de California, San Francisco, en la que habló durante una hora. Ver: https://www.youtube.com/watch?v=Ap9uo8J_4SY (Consultado el 23/01/2021).

⁸⁷ Para contar su historia, utilizaré una serie de videos disponibles en YouTube y dos artículos que el autor publicó sobre el asunto (Lukoff, 1990; 2018). En video, el mejor, más completo y más visualizado relato sobre su experiencia es su comunicación para el canal de YouTube “bipolarwakingup” (bipolar o despertando), de Sean Blackwell. Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=RUCbj7hou2c> (Consultado el 23/01/2021). Existe una versión subtitulada en portugués en el canal “Repensando a locura” Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=ZwMlsAeiUIM> (Consultado el 23/01/2021). Blackwell es sociólogo de la religión de formación, pero después de experimentar un episodio maniaco y ser diagnosticado con trastorno bipolar decidió investigar esa experiencia, que considera un “despertar espiritual”. Luego de capacitarse como facilitador en respiración holotrópica, práctica terapéutica creada por Stanislav Grof y Christina Grof, Blackwell la adaptó al contexto de la bipolaridad y pasó a ofrecer retiros terapéuticos. Estuvo presente en el canal “Repensando a Loucura”, organizado por las psicólogas transpersonales Ligia Splendore y Maria Crsitina Barros, evento en el cual participó por medio de un video grabado para la ocasión. De origen canadiense, vive en San Pablo desde 2011. Su canal de YouTube posee casi 25 mil inscritos y sus videos suman casi tres millones de visualizaciones.

social en la Universidad de Harvard, Lukoff se encaminaba a una carrera académica siguiendo los pasos de su padre y su abuelo materno, ambos profesores universitarios, cuando experimentó algo que llamó “crisis existencial”. Sintiendo que desperdiciaba su tiempo aprendiendo sobre otras personas sin conocerse a sí mismo y sin saber el porqué de orientar su vida en ese sentido, decidió abandonar su doctorado y vender todo lo que poseía y no cabía en una mochila. Su decisión era viajar por el país a dedo, algo que le permitió recorrer no solo las ciudades de los Estados Unidos más allá de la costa este, sino también visitar lugares como Canadá, México y hasta Hawái.

Seis meses después del inicio de su viaje, Lukoff se vio en San Francisco, California. Como afirmó en una entrevista⁸⁸: “aunque fuese 1971, culturalmente era lo que llamamos años 60, ¿sabes? Había todo eso de la cultura hippie”. Fue en ese ambiente que le ofrecieron una píldora de LSD. Aunque nunca antes hubiese probado ninguna sustancia psicodélica, decidió aceptar la oferta. Todo anduvo bien ese día, en el que vivió experiencias visuales y un sentimiento de conexión con el mundo que hasta entonces nunca había experimentado, en parte por haber sido criado en un ambiente judío secular y nunca haber sido motivado a tener ese tipo de experiencia de “apertura espiritual”. A pesar de ello, Lukoff creía que nada demasiado transformador había ocurrido. La única diferencia que notó fue que al día siguiente era capaz de entender uno de los libros que llevaba en su mochila y que hasta entonces tenía poco sentido, el *Manual of Zen Buddhism*, de Daisetsu Teitaro Suzuki⁸⁹, uno de los principales responsables por la introducción y popularización de la tradición budista en Occidente. Más que entender la lectura, “sentía que había resuelto el enigma de las enseñanzas zen y entendido lo que significa ser ‘iluminado’” (Lukoff, 2018:2, *traducción nuestra*).

Sin embargo, cuatro días después de su experiencia con el LSD, Lukoff se despertó en el medio de la noche descansado y lleno de energía para volver a escribir en un diario que mantenía de forma intermitente. Al caminar en dirección al baño y mirarse al espejo, notó que su mano derecha brillaba, irradiando una luz blanca. Su mano formaba la posición *gyan mudra*, en la cual el pulgar toca el dedo indicador. Esta señal parecía clara:

[Y]o fui Buda en una vida pasada. Entonces vino otro pensamiento: Buda reencarnó como Jesús Cristo. Por lo tanto, yo también fui Jesús Cristo. Ahora, en

⁸⁸ Ver: https://www.youtube.com/watch?v=M7fz_M0VQyY (Consultado el 23/01/2021).

⁸⁹ Aunque en los artículos que publicó Lukoff (1990; 2018) se refiera a este libro, en algunas de sus entrevistas menciona otro libro, de autoría de Alan Watts, sobre el zen y la iluminación.

ese momento, la imagen luminosa en el espejo me estaba despertando para mi verdadero propósito: retirar una vez más la raza humana del declive. El acto de escribir en mi diario era, en realidad, la creación de una “nueva Biblia”, un libro sagrado que uniría a todas las personas alrededor de los principios comunes de un único sistema de creencias. En vez de unificar un solo grupo social, como lo hicieron Buda e Cristo, mi misión era escribir un libro que crearía una nueva sociedad mundial libre de conflicto y llena de relaciones amorosas (Lukoff, 1990, traducción nuestra).

Lukoff consideraba que estaba preparado para esa tarea. A fin de cuentas, su formación en civilizaciones antiguas y en antropología social le facilitaba un entendimiento comprensivo y científico del modo cómo las sociedades funcionan, lo que le permitía cambiarlas. Sumando el hecho de que se encontraba en el estado iluminado del Buda, no había nada que le impidiese colocar su plan en práctica y preparar esa revolución cultural.

Fue luego después de esa revelación que dio inicio al trabajo. Durante el proceso, se dio cuenta de que podía entrar en contacto con los espíritus de personas importantes, vivas o muertas, que podían auxiliarlo en la creación de su libro sagrado. Margaret Mead, Claude Lévi-Strauss, Bob Dylan, Freud, Jung, Durkheim e Ronald Laing eran, además de Buda y Cristo, algunas de las personalidades con quienes mantenía diálogos y debates. Su trabajo duró cinco días y noches de trabajo exhaustivo. Al final, el resultado fueron 47 páginas que combinaban parábolas, poemas e instrucciones para la organización de una nueva sociedad. Después de realizar diez copias de su libro, las envió a amigos cercanos y familiares.

Durante los cinco meses siguientes Lukoff aguardó las tibias respuestas de aquellos pocos escogidos que había elegido para que leyeran de primera mano su proyecto de una nueva sociedad. Hospedado en la casa de amigos, su revelación de que era una encarnación de Buda y Cristo comenzó a debilitarse, así como la idea de que su libro era como una nueva Biblia. Aun así, Lukoff continuó trabajando en la obra, creyendo que había allí buenas ideas que merecían ser publicadas. En 1972, decidió volver a la costa este para vivir solo en el chalet de verano de sus padres y así proseguir su trabajo. Su salud comenzó a deteriorarse a causa de una enfermedad autoinmune que le causaba dolores en todo el cuerpo perjudicando sus lecturas. Sin embargo, a pesar de la soledad y del sentimiento de depresión que empezaba a invadirlo, continuó sus estudios, conociendo obras como las de Joseph Campbell y Carl Jung. En ese medio tiempo, al leer *La Contracultura* del historiador Theodore Roszak – que ponía en perspectiva mucho de lo que había vivido –, se sintió desilusionado

y completamente avergonzado: su idea no era tan original como creía, sino un ejemplo común de un plan comunal utópico típico de los años 1960. No obstante, un día en que estaba caminando solo por la playa, sintiéndose deprimido y pensando en los eventos ocurridos en los últimos seis meses, algo sucedió: “De repente, oí una voz que hablaba conmigo. Me asusté. La voz me dijo claramente ‘hazte curador [healer]’” (Lukoff, 2010: 5, *traducción nuestra*). Esa fue la primera y única vez que oyó una voz que emanaba de afuera de él mismo, y esta fue decisiva en su cambio de vida y de profesión.

Fue a partir de ese “llamado” que Lukoff decidió retornar a la casa de sus padres, en Nueva Jersey, para recuperarse. En ese período, comenzó a frecuentar clases de yoga y de plantas medicinales, ingresando posteriormente en un centro de potencial humano, lo que le permitió aprender una serie de prácticas terapéuticas, como la terapia *gestalt*, la bioenergética y el psicodrama. Tras trabajar como facilitador de grupos de crecimiento personal en un hospital de Chicago, Lukoff comprendió que el llamado que la voz le hizo era para que se hiciera psicólogo. Eso lo llevó a ingresar al doctorado en psicología clínica de la Universidad Loyola, en la misma ciudad en la que estaba.

Fue durante su formación como psicólogo, en una clase psicología anormal, que Lukoff aprendió que la presencia de delirios de grandeza y alucinaciones visuales y auditivas cualificaría su experiencia como un episodio de delirio psicótico agudo – lo que, en la época, sería diagnosticado como una reacción esquizofrénica aguda –, posiblemente desencadenada por el consumo de LSD y por la falta de horas de sueño combinada con la lectura intensiva de libros sobre el budismo zen en los días que antecedieron al evento culminante. Lukoff consideraba que, si durante el período de crisis hubiese pasado por algún centro de atención a la salud mental, probablemente hubiese sido hospitalizado y medicado con antipsicóticos. Si antes de saber su posible diagnóstico nunca había vuelto a esa experiencia en su trabajo como facilitador de grupos terapéuticos – manteniendo su “libro sagrado” guardado en una caja –, en ese momento que tuvo la seguridad de que no podía hablar sobre el hecho, por miedo de lo que pensarían sus colegas de profesión, tal vez poniendo en riesgo su propia carrera. Como sentencia al respecto de la clasificación psiquiátrica:

Aunque tal nivel de comprensión eche luz sobre lo sucedido, nada en mi formación como psicólogo me estimulaba a explorar más mi episodio psicótico. De la perspectiva del modelo médico psiquiátrico, la psicosis no trae ningún potencial de transformación, solamente el riesgo de su reaparición. (Lukoff, 1990, *traducción nuestra*)

El retorno a este episodio solo fue posible en el período en que realizó una pasantía en el hospital de la Universidad de California en Los Ángeles, cuando comenzó a atenderse con una psicóloga junguiana. Fue durante ese período que, una noche, soñó con un gran libro rojo en el medio de la carretera, bloqueándole el paso. Al comentar el sueño con su terapeuta y ser cuestionado sobre las asociaciones a las que el libro le remitía, decidió hablar sobre su episodio psicótico, intentando tomar distancia del mismo presentándolo en lenguaje psicopatológico, temiendo lo que la mujer pensaría al respecto. Habiendo recibido el reconocimiento de la terapeuta de que esa parecía haber sido una experiencia importante en un “nivel profundo”, estuvo de acuerdo en llevar el libro y finalmente visitar esa memoria, para que pudiesen trabajar sobre ella.

Aunque este haya sido un paso importante en su proceso terapéutico, y haya continuado atendiéndose con la misma terapeuta por cinco años, su persistente incomodidad en relación a la experiencia no le permitía sumergirse de cabeza en ella. Él ahora poseía los símbolos para interpretar el fenómeno como si fuese un sueño, pero “el potencial espiritual inherente a mi experiencia se mantuvo dormido” (Lukoff, 1990, *traducción nuestra*), hasta que entró en contacto con otro conjunto de prácticas: el chamanismo. Después de terminar su doctorado, en 1980, y continuar en Los Ángeles como investigador asistente en una clínica de investigación en la universidad, también se tornó miembro del equipo de la Fundación Ojai, un centro de retiro para la enseñanza de técnicas chamánicas, fundado por la antropóloga Joan Halifax. Fue mediante el contacto con profesores chamanes tradicionales y con curadores indígenas que pudo entrar en contacto con la dimensión espiritual de su episodio psicótico:

En los estados alterados de consciencia inducidos por las prácticas chamánicas, reviví por primera vez desde mi episodio psicótico el sentimiento de unidad con el universo. Una vez más, me estaba comunicando con espíritus divinos y comprendiendo el sentido de la propia vida. En vez de reprimir esas experiencias extáticas que trajeron memorias dolorosas, ahora estaba aprendiendo a confiar en ellas nuevamente. (Lukoff, 1990, *traducción nuestra*)

La práctica y la mitología chamánica le permitieron a Lukoff (1990, *traducción nuestra*) “crear una mitología personal basada en [su] vida íntima”. A partir de ellas, pudo reencuadrar su episodio psicótico movilizándolo la idea de iniciación chamánica, según la cual el sujeto se ve afectado por una grave crisis o enfermedad y, entonces, se inicia en las artes y técnicas curadoras y espirituales. En este sentido, la integración de la dimensión de su crisis espiritual y psicótica le permitió no solo convertirse en psicólogo – por el llamado que

recibió para hacerse curador y por el hecho de no haber sido hospitalizado en el proceso –, sino también orientar sus esfuerzos en la tentativa de integrar la dimensión espiritual en la concepción que la psicología y la psiquiatría ofrecen de los episodios psicóticos.

