

“VENID A MI TODOS LOS AFLIGIDOS”. SALUD, ENFERMEDAD Y RITUALES DE SANACIÓN EN EL MOVIMIENTO CATÓLICO CARISMÁTICO DEL PADRE IGNACIO

Ana Lucía Olmos Alvarez
IDAES/ UNSAM - Argentina

Resumen: Este artículo analiza el interjuego entre prácticas de sanación y universos simbólicos religiosos en una expresión del catolicismo contemporáneo argentino, el movimiento carismático formado en torno al Padre Ignacio Peries. El trabajo señala el carácter amplio de las categorías y prácticas sobre la salud y la enfermedad, no restringidas a la biomedicina. Asimismo, destaca que el tratamiento incluye una dimensión ritual religiosa. Para ello, se exploran los abordajes de estas problemáticas desde las ciencias sociales. En segundo lugar, se presenta el movimiento religioso bajo análisis. Finalmente, las modalidades de gestión del proceso de salud/enfermedad/atención y la participación ritual ejemplifican una de las configuraciones simbólicas puestas en juego por parte de los actores a la hora de lidiar con la salud.

Palabras clave: Catolicismo, sanación, salud, rituales.

Abstract: This article analyzes the interplay between healing practices and symbolic religious universes in the context of Argentine contemporary Catholicism: the charismatic movement formed around Father Ignacio Peries. The paper points out the broad character of the categories and practices related to health and disease, not restricted to biomedicine. It notes that care and attention process include a religious ritual dimension. In doing so, approaches of these issues from social sciences are explored. Secondly, the religious movement under analysis is presented. Finally, the management modalities of the process of health / disease / care and ritual exemplify the participation in play by actors in dealing with health symbolic configurations.

Keywords: Catholicism, healing, health, rituals.

Introducción

En este trabajo proponemos analizar el interjuego entre prácticas de sanación y universos simbólicos religiosos en una expresión del catolicismo contemporáneo argentino. Nos centraremos en un movimiento carismático de sanación de la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe, Argentina) con alta visibilidad pública y presencia al interior del catolicismo nacional. Masivamente conocido por el don de sanación que diversos actores le adjudican, el líder del movimiento, el Padre Ignacio Peries, es posicionado en el campo socio-religioso como “cura sanador”¹ especializado en “enfermedades mortales” y desórdenes emocionales. Esta condición, que él resiente discursivamente, ha sido construida a través del “boca a boca” que difunde constantemente los “milagros de sanación” logrados por su intervención. Entendemos que el caso a presentar reviste características particulares respecto a las representaciones socialmente definidas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención y puede aportar nuevas miradas sobre la cura por medio de las performances rituales religiosas. Veremos que las categorías y las prácticas nativas respecto a la salud y a la enfermedad son de carácter amplio, no restringidas a lo biomédico a pesar de que es tomado en consideración. Asimismo, el tratamiento y las prácticas de atención de la salud incluyen una dimensión ritual que abarca diversos escenarios y tiempos.

El artículo está organizado en cuatro secciones. La primera de ellas expone los abordajes de la problemática social de la salud-enfermedad-atención desde las ciencias sociales. La segunda, presenta el movimiento religioso de Peries contextualizándolo en el marco general de las prácticas carismáticas. Las secciones tercera y cuarta analizan en base a una perspectiva etnográfica² las modalidades de gestión del proceso de salud/enfermedad/atención y la participación ritual, respectivamente. Por estos medios, buscaremos evidenciar algunas configuraciones simbólicas puestas en juego por parte de los actores a la hora de abordar y lidiar con la salud.

Enfermedad y prácticas terapéuticas: clasificando medicinas

La problemática de la salud, que incluye la preocupación por la enfermedad, el sufrimiento y la curación, es uno de los tópicos nodales que atraviesa a todas las sociedades. Dado que la enfermedad implica un proceso disruptivo en el devenir cotidiano de los actores, éstos pondrán en juego explicaciones y posibles soluciones, culturalmente informadas, a dicha interrupción (Garro, 2002, p. 79).