Aunque mucho pueda ser dicho de su biografía y del modo en cómo la construyó narrativamente en sus exposiciones, nos gustaría atenernos, en las próximas secciones, a dos puntos que nos parecen fundamentales para entender mejor su trabajo como psicólogo transpersonal. Nos detendremos, en particular, en la relación establecida entre la noción de “espiritualidad/ crisis espiritual” y la existencia de “potencialidades transformadoras” aún en los momentos de crisis, y en la utilización de prácticas y mitologías “tradicionales” de pueblos no occidentales usualmente estudiados por antropólogos – en este caso, en la utilización de prácticas terapéuticas neochamánicas. Veremos, en las próximas páginas, cómo esos presupuestos del pensamiento son articulados a partir de la movilización explícita o implícita de una serie de autores, de modo de poder reencuadrar fenómenos y experiencias que serían fácilmente diagnosticados como trastornos mentales.

El potencial de una crisis espiritual

Es evidente en el relato ofrecido por Lukoff, y expuesto en las páginas anteriores, el interés y la importancia que el autor reserva a la noción de “espiritualidad/ espiritual”. Como él mismo afirmó al respecto de su experiencia con el LSD, su sentimiento de conexión con el mundo, en una especie de unidad con el cosmos, era entendido como una experiencia espiritual. Más que eso, muchas veces caracteriza su propio “episodio psicótico” de cerca de cinco meses de duración como una crisis o despertar espiritual, a pesar del hecho de que él mismo podría considerarse, en la época, ateo o agnóstico.

Este tipo de interés dirigido a la noción de “espiritualidad” es característico de la literatura de la psicología transpersonal. De acuerdo con el psiquiatra Bruce Scotton (1996:4), la psiquiatría transpersonal transforma el modelo biopsicosocial en un modelo “biopsicosocial-espiritual”, y las definiciones corrientes sobre la subárea tienden a enfatizar este interés fundante en la espiritualidad⁹⁰.

⁹⁰ No es difícil encontrar en la literatura sobre el tema definiciones sintéticas que colocan la “espiritualidad” como objeto o condición central de la subárea. Es el caso, por ejemplo, de algunas definiciones presentes en los textos reunidos en una obra organizada por el Consejo Regional de Psicología de San Pablo, cuando se afirma que la psicología transpersonal está anclada “en la idea de que la espiritualidad es un eje central para la comprensión del fenómeno humano” (Ferreira; Silva, 2016:82), o cuando se asocia su emergencia a la “idea de que la subjetividad es eminentemente espiritual” (Ferreira; Silva; Silva, 2016:63).

Si seguimos al psiquiatra Stanislav Grof (1993: 84, *traducción nuestra*) en la propuesta de que lo “transpersonal” se refiere más propiamente a un nivel particular de la consciencia, en el cual esta se expande “mucho más allá de nuestros cuerpos o egos”, el sujeto tendría “acceso” a esta dimensión espiritual en este nivel de consciencia. En este sentido, como afirman Christina Grof y Stanislav Grof (1990:40, *traducción nuestra*), “transpersonal” sería “el término moderno utilizado para la experiencia directa de las realidades espirituales”.

Sin embargo, la relación del término con la “religión” es de diferenciación. En efecto, para muchos de esos autores religión y espiritualidad no son lo mismo. Existe la concepción de que, mientras la religión tendría que ver con creencias, dogmas y una organización institucional, la espiritualidad respectaría propiamente a la experiencia del sujeto con algo mayor, que lo trasciende, como el cosmos mismo. En este sentido, la religión organizaría de alguna forma esa “fuerza primaria” que son las experiencias de lo trascendente, mientras que estas últimas no se reducirían solo a su relación con las religiones instituidas – por ejemplo, en el caso del establecimiento de una relación espiritual con la naturaleza, como ocurría con los trascendentalistas estadounidenses del siglo XIX. Lukoff avanza en esta definición no solo en sus textos que proponen la categoría de “problema religioso o espiritual”, sino también en una serie de videos cortos disponibles en su canal de YouTube⁹¹.

Como psicólogos y psiquiatras interesados en las experiencias transpersonales, la atención central de esos actores se dirige exactamente a la experiencia de la persona en detrimento de la religión propiamente dicha si la tomamos de la forma en que esos autores la conceptualizan. Esto puede ser notado inclusive en la propia historia de la propuesta de la categoría de “problema religioso o espiritual” para el DSM. Como nos cuentan Lukoff, Lu e Turner (1998) en un texto posterior a este hecho, la categoría había sido originalmente pensada para referirse solamente a los “problemas espirituales”. Fue recién con el establecimiento de un diálogo inicial con psicólogos de la religión y con otros actores ligados a la Asociación de Psicología Transpersonal que, además de otras modificaciones, optaron por incluir los “problemas religiosos” a la propuesta, “[p]ara obtener mayor apoyo (...) y para reconocer las muchas áreas de superposición entre espiritualidad y religión” (Lukoff; Lu; Turner, 1998:26, *traducción nuestra*). Sin embargo, tal asimetría en el interés puede ser comprendida a partir de otro texto de estos mismos autores (Lukoff; Turner; Lu, 1995) sobre la categoría del DSM. Enseguida después de retomar la división entre “religión” como adhesión

⁹¹ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=Axl-gruTdMU&t=28s> (Consultado el 24/01/2021).

al conjunto de creencias o prácticas de una institución, y la “espiritualidad” como la relación del sujeto con lo trascendente, recurren a una definición de Frances Vaughan (1991), para quien la espiritualidad sería una “experiencia universal” y subjetiva de lo sagrado, y no una “teología” sobre este. Más que ello, la espiritualidad sería “una capacidad innata que existe en todo ser humano” (Vaughan, 1991:116, *traducción nuestra*).

El hecho es que esta noción de espiritualidad se encuentra íntimamente ligada a la idea de un potencial de transformación y crecimiento del sujeto. No parece despropositado que Vaughan haya comenzado su texto con una mención a la obra de Abraham Maslow. Como vimos anteriormente, Maslow fue fundamental no solo en la formación de lo que vendría denominarse Movimiento del Potencial Humano, sino que también ayudó a instituir la psicología transpersonal como una subárea de la psicología. Aunque Lukoff (1988) movilice su obra explícitamente en solo uno de sus artículos, la noción de la existencia de un potencial transformador positivo en las experiencias espirituales es fundamental en sus producciones sobre el tema, así como lo es su propia narrativa, al enfatizar el “potencial espiritual” inherente e ignorado en su “episodio psicótico”. Como afirma el autor junto a sus colegas en el texto de la propuesta de la categoría al DSM-IV, la cuestión es que una experiencia espiritual puede ser “integrada y usada como estímulo para el crecimiento personal” o entonces ser reprimida y tomada como síntoma de un trastorno mental, a depender de la actitud del clínico (Lukoff; Lu; Turner, 1992:679). Maslow sería una de las principales influencias de esta idea, una vez que, como Vaughan (1991:105, *traducción nuestra*) afirma a respecto del autor, “en sus observaciones los individuos psicológicamente sanos eran aquellos con un profundo y bien integrado sentido de la espiritualidad en sus vidas”.

De hecho, aunque Maslow publicase textos sobre su pirámide de la jerarquía de las necesidades al menos desde 1943, haciendo de ella el fundamento de su teoría psicológica y de su propuesta para una psicología humanista, a lo largo de los años 1960 pasó a incluir una nueva preocupación en su esquema analítico: la autotrascendencia⁹². Como fue mencionado anteriormente, la idea de la pirámide es la de un individuo que posee distintos niveles de necesidades que lo movilizan y lo motivan, y que, aunque puedan “subir” o “bajar”, depen-

⁹² Vale notar que Maslow no fue el único “psicólogo humanista” en incluir aspectos trascendentales y espirituales a lo largo de su trayectoria profesional. Como argumenta Robert Fuller (2005), el importante psicólogo Carl Rogers también se vio afectado por la experiencia de Esalen y las transformaciones más amplias ocurridas en la sociedad estadounidense con la emergencia de la Nueva Era, habiendo adoptado un metalenguaje espiritual en un momento posterior de su vida y de su trabajo.

diendo de la satisfacción o no de los niveles más fundamentales, el sentido de la salud y de la felicidad sería ascendente, encontrando su ápice en la punta de la pirámide. De esta manera, su teoría de la motivación busca ser una respuesta a las teorías que postulaban una forma reduccionista de comprensión de las necesidades humanas, como aquellas que instituyen la necesidad de alimentación como el imperativo único y último que nos motiva en nuestras decisiones y acciones en nuestra vida cotidiana. En su lugar, Maslow reconocía la anterioridad de las necesidades fisiológicas al situarlas en el primer nivel de la jerarquía, pero argumentaba que, una vez satisfechas, nuevos órdenes de necesidades emergen, motivándonos hacia otras áreas de la vida.

Sus estudios empíricos se daban especialmente con personas que ocupaban la cúspide de la pirámide, a las que denominaba “autoactualizadas”. Para Maslow (1943:382), la autoactualización se refería al deseo de autorrealizarse, o sea, “actualizarse en aquello que se es potencialmente”, algo que estaría inscrito tanto en la biología de la especie humana como en la particularidad de cada individuo. En este sentido, la forma específica de esa autorrealización variaría de persona a persona, y Maslow (:152) llega a incluir una lista de personalidades históricas – que hicieron su vida desde la política institucional, el mundo artístico y el discurso espiritual, como George Washington, Goethe, Ralph Waldo Emerson e Benjamin Franklin – como sujetos posiblemente autoactualizados. Común a todos ellos sería el sentido de gratitud y de significado propiciado por la actividad a la que se dedicaban, habiendo todos ellos posiblemente realizado el potencial de su ser.

No obstante, al menos desde el inicio de los años 1960, Maslow comenzó a creer que su cuadro no estaba completo. De acuerdo con Koltko-Rivera (2006), el psicólogo habría comenzado a cuestionarse, a partir de sus estudios sobre las experiencias culminantes (*peak-experiences*) y sobre los estados cognitivos a estas relacionados, sobre cuán adecuado era que la noción autoactualización ocupase la cúspide de la jerarquía de las necesidades. Ello porque, en tales estados de excitación oceánica, las personas serían llevadas a trascender sus propias preocupaciones personales, más allá de su *self* y de las potencialidades a él vinculadas, experimentando una sensación de conexión con el mundo – experiencia esta que Maslow (1976) cualifica en otro momento como “núcleo universal” de todas las religiones del mundo. Aunque determinar si lo que denominó “autotrascendencia” constituye o no un nivel distinto al de la autorrealización sea materia de debate (Koltko-Rivera, 2006), la experiencia de trascendencia del sujeto parece haber sido reconocida por él como una especie de “cúspide” de la pirámide, acompañando así, en el plano teórico, lo que venía proponiendo para la formación de la psicología

transpersonal. Como escribió en el mismo artículo en que mencionó la idea de la “cuarta Psicología” por primera vez: “el ser humano totalmente desarrollado (y muy afortunado), trabajando sobre las mejores condiciones, tiende a ser motivado por valores que trascienden su *self*” (Maslow, 1968:4, *traducción nuestra, énfasis del autor*).