Desde las ciencias sociales se utilizó el término “sistemas médicos” para referir al conjunto de representaciones y prácticas en torno a la salud-enfermedad; como a las etiologías, formas de atención y técnicas movilizadas para la curación y tratamiento de la enfermedad. Dichos sistemas reflejan las realidades sociales de las cuales emanan. Por lo tanto, son configuraciones particulares de representaciones; dinámicas de roles

entre curadores (biomédicos, sanadores o chamanes) y pacientes; jerarquías, competencias y cooperación entre saberes (Ceriani Cernadas, 2006) Como afirma Eduardo Menéndez (1994) el proceso de salud/enfermedad/atención es de naturaleza social y se inserta en un entramado de relaciones personales e institucionales que la limitan y constituyen. En este sentido, enfermar no es un episodio individual sino que es un hecho social en torno al cual giran prácticas, símbolos y representaciones colectivas para comprender y solucionar los daños a la salud (Menéndez, 1994, p. 72).

En determinadas sociedades, el desarrollo de los procesos económico-políticos y técnico-científicos instituyó como hegemónicos a ciertos sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos. Esta jerarquización no condujo a la anulación o supresión de las *otras* medicinas disponibles, pero sí contribuyó a su modificación y al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad entre ellas (Menéndez, 1994). Asimismo, como parte del control técnico e ideológico, los grupos sociales producen curadores institucionalmente reconocidos y autorizados para atender un rango de daños a la salud individual y colectiva. La biomedicina (nombre con el que refiero a la medicina científica, oficialmente reconocida y ofertada en hospitales y centros de salud públicos y privados) constituye una de las formas de atención de la enfermedad y apunta Menéndez que “en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad” (1994, p. 72). En oposición, Ceriani Cernadas postula que la idea natural de la enfermedad, tal como la entienden los biomédicos, no es la más común entre los grupos humanos y tampoco estaría generalizada en el mundo occidental (2006, p. 89).

Diversas investigaciones para contextos socioculturales disímiles comprobaron la pluralidad de sistemas médicos y su combinación por parte de los actores (Ceriani Cernadas, 2006; Csordas, 1997; Garro, 2002; Idoyaga Molina, 2005; Kleinman, 1980). Con miras a analizar y comparar estos hechos los científicos sociales hicieron esfuerzos por sistematizar las medicinas y terapias puestas en juego.³

Kleinman (1980) analizó la interacción entre pacientes y sus familias con diversos tipos de terapias por medio del estudio de un sistema de salud de configuración urbana, particularmente el de Taipei, China. Buscando develar el contexto social en que la enfermedad es percibida y tratada, postuló que los modelos de atención de la salud son sistemas culturales y locales que se brindan a través de la interacción entre las medicinas profesional (alopatía y psicoterapias), folk (medicina ritual como la ayurvédica) y popular (practicada en el contexto de la familia y comunidad que clasifican, evalúan y tratan la enfermedad). Ésta última constituye la primera opción terapéutica para la mayoría de las personas.⁴ Continuando en esta línea, Good (en Idoyaga Molina, 2005) planteó la categoría de sistemas etnomédicos focalizando en las prácticas de los actores sociales a la hora de combinar medicinas sin ponderar a priori la biomedicina ya que constituye una etno- más. Así, la atención de la salud se da mediante la interacción entre biomedicina, autotratamiento y medicina tradicional.

Abrevando en los aportes de ambos autores, Idoyaga Molina (2005) sostiene que los actores sociales procuran la atención de la salud por medio de sistemas etnomédicos que suponen procesos de selección y combinación terapéutica, a los que denomina