A partir de la atención prestada a las experiencias culminantes y trascendentales como fenómeno íntimamente ligado al potencial de desarrollo personal más sublime, Maslow, Stanislav Grof y Christina Grof desarrollan el concepto de “crisis de emergencia espiritual” (*spiritual emergency*). De acuerdo con Lukoff, Lu y Turner (1998), la propuesta de la categoría “problema religioso o espiritual” es directamente tributaria de los trabajos de los Grof y de ese concepto en particular. No en vano, el ímpetu inicial de la creación de una categoría en el DSM provino de las actividades realizadas en la *Spiritual Emergence Network*, fundada en Esalen, en 1980, por Christina Grof, con el objetivo de brindar apoyo a personas en situación de “crisis espiritual”, “proporcionándoles informaciones que les den una nueva comprensión de los procesos por los cuales pasan y aconsejándolas sobre las alternativas disponibles al tratamiento tradicional” (Grof; Grof, 1989:xiv, *traducción nuestra*). Como relata Lukoff⁹³, fue inclusive como miembros del consejo de la red que Francis Lu y él pasaron a trabajar en conjunto y llegaron a la idea de proponer la categoría para el DSM como una forma de incluir el debate sobre las crisis de emergencia espiritual en el *mainstream* académico, reconociendo así la existencia de tales fenómenos.

La gran contribución realizada por Grof y Grof (1989) a este debate es la de incluir en el esquema de desarrollo espiritual experiencias normalmente consideradas por la psiquiatría como posiblemente patológicas. Los autores parten de un juego de palabras que se pierde en la traducción al español, entre *spiritual emergence* y *spiritual emergency*, que traducimos respectivamente como *emergencia espiritual* y *crisis de emergencia espiritual*. Como deja ver la traducción, mientras la emergencia espiritual se refiere a una “oportunidad de ascenso a un nuevo nivel de consciencia”, experimentando un estado de conexión con el mundo que se da de manera suave, la crisis de emergencia espiritual poseería esa misma potencialidad de transformación, pero implicaría al mismo tiempo una crisis abrupta que desafía la vida cotidiana de la persona (Grof; Grof, 1989:x, *traducción nuestra*). En los casos de emergencia espiritual, muchas veces desencadenados por la práctica de ejercicios espiri-

⁹³ Ver: https://www.youtube.com/watch?v=Ap9uo8J_4SY (Consultado el 20/01/2021).

tuales – como la meditación y la contemplación monástica –, la consciencia de la persona se ampliaría más allá del nivel individual, accediendo al “reino mitológico de las formas arquetípicas”, representado por una variedad impresionante de fenómenos (Grof; Grof, 1989:11, *traducción nuestra*). De hecho, bajo la categoría de “crisis espiritual” o de “formas arquetípicas”, los autores agrupan fenómenos que serían “tipos” particulares de esas crisis, como la crisis chamánica, episodios de consciencia unitiva/experiencia mística, experiencias de vidas pasadas, comunicaciones con espíritus-guía, experiencias con extraterrestres, estados de posesión, entre otras⁹⁴.

El problema, no obstante, se refiere al hecho de que la psiquiatría considera como trastornos mentales muchos fenómenos que serían, en realidad, crisis espirituales. En tales casos, fenómenos valorizados en culturas del mundo entero y en toda la historia preindustrial serían, en la modernidad occidental, reprimidos y categorizados como patologías de la mente por parte de la psiquiatría, desperdiciando así todo su potencial espiritual. Como afirman enfáticamente:

Sentimientos de unidad con todo el universo. Visiones e imágenes de tiempos y lugares distantes. Sensaciones de corrientes vibrantes de energía recorriendo el cuerpo, acompañadas de espasmos y de violentos temblores. Visiones de divinidades, semidioses y demonios. Vivos deslumbramientos de luces brillantes y de los colores del arco-iris. Temores de insanidad inminente, hasta de muerte (...).

Nosotros encontramos muchos paralelos con esos incidentes en las historias de las vidas de santos, yoguis, místicos y chamanes. En realidad, la literatura y las tradiciones espirituales alrededor del mundo validan el poder de cura y transformación de esos estados extraordinarios para las personas que los experimentan. ¿Por qué, entonces, los individuos que tienen esas experiencias hoy en día son casi invariablemente consideradas como enfermos mentales? (Grof; Grof, 1989:2, *traducción nuestra*)

En lugar de esa actitud, los autores consideran esencial para el manejo “clínico” que los trastornos mentales sean diferenciados de los episodios de crisis espiritual, para que estos últimos puedan ser recibidos en un espacio acogedor y receptivo, que cuente con el apoyo de personas con conocimiento de tales fenómenos de modo que todo el potencial positivo espiritual

⁹⁴ Esta tipología es seguida casi integralmente por Lukoff (s/d) en su material didáctico sobre la categoría de “problemas religiosos o espirituales”, clasificándolos como “problemas espirituales”.

inscrito en la experiencia pueda ser integrada a la persona. A este respecto, Lukoff (1985) y los Grof utilizan el ejemplo del “episodio psicótico” para avanzar en la plausibilidad psiquiátrica de sus argumentos. En cuanto a la utilización del concepto de “disociación” como un término descriptivo, no se abandona aquí el rótulo “psicótico” para describir fenómenos vistos como delirios y alucinaciones visuales y auditivas. Para los autores, cabe la posibilidad de que existan “episodios psicóticos agudos” – llamados por Grof y Grof (1989:4) “psicosis funcionales” –, en los cuales el pronóstico es mucho mejor que en los casos de psicosis crónicas y de fondo orgánico, siendo estos últimos más fácilmente asociados a trastornos mentales como la esquizofrenia.

En su primer artículo sobre el tema, Lukoff (1985) aborda exactamente esa superposición confusa entre los fenómenos de “experiencias místicas con características psicóticas” y los “trastornos psicóticos con características místicas”. Debido a la semejanza entre la fenomenología del misticismo y algunas experiencias de trastornos psicóticos, parte de su texto está dedicado a la tentativa de establecer criterios para identificar episodios psicóticos que puedan tener un buen pronóstico⁹⁵. Sin embargo, lo que nos interesa en su texto y en los de Christina Grof y Stanislav Grof es exactamente la idea de que los estados psicóticos y las crisis espirituales pueden superponerse. Aunque en los escritos de estos autores haya por momentos una definición exclusiva, del tipo “esto o aquello” (estados psicóticos o crisis espirituales), la mayoría de las veces parece darse esa superposición: un estado psicótico *que* es una crisis espiritual, no siendo síntoma de trastorno mental. Esto se hace explícito en el relato de Lukoff sobre su propia crisis, en la que creía ser la reencarnación de Buda y de Cristo. No hay, de su parte, ningún rechazo a cualificar su crisis como un “estado psicótico”, pero sí está presente la propuesta de pensar ese estado también y más propiamente como una “crisis espiritual”, con potencial de transformación y crecimiento.

Al proceder de esta manera y al recurrir a las prácticas neochamánicas en su proceso de cura – entendida como la integración de la experiencia y de sus potencialidades transformadoras –, Lukoff establece una relación ya consolidada, de alguna forma, en la literatura transpersonal. Se trata de la idea de que los místicos de otros tiempos o los chamanes de otras culturas también experimentarían crisis psicóticas, pero sabrían lidiar mejor con ellas.

⁹⁵ Buen “funcionamiento” social anterior a la experiencia; emergencia aguda de los síntomas, con duración aproximada de tres meses o menos; ocurrencia de eventos estresantes antes del episodio; actitud positiva y exploratoria durante el episodio (Lukoff, 1985:170).

En este sentido, habría sido el encuentro con las prácticas y la mitología de la crisis iniciática del chamán lo que le permitió reencuadrar su propio episodio psicótico e integrar sus potencialidades espirituales.

La cuestión de chamán

El tema del chamanismo es un ejemplo importante de tal propuesta y no solamente por haber sido movilizado por Lukoff en su relato personal. Interesa también porque, a lo largo de la historia, sus practicantes de sociedades no occidentales fueron comprendidos como sujetos “descompensados” en términos psicológicos, siendo descritos muchas veces como poseyendo trastornos mentales más graves. Al menos desde la mitad del siglo XIX, los escritos de viajeros y etnógrafos sobre la región de Siberia – área geográfica de donde proviene el término “chamán” – presentaban este tipo de comprensión psicológica de sus practicantes. De acuerdo con el historiador Andrei Znamenski (2007), esta interpretación se habría consolidado en el paso del siglo XIX al siglo XX, a partir especialmente de los trabajos de una serie de etnógrafos de origen ruso exiliados en la región. Para el historiador, ello se debía, en parte, a la asociación realizada por esos viajeros entre el chamán y un fenómeno local llamado “histeria ártica”, según el cual parte de los habitantes de la región sería afectada por ataques histéricos probablemente causados por el clima extremo. Aunque la población nativa diferenciase explícitamente el chamán y su oficio de control espiritual de aquellas personas que serían “poseídas o torturadas por espíritus” – consideradas histéricas por los viajeros –, tal asociación acabó convirtiéndose en una interpretación común, alterando, a veces, el “diagnóstico” psiquiátrico o psicológico ofrecido por el analista.

Fue a partir de la publicación de la traducción al inglés de algunas de esas obras etnográficas que el debate entró en la academia de los países occidentales⁹⁶. La interpretación de los etnógrafos rusos fue en general aceptada por los antropólogos occidentales de la primera mitad del siglo XX – entre ellos, Robert Lowie e Paul Radin –, que adoptaron como punto de partida la idea de que el verdadero chamanismo estaría inevitablemente ligado a la existencia de una psicopatología. Para Znamenski, aún aquellos antropólogos que veían con reservas el uso de diagnósticos psiquiátricos para definir

⁹⁶ Además de las etnografías de Waldemar Bogoras y Vladimir Jochelson, Znamenski cita también la obra *Aboriginal Siberia*, escrita por la antropóloga de origen polaco Marie Czaplicka y publicada en 1914, que contenía una revisión de las producciones de los etnógrafos rusos y que fue utilizada como referencia por Ruth Benedict en sus menciones al chamanismo siberiano que abren esta disertación.

a los chamanes, acababan por estar de acuerdo en que “el chamanismo era un nicho conveniente para individuos mentalmente perturbados que experimentaban problemas de adaptación a la vida social de sus comunidades”, tratándose de una especie de locura culturalmente sancionada (Znamenski 2007:100-101, *traducción nuestra*).

Sergei Shirokogoroff fue una excepción entre los etnógrafos rusos que mantenían una interpretación de fondo psicológico. De acuerdo con Znamenski (2007:107), su obra de los años 1930 produciría un profundo impacto en los estudios sobre chamanismo realizados en Occidente. Esto porque Shirokogoroff no sólo afirmaba que la llamada “histeria ártica” no era una psicopatología, sino un comportamiento culturalmente refrendado, como también argumentaba que los chamanes eran personas sanas y que sus crisis iniciáticas que involucraban convulsiones, delirios y sufrimiento físico y mental eran, en realidad, una costumbre local. Más que eso, el etnógrafo ruso otorgaba un papel central al chamán en la sociedad, mostrando al practicante espiritual como un curador poderoso que sustentaba el orden de su grupo social.

Aunque la obra de Shirokogoroff no se haya hecho conocida en la academia de los países occidentales, Mircea Eliade retomó de allí la idea del chamán como una figura central en la organización de la sociedad, rechazando la cuestión de la supuesta psicopatología presente en estos agentes de lo sagrado. Publicada originalmente en francés en 1951 y traducida al inglés en 1956, su obra *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis* también fue fundamental en el proceso de popularización del tema en Occidente. De acuerdo con Kocku von Stuckrad (2014:160, *traducción nuestra*), Eliade “debe ser tratado como la principal ‘puerta giratoria’ entre el discurso intelectual del siglo XIX y las apropiaciones populares del chamanismo en la segunda mitad del siglo XX”. Junto a Carlos Castaneda y su disertación de maestría en antropología transformada en libro, *Las enseñanzas de Don Juan*, de 1968 – sobre un supuesto chamán *Yaqui*, de la región de México⁹⁷ – Eliade contribuyó con la descontextualización y universalización de la práctica chamánica (Scuro; Rodd, 2019), transformando al chamán en un especialista del éxtasis que no estaría restringido a la región de Siberia.

Fue en este proceso de popularización del chamanismo en los círculos

⁹⁷ La obra de Castaneda está repleta de controversias involucrando la real existencia de Don Juan o la total invención ficcional por parte del autor. Sea como fuere, su formación en antropología parece haberlo habilitado a redactar una obra que era, en principio, mínimamente plausible para sus colegas de la academia. Castaneda defendería aún su tesis de doctorado en antropología en la Universidad de California, Los Ángeles, en 1973, antes de alejarse del debate público y de la academia misma (Znamenski, 2007; Caravita, 2019).

antropológicos y en la Nueva Era, a partir de los años 1960 y 1970, que su característica de práctica espiritual y terapéutica pasó a ser central. A partir del interés intelectual, ocurrió la apropiación de sus técnicas y mitologías en parte de esos círculos de los centros urbanos occidentales, produciendo lo que algunos autores denominan *neochamanismo*. Aunque el debate implicando tal integración de prácticas espirituales de poblaciones indígenas y técnicas psicoterapéuticas sea extenso y sus ramificaciones internas considerables, me remito a él porque fue a partir de uno de esos grupos que Lukoff pudo reencontrarse su propia experiencia psicótica, gracias a las técnicas de producción de éxtasis y estados alterados de consciencia con las que tuvo contacto. No en vano, la fundadora de la institución a la cual fue a trabajar e iniciarse era Joan Halifax, considerada por los estudiosos del tema (Stuckrad, 2014; Znamenski, 2007; Boekhoven, 2011) una de las antropólogas responsables por la consolidación y popularización de esa adaptación de las prácticas chamánicas al contexto terapéutico y espiritual de Occidente.

Nuestro interés por este debate no se refiere propiamente a la emergencia de la utilización de técnicas chamánicas tradicionales, sino al modo a cómo Lukoff rearticula su propia crisis psicótica a la luz de la experiencia de crisis iniciática de los chamanes, estableciendo una conexión entre los chamanes tradicionales y las personas acometidas por algún episodio psicótico. Este tipo de articulación parece ser producto de un desplazamiento sensible del problema del “chamán como un trastornado”.

Tal vez el tipo de solución con mayor adhesión reciente haya sido aquel que afirma que el chamán de las sociedades indígenas *no es* un sujeto acometido por algún tipo de psicopatología y que sus experiencias no poseen nada semejante a los síntomas del estado psicótico. Fue en torno de esta premisa que el psicólogo Richard Noll (198) elaboró su muy referenciado texto sobre el uso de la “metáfora esquizofrénica” en la descripción del chamanismo. En una operación análoga a la realizada por Bourguignon en su trabajo comparativo sobre los fenómenos de trance y trance posesivo, Noll recurre al término “estado chamánico de consciencia” (EXC), acuñado por Michael Harner (1995), que categoriza fenomenológicamente el “estado alterado de consciencia” particular que definiría los estados chamánicos alrededor del globo. Su definición “neutra” en términos de una explicación psicológica permite comprar este fenómeno singular con lo que sería la fenomenología de un estado esquizofrénico, equiparando punto por punto las características psicológicas de estos dos estados y evidenciando las diferencias entre ellos. En este sentido, es en tono de desaprobación que Noll se posiciona frente al uso indiscriminado de categorías psicopatológicas en el análisis del estado psicológico de los chamanes:

Lamentablemente, los estudios psicológicos y antropológicos tienden a ligar arbitrariamente el EXC y la esquizofrenia con versiones transculturales de un mismo estado psicológico. Solo muy recientemente el EXC ha sido estudiado como un tipo específico de estado alterado con sus propias características interculturales y experienciales. Más frecuentemente que esporádicamente, el EXC es considerado un estado de perturbación, análogo a los estados esquizofrénicos. (Noll, 1983:447, *traducción nuestra*)

Si la posición de Noll sobre el tema de la vinculación de esa práctica social a la esquizofrenia es de total rechazo de cualquier paralelismo que justifique la utilización de la categoría psiquiátrica como metáfora, existe aún otra perspectiva sobre el tema, parcialmente recubierta por los textos por él citados. Es a partir de esta otra posición que Lukoff articula sus propuestas y relata su propia experiencia. Esta otra perspectiva se alinea con Noll al rechazar la patologización de los practicantes del chamanismo, al tiempo que se distancia de éste al reconocer la existencia de alguna relación psicológica entre el sujeto diagnosticado con esquizofrenia y el chamán.

Este otro tipo de concepción de la cuestión fue elaborado de modo más claro por el psicólogo clínico Julian Silverman, en un texto publicado en 1967 en el periódico *American Anthropologist*. Al momento de la publicación de su artículo, Silverman ya era jefe de la sección de estudios perceptivos y cognitivos del Instituto Nacional de Salud Mental. Partiendo de una distinción entre esquizofrenia “procesual” y “relativa” – semejante a aquella mencionada anteriormente en relación al episodio psicótico agudo y la psicosis crónica – el autor argumenta que la ya notada similitud entre los comportamientos psicóticos (*psychotic-like*) de los chamanes y el de los “esquizofrénicos agudos” “refleja identidades aún más básicas en los procesos cognitivos que generan esos comportamientos” (Silverman, 1967:21, *traducción nuestra*). En este sentido, Silverman propone que el estado psicológico de ambos en un momento de crisis es idéntico, siendo distinto el modo en cómo la cultura que estos individuos integran aprehende tales comportamientos. Reconocido entre sus compañeros por su habilidad de ingresar en otros estados de consciencia, accediendo al mundo espiritual y así poseyendo una función social curativa, el chamán es capaz de reorganizar su experiencia iniciática de cuño psicótico, mientras que el esquizofrénico agudo de los centros urbanos occidentales es rotulado como un enfermo mental y así tiene su experiencia negada, intensificando aún más su sufrimiento.

Este es el texto que parece haber consolidado ampliamente esta perspectiva, al menos en la literatura, en torno de la psicología transpersonal, sien-

do inclusive retomado por Lukoff (1990) en el principal relato escrito sobre su experiencia. En parte, esto puede ser explicado por la relación que Silverman mantuvo con figuras clave en la psicología transpersonal y en el movimiento de la Nueva Era, habiendo sido gerente de Esalen a lo largo de los años 1970 y, ya en 1968, organizado un importante simposio en la institución con el título *El valor de la experiencia psicótica*, que contó con la participación de personas como Stanislav Grof, Allan Wats y aún el poeta beat Allen Ginsberg (Anderson, 1983:216). Por su lado, el texto fue catapultado hacia el reconocimiento público cuando el célebre mitólogo Joseph Campbell lo mencionó en uno de sus textos reunidos en el libro *Myths to Live By*, publicado por primera vez en 1972, agregando a la tesis el elemento de los arquetipos mitológicos⁹⁸.

Campbell cuenta que, aunque nunca hubiese estudiado el tema de la esquizofrenia, en 1968 fue invitado por Michael Murphy a presentar una serie de clases sobre el tema en Esalen, lugar donde había dictado un curso sobre mitología el año anterior. Al ser convencido de la posibilidad de conciliar sus investigaciones sobre mitología con los debates en torno de la esquizofrenia, Campbell aceptó dictar el curso en conjunto con el psicólogo junguiano John Weir Perry, que había escrito un artículo, algunos años antes, argumentando que las formas simbólicas de la fantasía esquizofrénica combinaban con aquellas arquetípicas y universales descritas por el mitólogo en su popular obra *El héroe de las mil caras*. Según Campbell, el argumento de Perry postulaba que algunos casos de crisis esquizofrénica no deberían ser interrumpidos con tratamientos de shock y medicación. En su lugar, estas personas deberían ser auxiliadas a lo largo de esa “travesía” hacia el interior de la psiquis, algo que implicaría un proceso de desintegración y reintegración del self.

Fue a través de Murphy o Perry que el mitólogo tuvo contacto con el artículo de Silverman. Lo que le interesó del trabajo fue, propiamente, la dimensión que ligaba el chamán de alguna sociedad tradicional con el esquizofrénico de su propia sociedad, los Estados Unidos. De hecho, fue en su texto que Campbell formuló el “problema” de la identidad y la diferencia entre el místico/chamán y el esquizofrénico/psicótico/trastornado de modo paradigmático, siendo citado continuamente y tronándose epígrafe de varias obras, como el libro de los Grof sobre las crisis de emergencia espiritual:

⁹⁸ De acuerdo con Campbell, los arquetipos tendrían que ver con esas ideas elementales que serían encontradas con algunas variaciones en mitologías de todo el mundo. De este modo, mientras el arquetipo de la divinidad sería universal, sus formas de manifestación serían variadas.

¿Cuál es la diferencia entre una experiencia psicótica o con LSD y una experiencia yogui o mística? Los zambullidos se dan todos en el mismo mar profundo e interior – sobre ello no hay dudas. (...) La diferencia, para ponerlo claramente, es simplemente equivalente a aquella entre un buceador que puede nadar y uno que no puede. El místico, dotado de talentos nativos para este tipo de cosa y siguiendo, etapa por etapa, las instrucciones de un maestro, entra al agua y descubre que sabe nadar; mientras que el esquizofrénico, sin preparación, sin guía y sin dotes, cayó o se zambulló voluntariamente, y se está ahogando. (Campbell, 1993:209, *traducción nuestra*)

Para no dejar dudas sobre lo que postula, Campbell afirma, a seguir, que las aguas en las cuales ese conjunto de personas se zambulle son las mismas, tratándose de las aguas de los “arquetipos universales de la mitología”. El problema no estaría en la experiencia en sí, sino en el modo en cómo esta es encuadrada por la cultura y en cómo la sociedad recibe a aquellos que la experimentan, sin prestar el necesario auxilio al individuo para que pueda atravesar las profundidades oceánicas de su crisis y retornar al mundo común, terreno, con su self transformado. Para Znamenski (2007:119, *traducción nuestra*), la movilización, por parte de Campbell, del debate alrededor de las posibles psicopatologías del chamán sirve para que el mitólogo “contraste la espiritualidad clásica occidental y tribal con el modelo occidental vaciado de lo sagrado y lo espiritual”.

Este parece ser el punto fundamental de la cuestión del “chamán”. Al situar la noción de que un episodio psicótico sería la base sobre la cual tanto un diagnóstico psiquiátrico como el llamado para ser chamán se realizan – en la medida en que la psicosis es encarada como una travesía espiritual en lo más íntimo del ser –, pasa a ser posible mirar hacia otras culturas como una fuente de inspiración para lidiar con tales experiencias. Esto queda claro en el relato realizado por Lukoff (1990, s/p, *traducción nuestra*), especialmente cuando confiesa que “le gust[a] pensar que en una época más antigua [su] crisis iniciática chamanística [lo] habría marcado como un chamán-elegido, y [él] se habría convertido en aprendiz de un maestro chamán para aprender a controlar esas habilidades”. En su caso, la elección del chamanismo como herramienta de construcción de su propia mitología habría ocurrido tanto por casualidad, al comenzar a trabajar en la Fundación Ojai con sus técnicas neochamánicas, como al notar ciertos paralelos arquetípicos (de símbolos) y experienciales al estudiar la literatura chamánica después del contacto inicial con sus prácticas.

Esencial en este proceso habría sido su propio aprendizaje con maestros chamanes, en la vivencia de un estado alterado de consciencia semejante al

que había experimentado en su episodio psicótico, y en la enseñanza ofrecida por sus profesores sobre cómo tomar control sobre su experiencia espiritual. En este sentido, como indican los antropólogos Juan Scuro e Robin Rodd (2019:1082), en el proceso de adaptación del chamanismo al contexto psicoterapéutico de Occidente, ciertas características pasan a ser enfatizadas en detrimento de otras, transformando la propia práctica. En este proceso, llama la atención el cambio de escala de acción del chamán de lo cósmico o social a lo personal, a partir del énfasis psicoterapéutico y del “cultivo del *self*” en las prácticas llamadas neochamánicas.

De acuerdo con Lukoff (1990), la misma Joan Halifax durante un *workshop* intitulado *Psicosis: ¿misticismo, chamanismo o patología?*, contó que la inspiración para establecer la Fundación Ojai vino de una experiencia psicótica personal. Como relata Halifax en una entrevista sobre su crisis y el contacto “íntimo” con otras culturas:

Yo había trabajado en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Maryland y había estado con personas locas, y me daba cuenta de que tenía síntomas muy parecidos. Pero sabía por mis estudios como antropóloga que había otro modo de explorar eso – que es lo que muchos individuos en culturas tribales pasan para convertirse en curadores [healers] –, y que era posible usar una crisis mental y corporal como un modo de llevar el individuo a la experiencia de morir y renacer. Fue eso lo que me llevó a explorar el chamanismo. Sabía que lo que yo estaba pasando estaba fuera de control y era extremo, pero no me consideraba loca. De alguna forma, sabía que era una experiencia muy poderosa, hasta mística tal vez. Aunque fuese muy agonizante, abrió todo tipo de puertas en mi vida.

Fue durante ese período que conocí a los indígenas Huichois de México. Mi relación con ellos cambió mi vida de una forma muy dramática, porque me di cuenta de que no quería solo *estudiar* culturas tribales o *estudiar* métodos de cura, sino que quería estudiar con pueblos tribales. No quería seguir siendo la antropóloga que los analizaba. Quería entrar en otra cultura para encontrar un modo de curarme del sufrimiento. (Halifax apud Gordhamer, 1995:141, *traducción nuestra y énfasis de la autora*)

Existe aquí la idea de que existe una relación más íntima y original con lo sagrado por parte de las poblaciones no occidentales, algo que constituye una constante en las prácticas y tradiciones movilizadas en el llamado movimiento Nueva Era (Bowman, 1995; Carozzi, 1999b). Si Occidente perdió su forma de conexión con lo sagrado en favor de una visión racionalizada del mundo – mante-

niendo tal relación solamente en casos extremos, como el de los místicos –, entonces sería preciso que nos volviéramos hacia las tradiciones que aún mantienen ese tipo de relación más “próxima”, que saben encarar mejor esas experiencias por las cuales todos los seres humanos pasan. En este sentido, es indicativa la afirmación de Lukoff al remitirse al pasado para caracterizar la posibilidad de tornarse un chamán: “en otra época”, él habría sido reconocido como tal, así como lo sería en otra cultura premoderna, en un cierto elogio a lo “primitivo”. Si la formación académica de Lukoff en civilizaciones antiguas y en antropología no es mencionada por él como una influencia en su aproximación inicial a las técnicas neochamánicas, Halifax es bien explícita respecto a tal “inspiración por la alteridad” producida por su propio trabajo como antropóloga. En cuanto a disciplina característicamente orientada a la investigación de grupos “no modernos”, la antropología se torna un saber privilegiado en el acceso a tradiciones y prácticas de esas y otras culturas.

De este modo, vemos cómo tal operación no solo despatologiza experiencias ligadas a las prácticas religiosas y espirituales entendidas como psicopatológicas por los saberes psi. Hay un considerable desplazamiento del debate planteado por los estudios sobre disociación. Ya no se trata de ver la religión como una institución cultural en la cual la relación con lo sagrado ocurre a partir de la utilización de algún mecanismo psicológico universal a la humanidad, hecho que sería evidenciado por la investigación de los “usos normales” de la “disociación” en otras culturas. Así como tampoco es ya el privilegio dado a la “cultura” en la que la persona está inmersa que brindaría a los profesionales de la salud mental un criterio de averiguación de la existencia de un trastorno mental. Si la categoría “problema religioso o espiritual” puede ofrecer una especie de “freno” a una pulsión patologizadora de la psiquiatría en relación los fenómenos ligados a la religión y la espiritualidad, parte de la literatura transpersonal hace más que establecer un principio de precaución.

Para Lukoff y algunos autores de la psicología transpersonal, las “otras” culturas actúan como una fuente de sabiduría para que repensemos nuestras propias consideraciones sobre algunas personas diagnosticadas con trastornos mentales. El mismo Lukoff (1985:158) es explícito a este respecto, al indicar que, aunque muchos trabajos reconozcan la posibilidad de que un episodio psicótico agudo tenga pronósticos positivos y aún transformadores para el individuo, el DSM-III no reconocía esa posibilidad, patologizando indiscriminadamente cualquier tipo de experiencia de ese tipo.

Lo que las otras culturas no enseñaron es que aún esos casos reconocidamente psicóticos en los que no hay ningún tipo de relación con un comportamiento preconizado por la cultura local o por instituciones religio-

sas serían ocurrencias de crisis espirituales, una travesía al interior profundo y sagrado de la psiquis de la especie humana. Esto sería explícito en el uso ejemplar realizado por otras culturas de las potencialidades transformadoras de esos mismos estados, en la identificación hecha entre el psicótico y el chamán. Al proceder de esta manera, el problema se desplaza de la experiencia psicótica al tipo de recepción que nuestra cultura moderna realiza de este fenómeno, dejando así de tener sentido la utilización del criterio de normalidad cultural, dado que es nuestra propia cultura y sus normas sociales que quedan bajo sospecha. Poniendo en marcha un juego de inversiones, si existe aquí la adopción de una lógica patologizante occidental en la comprensión del otro, entra en circulación una concepción que ve en ese otro (chamán) una nueva clave de comprensión de nuestra propia psiquis y de los fenómenos patologizados por los saberes psi.

Para estos propósitos, el estilo de pensamiento puesto en movimiento por estos autores reconoce una identificación entre la experiencia de algunos psicóticos y la de los chamanes de otras culturas. Pero en vez de tomar la identificación desde un punto de vista negativo o patologizante – como hicieron los antiguos antropólogos al reconocer en los chamanes indicios del psicótico o del neurótico –, ellos ven en esta identificación una potencialidad espiritual: los sujetos modernos diagnosticados con trastornos psicóticos, como esquizofrenia, podrían ser considerados chamanes en otras sociedades, teniendo sus experiencias reconocidas e incentivadas por la cultura, ocupando así posiciones de prestigio en las que ayudarían a los miembros de su grupo social. En este caso, el modo de resolución de la crisis iniciática del chamanismo sirve como inspiración, al ser tratado como un modo más competente de abordar este tipo de situación y en sus potenciales transformadores. Parte de este proceso tiene que ver con la “terapeutización” de técnicas otras, adecuándolas al contexto psicoterapéutico occidental. Es a partir del encuentro con otras técnicas y mitologías que se altera nuestra propia comprensión sobre parte de los pacientes psiquiátricos⁹⁹.

⁹⁹ Es importante apuntar que esta forma de operación del pensamiento no se limita a los actores ligados a la psicología transpersonal. Aunque no sea mi objetivo en esta disertación, me llama la atención la enorme difusión con la que cuenta el enunciado “los esquizofrénicos serían chamanes en otras culturas”. Solo por dar un ejemplo rápido, este es el argumento central de una conferencia brindada por el fotógrafo y documentalista Phil Borges para el *Tedx Talks*, en 2014. Disponible con subtítulos en japonés, polco y ruso. El video posee más de cuatro millones de visualizaciones. Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=CFtsHf1lVI4&t=27s> (Consultado el 20/01/2021).

Como intentamos apuntar a lo largo de este capítulo, la emergencia histórica del estilo de pensamiento de la psicología transpersonal como una posible rama de la psicología está completamente entrelazada con la propia emergencia de las bases del movimiento Nueva Era en los Estados Unidos de los años 1960. Más que eso, la propia influencia teórica puede ser considerada. Para Hanegraaff (1996:50, *traducción nuestra*), por ejemplo, “la psicología transpersonal puede ser considerada el ala teórica del Movimiento del Potencial Humano”. La participación de actores como Abraham Maslow, Stanislav Grof y Christina Grof en Esalen, en la que es considerada una de las principales instituciones en la formación del Movimiento del Potencial Humano, es ejemplo de ello. Fue la producción terapéutica e histórica de estas figuras que engendró tanto la noción de que existirían potencialidades autoactualizadoras en las experiencias espirituales, como la categoría de “crisis de emergencia espiritual”, en la cual se encuentra la reivindicación de que, aun durante crisis psicológicas intensas consideradas por el *mainstream* psiquiátrico como indicios de trastornos mentales, hay, en realidad, una crisis espiritual. No en vano, esta última categoría es reivindicada por Lukoff, Lu y Turner como la principal influencia para la propuesta de una categoría específica para el DSM, aunque el resultado final tenga poco o casi nada de algo reconocidamente “transpersonal”.

Al mismo tiempo, el propio énfasis en la espiritualidad en oposición a las religiones institucionalizadas se presenta como una conexión evidente. Como varios autores ya apuntaron a propósito del movimiento Nueva Era (de la Torre Castellanos, 2005; Carozzi, 1999a), una de sus características fundamentales es su constitución en oposición a las instituciones religiosas y a los dogmas que de ellas provienen. La “espiritualidad” permite, así, agrupar cualquier tipo de relación del sujeto con lo sagrado, universalizando la experiencia calcada en la persona en detrimento de sus particularidades culturales y sociales. Es este tipo de composición que permite que ocurra “la circulación y el préstamo ecléctico entre grupos y disciplinas” en el plano terapéutico, como indicó María Julia Carozzi (1999b), pero también es lo que posibilita que la experiencia de una crisis iniciática de un chamán *evenki/tungue* en la región de Siberia esté, de alguna forma, conectada a la crisis vivida por el propio Lukoff en la California de los años 1970. Más importante, como propuso Abraham Maslow (1976), esto es lo que permite, asimismo, que la psicología hable de tales experiencias al plantearlas como una dimensión humana, una fuerza primordial sobre la cual las religiones se limitarían a construir sus pro-

posiciones teológicas, desplazando su importancia en favor de la experiencia personal del sujeto.

Hay un énfasis en que, si no es particular a la psicología transpersonal, al menos parece serle especialmente característica. Es difícil no reconocer aquí la *lingua franca* indicada por Paul Heelas (1996) respecto al énfasis en la sacralidad del *self* íntimo al sujeto, enfatizada por la idea de un “viaje interior” espiritual y transformador de la personalidad. Si el *self* se convierte en el espacio de lo sagrado, lo es a partir de sus conexiones transpersonales con el cosmos, representado por los arquetipos presentes en ese mar que es el “inconsciente colectivo” – algo inscrito en la naturaleza biológica de la especie humana y no en las biografías individuales, siendo, por lo tanto, accesible a cualquiera a partir de técnicas espirituales milenarias. Hay aquí un evidente proceso de psicologización de la espiritualidad, lo que permite que los estados psicóticos sean comparados a experiencias dispares, como la iniciación chamanística. Sin embargo, en lugar del tratamiento patologizante del enunciado en que define “el chamán como psicótico”, la comparación opera una transformación positivada en el modo de concepción del propio sujeto que experimenta un estado psicótico, pasando a entender “el psicótico como un posible chamán”.

Estamos, por lo tanto, frente a un proceso de psicologización de la religión y de la espiritualidad en el cual es lo sagrado mismo que es psicologizado por completo o, como afirmó Hanegraaff (1996:227; ver también Viotti, 2014), hay una “psicologización de la religión y sacralización de la psicología”. En lugar de la propuesta de un diagnóstico diferencial que posibilitaría distinguir fenómenos de trance y trance de posesión “culturalmente normales” de aquellos en los cuales se da la incidencia de un trastorno mental, aquí ocurre el total encapsulamiento de fenómenos patológicos en la noción de “espiritualidad” y sus potenciales, centrando en el *self* psicologizado de los sujetos la propia condición de conexión con lo sagrado que no reconoce fronteras.

POSFACIO

En los capítulos de este libro, traté un fenómeno tan denso como difuso. Para investigar las formas de legitimación de la espiritualidad en el campo oficial de la medicina, me establecí en Ginebra para revisar los documentos de la Organización Mundial de la Salud que ya se ocuparon del tema y pasé horas sentado al lado de pacientes de quimioterapia mientras recibían sesiones de reiki en un hospital de Porto Alegre. Aunque tal articulación pueda parecer, a primera vista, pintoresca, insistí en este recorrido porque, como procuré defender a lo largo de este libro, este se conecta con un proceso más amplio, que sintetiza la propia tesis aquí defendida: el campo médico pasó a ser una importante instancia de universalización de la espiritualidad en la medida en que la naturaliza, transformándola en un aspecto intrínseco a la propia humanidad. Y como un circuito tautológico, cuanto más la espiritualidad es transformada en una dimensión de la naturaleza humana, más se convierte en un aspecto sobre el cual los agentes de la medicina tienen algo que decir.

Deliberadamente, dejé afuera el análisis sobre los efectos de ese proceso para los usuarios de los sistemas oficiales de salud. Así lo hice, en parte, porque traer estos actores me obligaría a cumplir un expediente ético, relativo al tratamiento de las relaciones con estas personas, que no estaba dispuesto a realizar. Pero procedí de este modo principalmente para colocar bajo mi foco en el campo oficial de la salud una instancia que, a pesar de su larga trayectoria de relación con la noción de espiritualidad, fue poco trabajada por los investigadores de las ciencias sociales de la religión.

Si evoco aquí el campo de las ciencias sociales de la religión, no es con el objetivo de marcar este libro como un ejemplar de ese campo, sino porque fue en este debate que el tema de la espiritualidad recibió mayor atención por parte de las ciencias sociales. Hago esta salvedad puesto que, desde su concepción, el proyecto que dio origen a esta monografía pretendió, justamente, sobrepasar fronteras entre subdisciplinas, afirmándose desde el inicio como un emprendimiento que busca subvertir esas demarcaciones articulando, a un solo tiempo, religión, ciencia, salud, cuerpo, Estado y políticas públicas.

El movimiento que busqué realizar en las páginas anteriores fue de apertura. Una tentativa de ampliar nuestros horizontes empíricos y de articular formulaciones teórico-metodológicas diversas en cuanto al universo de debate con el que se relacionan. No caben, por lo tanto, palabras conclusivas, de cierre, pero sí una invitación, que en el fondo es solo una expectativa, a

que sirva para la ampliación de nuestras perspectivas sobre cómo la espiritualidad opera en nuestro mundo, sobre cómo produce realidades y desencadena efectos. Si esta ha sido la consecuencia para el lector que llegó hasta aquí, este libro habrá cumplido el propósito para el cual fue concebido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aastoos, C. M., Serlin, I., Greening, T. 2000. History of Division 32 (Humanistic Psychology) of the American Psychological Association. In Dewsbury, D. (org.). Unification through Division: Histories of the divisions of the American Psychological Association. V. Washington, D.C., American Psychological Association.

Ai, A. L., Dunkle, R. E., Peterson, C., Boiling, S. F. 1998. The role of private prayer in psychological recovery among midlife and aged patients following cardiac surgery. *The Gerontologist* 38(5): 591-601.

Ala, M. 2008. Working with brain scans: Digital images and gestural interaction in fMRI laboratory. *Social Studies of Science*, 38(4):483-508.

Albanese C. L. 2007. A republic of mind and spirit: A cultural history of American metaphysical religion. Yale University Press.

Alexander, K. 1992. Roots of the New Age. In: Lewis, J. R., Melton, J. G. (orgs.). Perspectives on the New Age. New York, State University of the New York Press.

Allport, G. W., Ross, J. M. 1967. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4): 432.

Almeida, A. A., ODA, A. M. G. R., Dalgarrondo, P. 2007. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34: 34-41.

Alminhana, L. O.; Moreira-Almeida, A. 2009. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Rev. Psiquiatr. Clín*, 36(4): 153-161.

Alvarado, C. S. et al. 2007. Perspectivas históricas da influência da mediunidade na construção de idéias psicológicas e psiquiátricas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* [online], 34(1): 42-53. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700007>. Epub 16 Out 2007. ISSN 1806-938X. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700007>.

Alvarado, C. S.; Krippner, S. 2010. Nineteenth century pioneers in the study of dissociation: William James and psychological research. *Journal of Consciousness Studies*, 17(11-1): 19-43.

Alves, J. de S., Junges, J. R. López, L. C. 2010. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *Mundo saúde (Impr.)* 34(4): 430-436.

Amann, K., Knorr Cetina, K. 1990. The fixation of (visual) evidence. In Lynch, M., Woolgar, S. *Representation in Scientific Practice*. Cambridge, MA: MIT Press, 85-121.

Amaral, L. 2000. *Carnaval da Alma: comunidade, essência e sincretismo na Nova Era*. Petrópolis, Editora Vozes.

American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, 1994. *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 75.

Ammerman, N. T. 2013. Spiritual but not religious? Beyond binary choices in the study of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2(52): 258-278.

Anderson, W. T. 1983. *The Upstart Spring: Esalen and the American Awakening*. Reading, MA, Addison-Wesley Publishing Company.

Appadurai, A. 2008. A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural. *Niterói, EdUFF*, 247-298.

Asad, T. 1993. *Genealogies of religion: discipline and reasons of power in Christianity and Islam*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Asad, T. 2001. Reading a modern classic: W. C. Smith's *The Meaning and End of Religion*. *History of Religions*, 40(3): 205-222.

Asad, T. 2010. A construção da religião como uma categoria antropológica. *Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)*, 19: 263-284.

Asad, T. *Religion, Nation-State, Secularism*. 1999. In Van der Veer, P., Lehmann, H. (orgs.). *Nation and Religion*. Princeton: Princeton University Press.

Azize, R. L. 2008. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. *Mana*, 14(1): 7-30.

Baccetto, L. T. Martins. 2021. Transes, crises e diagnósticos: religião e espiritualidade em debates recentes dos saberes “psi”. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Campinas, Unicamp.

Beaulieu, A. 2001. Voxels in the brain: Neuroscience, informatics and changing notions of objectivity. *Social Studies of Science*, 31(5): 635-680.

Beckford, J. A., Gilliat, S. 1988. *Religion in Prison: ‘Equal Rites’ in a Multi-Faith Society*. Cambridge University Press.

Bell, V., Troxel, D. 2001. Spirituality and the Person with Dementia-A View from the Field. *Alzheimer’s Care Today* 2(2): 31-hyhen.

Bender, C. 2007. Religion and spirituality: History, discourse, measurement. SSRC Web Forum.

Bender, C. 2010. *The new metaphysicals: Spirituality and the American religious imagination*. Chicago and London, University of Chicago Press.

Bender, C., McRoberts, O. 2012. *Mapping a Field: Why and How to Study Spirituality*. New York: Social Science Research Council, Working Group on Spirituality, Political Engagement, and Public Life.

Bender, C., Taves, A. (eds.). 2012. *What matters?: Ethnographies of value in a not so secular age*. Columbia University Press.

Benn, C., Senturias, E. 2001. Health, healing and wholeness in the ecumenical discussion. *International Review of Mission*, 90(356-357): 7-25.

Berger, P. L. 1979. The heretical imperative: Contemporary possibilities of religious affirmation. *Religious Studies*, 17(1).

Berntson, G. G. et al. 2008. Spirituality and Autonomic Cardiac Control, *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2): 198-208.

Berntson, G. G., Norman, G., Hawkley, L., CACIOPPO, J. T. 2008. Spirituality and

autonomic cardiovascular control. *Annals of Behavioral Medicine*, 35: 198-208.

Besecke, K. 2001. Speaking of meaning in modernity: Reflexive spirituality as a cultural resource. *Sociology of Religion*, 62(3): 365-381.

Bezerra Júnior, B. 2007. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In Almeida, M. I. M., Naves, S. C. (orgs.). "Por que não?" Rupturas e continuidades da contracultura. Rio de Janeiro, 7 Letras.

Boekhoven, J W. 2011. *Genealogies of Shamanism: Struggles for Power, Charisma and Authority*. Eelde, Barkhuis.

Boldrini, M. I. 2012. Desconfessionalização dos espaços religiosos e assistência religiosa em hospitais de Porto Alegre. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, PUC-RS.

Bowman, M. 1995. The Noble Savage and the Global Village: Cultural Evolution in New Age and Neo-Pagan Thought. *Journal of Contemporary Religion*, 10(2).

Braghetta, C. C. 2017. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES). Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Brewer-Smyth, K., Koenig, H. 2014. Could spirituality and religion promote stress resilience in survivors of childhood trauma? *Issues in mental health nursing* 35(4): 251-256.

Brown, W. 2009. *Regulating aversion*. Princeton University Press.

Callon, M. 1984. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32(S1): 196-233.

Campbell, J. 1993. *Myths to Live By*. New York, Arkana.

Caravita, R. I. 2019. Carlos Castaneda. In: Gooren, H (org.). *Encyclopedia of Latin American Religions*. Cham.

- Carpenter, W. B. 1853. Electrobiologia and mesmerism. *Quarterly Review*, 93: 501-557.
- Carozzi, M. J. 1999. A nova era no Mercosul. Petrópolis, Editora Vozes.
- Carozzi, M. J. 1999b. Introdução. In: Carozzi, M. J. (org.). A Nova Era no Mercosul. Petrópolis, Editora Vozes.
- Carozzi, M. J. 1999b. La autonomía como religión: la nueva era. *Alteridades*, 9(18): 19-38.
- Casanova, J. 1994. Public religions in the modern world. University of Chicago Press.
- Cassol, M., Reppold, C. T., Ferrão, Y., Gurgel, L. G., Almada, C. P. 2010. Análise de características vocais e de aspectos psicológicos em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo Analysis of vocal characteristics and psychological aspects in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 15(4): 491-496.
- Castellar, J. I., Fernandes, C. A., Tosta, C. E. 2014. Beneficial effects of pranic meditation on the mental health and quality of life of breast cancer survivors. *Integrative cancer therapies*, 13(4): 341-350.
- Charles, T. 2010. Uma era secular. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2010.
- Charlier, P., Coppens, Y., Malaurie, J., Brun, L., Kepanga, M., Hoang-Opermann, V., Deo, S. 2017. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European journal of internal medicine*, 37: 33-37.
- Chertok, L., Stengers, I. 1990. O coração e a razão: a hipnose de Lavoisier a Lacan. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 15-24.
- Crabtree, A. 1993. From Mesmer to Freud: magnetic sleep and the roots of psychological healing. New Haven, Yale University Press.
- Chiesa, G R. 2016. Além do que se vê: magnetismos, ectoplasmas e paracirurgias. Porto Alegre, Multifoco.

Chorev, N. 2012. *The World Health Organization between north and south*. Cornell University Press.

Comte-Sponville, A. 2007. *O espírito do ateísmo. Introdução a uma espiritualidade sem Deus*. São Paulo, Martins Fontes.

Connolly, W. 1999. *Why I Am Not a Secularist*. Minneapolis, University of Minnesota Press.

Connolly, W. 2005a. *Pluralism*. Durham, NC, Duke University Press.

Connolly, W. 2005b. The Evangelical-Capitalist Resonance Machine. *Political Theory*, 33: 869-886.

Coopmans, C. 2011. “Face value”: New medical imaging software in commercial view. *Social Studies of Science*, 41:155-176.

Coopmans, C., Vertesi, J., Lynch, M., Woolgar, S. (eds.). 2014. *Representation in scientific practice revisited*. MIT Press.

Cortez, P. 2017. *Qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV-AIDS: aplicação das escalas WHOQOL BREF HIV e WHOQOL OLD*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro.

Dalgalarrodo, P. 2007. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34:25-33.

Daston, L., Galison, P. 2021. *Objectivity*. Princeton University Press.

de Paula Silveira, J. P., Sofiati, F. M. 2016. Ecologia e espiritualidades na modernidade tardia: da trivialidade à ética da sustentabilidade. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, 18(24): 173-190.

Diotallevi, L. 2015. O sentido e o problema do “separatismo moderado”: por uma contribuição sociológica à análise da religião no espaço público. *Debates do NER*, 27: 19-48. dos Santos Peixoto, P., Borges, Z. N., de Siqueira, M. D. 2016. A despedida anunciada: emoções e espiritualidade entre familiares das vítimas da Boate Kiss. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, 18(24): 71-89.

Duarte, L. F. D. 2004. A pulsão romântica e as ciências humanas no Ocidente. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19: 5-18.

Ehrenberg, A. 2004. Le sujet cerebral. *Esprit*, 309: 130-155.

Ellenberger, H. F. 1970. *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. New York, Basic Books.

Engelke, M. 2012. Material religion. In Orsi, R. (Org.). *The Cambridge companion to religious studies*, 209-229.

Ferreira, A. L., Silva, S. C. R. da, Silva, S. C. R. da. 2016. A experiência da espiritualidade como natureza da subjetividade. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Psicologia, Espiritualidade e Epistemologias Não-Hegemônicas*. São Paulo, CRP SP.

Foucault, M. 2007b. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. 2007a. *Security, territory, population: lectures at the Collège de France, 1977-1978*.

Frigerio, A.. 2016. La ¿ “nueva”? espiritualidad: ontologia, epistemologia y sociologia de un concepto controvertido. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, 18(24): 209-231.

Fuller, R. C. 2001. *Spiritual, but not religious: Understanding unchurched America*. Oxford University Press on Demand.

Fuller, R. C. 2005. Esalen and the Cultural Boundaries of Metalanguage. In: Kripal, J. J., Shuck, G. W. (orgs.). *Esalen and the Evolution of American Culture*. Bloomington, Indiana University Press.

Fuller, R. C. 2008. *Spirituality in the flesh: Bodily sources of religious experiences*. Oxford University Press.

Funes, M. E. 2016. La integración entre la espiritualidad Nueva Era y el Nuevo Management en Argentina: afinidades y tensiones. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, 18(24): 191-208.

Garsen, B. et al. 2015. How Spirituality Helps Cancer Patients with the Adjustment to Their Disease. *Journal of Religion and Health*, 54(4): 1249-1265.

Garsen, B., Uwland-Sikkema, N. F., Visser, A. 2015. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. *Journal of religion and health* 54(4): 1249-1265.

Giumbelli, E. 1997. O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo. Ministério da Justiça, Arquivo Nacional.

Giumbelli, E. 2008. A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil. *Religião & Sociedade*, 28: 80-101.

Giumbelli, E. 2016. Public Policy and Religious Diversity Interreligious Spaces in Two Hospitals in a Brazilian Capital City. *Latin American Perspectives*.

Giumbelli, E. A. 2013. O que é um ambiente laico?: espaços (inter) religiosos em instituições públicas. *Cultura y Religión*. Chile, 7(2): 32-47.

Giumbelli, E., Rickli, J., Toniol, R. (Orgs.). 2019. Como as coisas importam: uma abordagem material da religião – textos de Birgit Meyer . Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Giumbelli, E., Toniol, R. 2017. What is spirituality for? New relations between religion, health and public spaces. In Mapril, J., Giumbelli, E., Blanes, R. 'The good shepherd'. *Secularities, religiosities and subjectivities*.

Goldman, M. 1998. Cultural intimacy: social poetics in the nation-state. *Mana*, 4(2): 150-153.

Goodwin, C. 1994. Professional vision. *American Anthropologist*, 96(3):606-633.

Grof, C., Grof, S. 1990. *The Stormy Search for the Self*. New York, Jeremy P. Tarcher/Perigee.

Guimarães Bastos, C. 2016. Uma espiritualidade “hindu” no ocidente: a influência do vedanta no contexto nova era. *Ciências Sociais e Religião*, 18(24).

Habermas, J. 2007. *Entre naturalismo e religião: estudos filosóficos*. Tempo Brasileiro.

- Hanegraaff, W. J. 1996. *New age religion and western culture: esotericism in the mirror of secular thought*. Leiden, E. J. Brill.
- Hanson, N. R. 1958. *Patterns of Discovery: An Inquiry into the Conceptual Foundations of Science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Harner, M. 1995. *O caminho do xamã*. São Paulo, Editora Cultrix.
- Harris, S. 2004. *The end of faith: Religion, terror, and the future of reason*. WW Norton & Company.
- Hartelius, G., Caplan, M., Rardin, M. A. 2007. Transpersonal Psychology: Defining the Past, Divining the Future. *The Humanistic Psychologist*, 35(2).
- Hazard, Sonia. 2013. The material turn in the study of religion. *Religion and Society*, 4(1): 58-78.
- Heelas, P. 1996. *The New Age Movement: The Celebration of the Self and the Sacralization of Modernity*. Oxford, Blackwell Publishers Ltd..
- Heelas, P. 2009. *Spiritualities of life: New Age romanticism and consumptive capitalism*. John Wiley & Sons.
- Heelas, P. et al. 2005. *The spiritual revolution: Why religion is giving way to spirituality*. Blackwell.
- Heelas, P., Woodhead, L., Seel, B., Tusting, K., Szerszynski, B. 2005. *The spiritual revolution: Why religion is giving way to spirituality*. Blackwell.
- Herzfeld, M. 2008. *Intimidade cultural: poética social no Estado-Nação*. Lisboa: Edições, 70.
- Hill, P.C., Pargament, K. I. 2008. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research.
- Hoffman, E. 2009. Rollo May on Maslow and Rogers: "No Theory of Evil". *Journal of Humanistic Psychology*, 49(4).

Houtman, D., Aupers, S. 2007. The Spiritual Turn and the Decline of Tradition: The Spread of Post-Christian Spirituality in 14 Western Countries, 1981-2000. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(3): 305-320.

Houtman, D., Meyer, B. (Eds.). 2012. *Things religion and the question of materiality*. New York: Fordham University Press.

Idler, E. L., Kasl, S. V. 1997. Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 52(6).

Janet, P. 1889. *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Félix Alcan, Paris.

Jenkins, J. H. 1998. Diagnostic criteria for schizophrenia and related psychotic disorders: Integration and suppression of cultural evidence in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*, 35(3): 357-376.

Khayat, M. H. 1991. *The spiritual dimension*. World Health Organization. EMRO Partner in Health in the Eastern Mediterranean 1949-1989.

Khayat, M. H. 1998. Spirituality in the Definition of Health The World Health Organization's Point of View. Retrieved February, 22: 2009.

Khayat, M. H. 1998. Spirituality in the Definition of Health: the World Health Organization's point of view. Retrieved.

Klassen, P. E. 2011. *Spirits of Protestantism: Medicine, healing, and liberal Christianity*. Univ of California Press.

Kleiman, E. M., Liu, R. T. 2014. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *Br J Psychiatry*, 204: 262-266. doi: 10.1192/bjp.bp.113.128900. Epub 2013 Oct 10. PMID: 24115346.

Koenig, H. G. 2008. Concerns about measuring "spirituality" in research. *The Journal of nervous and mental disease* 196, 5: 349-355.

Koenig, H. G., George, L. K., Peterson, B. L. 1998. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*.

Kripal, J. J. 2007. *Esalen: America and the Religion of No Religion*. Chicago, The University of Chicago Press.

Latour, B. 1995. The “pedofil” of Boa Vista: A photo-philosophical montage. *Common Knowledge*, 4(1):144-187.

Latour, B. 2002. *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*. Bauru: EDUSC.

Latour, B. 2012. *Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede*. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc.

Latour, B., Woolgar, S. 1997. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

Law, J., Lynch, M. 1990. Lists, field guides, and the descriptive organization of seeing: Bird- watching as an exemplary observational activity. In Lynch, M., Woolgar, S. *Representation in Scientific Practice*. Cambridge, MA: MIT Press, 267-299.

Leite, F. C. 2014. *Estado e Religião: a liberdade religiosa no Brasil*. Juruá Editora.

Lévy-Valensi, J. 1910. Spiritisme et folie. *Lencéphale*, 5: 696-716.

Liao, L. 2017. Spiritual Care in Medicine. *Jama*, 318(24): 2495-2496.

Litsios, S. 2004. The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization’s Primary Health Care Approach. *American Journal of Public Health* 94(11): 1884-1893.

Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G. 2014. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999-2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(3): 199-215.

Lukoff, D. 1985. The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 17(2).

Lukoff, D. 2018. Spirituality and Extreme States. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(5).

Lukoff, D. DSM-IV Religious & Spiritual Problems. Available from: <http://wisdomuniversity.org/grof/module/week5/pdf/dsmrsproblem.pdf>.

Lukoff, D. DSM-IV Religious & Spiritual Problems. Available from: https://www.spiritualcompetency.com/dsm4/course_dsmiv.asp.

Lukoff, D. et al. 1992. Toward a more culturally sensitive DSM- IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(11).

Lukoff, D. et al. 1998. From spiritual emergency to spiritual problem: the transpersonal roots of the new DSM-IV category. *Journal of Humanist Psychology*, 38(2).

Lukoff, D.. 1988. Transpersonal therapy with a manic-depressive artist. *The Journal of Transpersonal Therapy*, 20(1).

Lukoff, D.. 1990. Divine Madness: Shamanistic initiatory crisis and psychosis. *Shaman's Drum*, 2.

Lynch, M. 1985. Discipline and the material form of images: An analysis of scientific visibility. *Social Studies of Science* 15:37-66.

Lynch, M. 1990. The externalised retina: Selection and mathematization in the visual documentation of objects in the life sciences. In Lynch, M., Woolgar, S. *Representation in Scientific Practice*. Cambridge, MA: MIT Press, 153-186.

Lynch, M., Woolgar, S. 1990. *Representation in Scientific Practice*. MIT Press.

Maggie, Y. 1992. Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil.

Maraldi, E. de O., Martins, L. B. 2016. O conceito de emergência espiritual e categoria de problemas religiosos e espirituais do DSM: uma análise crítica. In Berni, L. E. V.. *Psicologia, Espiritualidade e Epistemologias Não Hegemônicas*. São Paulo, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Martin Jay, *Songs of Experience: Modern American and European Variations on a Universal Theme* (Berkeley: University of California Press, 2005), 80.

Maslow, A. 1943. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4).

- Maslow, A. 1954. *Motivation and Personality*. New York, Harper & Row.
- Maslow, A. 1968. The Farther Reaches of Human Nature. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1(1).
- Maslow, A. 1976. *Religions, Values, and Peak-Experiences*. New York, Penguin Books.
- Maslow, A. 1962. *Introdução à Psicologia do Ser*. Rio de Janeiro, Eldorado.
- May, R. 1986. Transpersonal or Transcendental? *The Humanistic Psychologist*, 4(2).
- Menezes, R. A. 2006. Religiosidade e interpretação da morte. *Religião e sociedade*, 26(1): 174-197.
- Mezzich, J. E. et al. 2001. Culture in DSM-IV, ICD-10, and evolving diagnostic systems. *Cultura Psychiatry: international perspectives*, 24(3).
- Mezzich, J. E., Kirmayer, L. J., Kleinman, A., Fabrega Jr, H., Parron, D. L., Good, B. J., Lin, K. M., Manson, S. M. 1999. The place of culture in DSM-IV. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(8): 457-464.
- Miller, D. 2005. Materiality: an introduction. In Miller, D. (Org.). *Materiality*. Durham: Duke University Press, 1-50.
- Mol, A. 2002. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Moreira-Almeida, A., Lucchetti, G. 2016. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Cienc. Cult.*, São Paulo, 68(1): 54-57.
- Noll, R. 1983. Shamanism and Schizophrenia: a State-Specific Approach to the "Schizophrenia Metaphor" of Shamanic States. *American Ethnologist*, 10(3).
- Özdağ, A., Shiavi, R. G., Wilkes, D. M., Silverman, M. K.; Silverman, S. E. 1999. Acoustical correlates of near term suicidal risk. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 105(2): 1248-1248.
- Paim, J. S., Silva, L. M. V. 2010. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, 12(2): 109-114.

Panzini, R. G. et al. 2011. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/ espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 45: 153-165.

Peres, J. F., Moreira-Almeida, A., Caixeta, L., Leao, F., Newberg, A., 2012. Neuroimaging during trance state: a contribution to the study of dissociation. *PLoS one*, 7(11), p.e49360.

Pignarre, P. 1999. *Que é o medicamento?* Editora 34.

Pinch, T. 1985. Towards an analysis of scientific observation: The externality and evidential significance of observation reports in physics. *Social Studies of Science*, 15:167-187.

Pires, D. S. 2009. *Assistência religiosa na hospitalização: uma abordagem exploratória da atenção espiritual em Hospital Público*. Monografia do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, GHC/Fiocruz.

Prasad, A. 2005. Making images/making bodies: Visibilizing and disciplining through magnetic resonance imaging (MRI). *Science, Technology & Human Values*, 30(2): 291-316.

Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., Strain, J. J. 1990. Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry*, 147(6): 758-760.

Reginato, V., Benedetto, M. A. C. D., Gallian, D. M. C. 2016. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1): 237-255.

Richet, C. 1883. La personnalité et la memoire dans le somnambulisme. *Revue philosophique de la France et de létranger*, 15: 225-242.

Rohden, F. Posfácio. In Toniol, R. *Do espírito na saúde*. 2018. *Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. São Paulo, Liber Ars.

Russo, J. Uma leitura antropológica do mundo “psi”. 1999. In Jacó-Vilela, A. M., Jabur, F., de Barros Conde Rodrigues, H. *Clio-Psyché: histórias da psicologia no Brasil*, UERJ, NAPE 1.2, 3.

Saad, M., de Medeiros, R., Mosini, A. C. 2017. Are We Ready for a True Biopsychosocial –Spiritual Model? The Many Meanings of “Spiritual”. *Medicines*, 4(4): 79.

Schmidt, L. E. 2000. *Hearing Things: Religion, Illusion, and the American Enlightenment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Scotton, B. W. Introduction and Definition of Transpersonal Psychiatry. In Scotton, B. W., Chinen, A. B., Battista, J. R. (orgs.). 1996. *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology*. New York, Basic Books.

Scuro, J., Rodd, R. 2019. Neo-shamanism. In Gooren, H. (org.). *Encyclopedia of Latin American Religions*. Cham.

Senel, E., Demir, E. 2018. Bibliometric and Scientometric Analysis of the Articles Published in the Journal of Religion and Health Between 1975 and 2016. *Journal of religion and health*, 1-10.

Shore, C., Wright, S. (Eds.). 2003. *Anthropology of policy: Perspectives on governance and power*. Routledge.

Silverman, J. 1967. Shamans and Acute Schizophrenia. *American Anthropologist*, 69(1).

Simão, T. P. (2013). *Adaptação transcultural e validação da escala de angústia espiritual em pacientes com câncer*. Dissertação de Mestrado, Escola de enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais.

Simões, P. 2012. Assistência Religiosa no Sistema Socioeducativo: A visão dos operadores do direito. *Religião e Sociedade* 32(1): 130-156.

Sointu, E., Woodhead, L. 2008. Spirituality, gender, and expressive selfhood. *Journal for the scientific study of religion*, 47(2): 259-276.

Sointu, E., Woodhead, L. 2008. Spirituality, Gender, and Expressive Selfhood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(2):259-276.

Squyres, S. W., R. E., Arvidson, S., Ruff, R., Gellert, R. V., Morris, D. W. Ming et al. 2008. Detection of silica-rich deposits on Mars. *Science*, 320(5879):1063-1067.

Stassen, H. H. 1993. Speaking behavior and voice sound characteristics in depressive patients during recovery. *Journal of psychiatric research*, 27(3): 289-307.

Steil, C., Toniol, R. 2012. A crise do conceito de religião e sua incidência sobre a antropologia. In Béliveau, V. G. et al. *What Matters? Ethnographies of Value in a Not So Secular Age*. New York, NY: Columbia University Press/SSRC, 1-33.

Stolow, J. (ed.). 2013. *Deus in Machina: Religion, Technology, and the Things in Between: Religion, Technology, and the Things in Between*. Fordham Univ Press.

Stone, D. 1976. *The Human Potential Movement*. In: Glock, C. Y., Bellah, R. N. (orgs.). *The New Religious Consciousness*. Berkeley, University of California Press.

Streib, H., Hood, R. 2013. Modeling the religious field: Religion, spirituality, mysticism and related world views. *Implicit Religion*, 16(2): 137-155.

Stuckrad, Kocku von. 2014. *The Scientification of Religion: An Historical Study of Discursive Change, 1800-2000*. Boston, De Gruyter.

Suarez, A. L. 2016. Devociones, promesas, y milagros: aproximación a dimensiones de la espiritualidad en sectores populares. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, 18(24): 54-70.

Sullivan, W. 2010. *Religion Naturalized: The New Establishment*. In Bender, C., Klassen, P. E. (eds.). *After Pluralism: Reimagining Religious Engagement*. New York: Columbia University Press.

Sullivan, W. A. 2014. *Ministry of Presence: Chaplaincy, Spiritual Care, and the Law*. Chicago, University Of Chicago Press.

Sullivan, W. F. 2009. *Prison religion: Faith-based reform and the constitution*. Princeton University Press.

Sutcliffe, S., Bowman, M. (orgs.). 2000. *Beyond New Age: Exploring Alternative Spirituality*. Edinburgh, Edinburgh University Press.

Sutich, A. 1962. *American Association for Humanistic Psychology: Progress Report*. Palo Alto, California.

Sutich, A. 1969. Some considerations regarding transpersonal psychology. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1(1).

Taine, H. 1892. *De lintelligence*. 6th ed. 2 vols. Hachette, Paris.

Tanyi, R. A. 2002. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of advanced nursing*, 39(5): 500-509.

Taves, A., Bender, C. 2012. Introduction: Things of value. *What Matters*, 1-33.

Taves, Ann. 1999. *Fits, Trances, and Visions: Experiencing Religion and Explaining Experience from Wesley to James*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Taylor, C. 2007. *A secular age*. Harvard University Press.

Taylor, C. 2007. *A secular age*. Harvard University Press.

Tix, A. P., Frazier, P. A. 1998. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66 (2): 411-422.

Toniol, Rodrigo. 2014. Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS. In Ferreira, J. e Fleischer, S. (Org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond. 153-178.

Toniol, R. 2015a. New Age and Health. *Encyclopedia of Latin American Religions*. Springer International Publishing, 1-4.

Toniol, R. 2015b. Espiritualidade que faz bem: Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde *Sociedad y religión*, 25(43): 110-146.

Toniol, R. 2015c. Science and New Age. *Encyclopedia of Latin American Religions*. Springer International Publishing, 1-6.

Toniol, R. 2015d. Nova Era e saúde: balanço e perspectivas teóricas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB*, 80.

Toniol, Rodrigo. 2016. Cortina de fumaça: terapias alternativas/complementares além da Nova Era. REVER- Revista de Estudos da Religião, 16(2): 31-54.

Toniol, R. 2017. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. Anuário Antropológico II, 267-299.

Toniol, R. 2018. Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. São Paulo, Liber Ars.

Torre Castellanos, R. de la. 2016. Presentación: La espiritualización de la religiosidad contemporánea. Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião, 18(24): 10-17.

Torre Castellanos, R., Steil, C. A., Toniol, R. 2018. Entre trópicos: Diálogos de estudios Nueva Era entre México y Brasil. 1. ed. Cidade do México, Casa Chata Editorial – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Troeltsch, E. 1931. The social teaching of the Christian Churches. London, Allen and Unwin.

Turner, R. et al. 1995. Religious or Spiritual Problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. In: The Journal of Nervous and Mental Disease, 183(7).

Turner, R. P., Lukoff, D., Barnhouse, R. T., Lu, F. G. 1995. A Culturally Sensitive Diagnostic Category in the DSM-IV. The Journal of nervous and mental disease, 183(7): 435-444.

Urgesi, C., Aglioti, S. M., Skrap, M., Fabbro, F. 2010. Neuron, 65: 309-319.

Vaughan, F. 1993. Spiritual Issues in Psychotherapy. The Journal of Transpersonal Psychology, 23(2).

Van der Veer, P. 2020. Imperial encounters. Princeton University Press.

Van der Veer, P. 2009. Spirituality in modern society. Social Research: An International Quarterly, 4(76): 1097-1120.

Van der Veer, P. 2013. The modern spirit of Asia: the spiritual and the secular in China and India. Princeton University Press.

Vertesi, J. Drawing as: distinctions and disambiguation in digital images of Mars. In Coopmans, C., Vertesi, J., Lynch, M., Woolgar, S. (eds.). 2014. Representation in scientific practice revisited, 15-36.

Viotti, N. 2014. Revisando la psicologización de la religiosidad. *Revista Culturas Psi*, 2.

Walsh, R., Vaughan, F. 1993. On Transpersonal Definitions. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 25(2).

Weaver, J. 2010. Brain surgery boosts spirituality. *Nature news*. doi:10.1038/news.2010.66.

White, C. 2011. Belief-Science. *Frequencies*. Available from: <http://frequencies.ssrc.org/2011/12/30/belief-science/>.

White, C. G. 2008. *Unsettled minds: Psychology and the American search for spiritual assurance, 1830-1940*. Univ of California Press.

Woodhead, L. 2010. Real Religion, Fuzzy Spirituality?: Taking Sides in the Sociology of Religion. In Steve, A., Dick, H. (eds.). *Religions of Modernity: Relocating the Sacred to the Self and the Digital*. Leiden, Brill, 31-48.

Wuthnow, R. 2003. *All in sync: How music and art are revitalizing American religion*. Berkeley, University of California Press.

Znamenski, A. A. 2007. *The Beauty of the Primitive: Shamanism and the Western Imagination*. Oxford, Oxford University Press.

Durante siete años seguí una creciente y curiosa red que articula la Organización Mundial de la Salud, neurocientíficos, máquinas de resonancia magnética, protocolos clínicos y políticas públicas. De este conjunto heterogéneo de actores, documentos y máquinas, identifiqué una formulación común: la religión y la espiritualidad tienen un impacto en la salud humana. Este libro trata, a partir de un diálogo con la literatura de las ciencias sociales, del proceso de surgimiento y consolidación de la relevancia de la espiritualidad para el campo médico. Las cuestiones que se desprenden de este fenómeno son amplias y consecuentes tanto para el pensamiento de las políticas de salud como para el debate realizado por los investigadores de la religión. Al final, vale la pena provocar, si el principal organismo para la gestión de la salud mundial, la OMS, legitima el entendimiento de que el ser humano es invariablemente un ser espiritual y la investigación médico-científica afirma que la espiritualidad es un factor determinante para la salud, pregunto: ¿Correspondería al Estado velar por el espíritu? ¿O el descuido de la espiritualidad sería, en el límite, un descuido de la salud pública? Y más, ¿cómo puede el Estado operacionalizar la provisión de cuidados con la dimensión espiritual sin vulnerar principios como el laicismo y la libertad religiosa? Este libro presenta esta compleja trama de interés y de debates a partir las relaciones entre salud, espiritualidad y políticas oficiales.