traslupos (114-119). Ampliando la clasificación, junto a la biomedicina, identifica las medicinas *tradicionales* tales como el curanderismo y shamanismo; las *medicinas religiosas* practicadas en el contexto de las creencias y rituales de grupos evangélicos, pentecostales, católicos y afroamericanos (umbanda). Completan su propuesta las *alternativas/ complementarias* difundidas a través del proceso de transnacionalización, engloban a las terapias ligadas al new age –reiki y yoga-, y no integran la biomedicina; y el *autotratamiento* que supone el consumo de fármacos de laboratorio, remedios vernáculos caseros y prácticas rituales de raigambre católica (Idoyaga Molina, 2005; Idoyaga Molina; Luxardo, 2005). Una práctica a incluir dentro de esta última categoría es la acción consiente de “no hacer nada”,⁵ que se constata en el caso que presentaremos. Más allá de sus especificidades, estas medicinas comparten el abordaje holístico de la salud y las ideas de energía (Idoyaga Molina, 2005, p. 124); mientras que las acciones terapéuticas suponen a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de su eficacia y legitimidad (Menéndez, 1982, 1983).

A lo largo de este artículo y en busca de develar los itinerarios y estrategias terapéuticas de los actores, recurriremos al concepto *medically pluralistic setting* (Garro, 2002). Su riqueza analítica yace en que toma como punto de partida un escenario nutrido por diversas tradiciones curativas donde los recursos del conocimiento cultural son utilizados como marcos explicativos para evaluar la enfermedad y guiar las acciones en torno a la misma (Garro, 2002, p. 80-81). Podremos entonces, indagar en los intersticios en que la biomedicina y ciertas prácticas rituales religiosas (enmarcadas en el catolicismo principalmente) se complementan, yuxtaponen o entran en tensión.

Carisma y sanación en el catolicismo contemporáneo

El movimiento católico carismático de sanación que presentaremos tiene su epicentro en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. El líder del mismo es el sacerdote Ignacio Peries Kurukulasuriya, nacido en Sri Lanka en 1950 en el seno de una familia perteneciente a la minoría católica de dicho país.⁶

Con fines expositivos, podemos señalar que el movimiento carismático católico argentino se presenta como un espacio tripartito.⁷ Un núcleo central reconocido e institucionalizado por el Episcopado y con representación en las arquidiócesis del país.⁸ Una segunda instancia formada por las comunidades de alianza que al no depender de los equipos de coordinación diocesanos de la Renovación Carismática Católica (en adelante RCC) tienen la posibilidad de generar sus propias formas de organización.⁹

El movimiento generado en torno a Peries, titular de la asociación eclesial Cruzada del Espíritu Santo¹⁰ y párroco de la Natividad del Señor, se presenta como un tercer espacio, altamente visible en el campo religioso nacional. Su identificación como carismático no resulta de una relación orgánica con el homónimo Movimiento de la RCC y sus fundamentos doctrinarios, sino por la convergencia en cuanto a las temáticas y formato ritual que adopta el culto. En este sentido, serán la modalidad del ritual, la imposición de manos, el contacto físico y la efervescencia emocional los elementos simbólicos que sitúen tanto al fiel como al observador en un ambiente carismático. Para

los asistentes, estas características posicionan a Ignacio en un terreno compartido con otros “curas sanadores” que también obran milagros a favor de quienes entran en contacto con ellos. Como por ejemplo, con el fallecido Mario Pantaleo cuya labor se asienta en González Catán, localidad ubicada al oeste de la Ciudad de Buenos Aires e identificada como de “sectores populares”; y con Fernando Abraham, párroco en Avellaneda, municipio bonaerense que limita con el sur de la Ciudad de Buenos Aires y posee una fuerte tradición fabril.

En su mayoría, quienes llegan a las prácticas carismáticas son católicos de carrera. Es decir, personas que encarnan relaciones ambivalentes y de larga data con el credo bajo el cual han sido criadas y poseen diversos grados de participación y compromiso con la práctica hegemónica que la iglesia como institución espera de su grey. Claro está que la denominación católica no es un todo homogéneo sino que engloba una significativa variedad de prácticas y experiencias, corrientes y movimientos entre los cuales los actores transitan. En esas circulaciones llegan a las celebraciones desplegadas por Peries donde las vivencias inmediatas y emocionales de la presencia de Dios y la sanación son protagonistas. En este sentido, el movimiento carismático se erige como una alternativa cercana a las necesidades y posicionamientos de los fieles pero contenida en y legitimada por el universo católico (Krautstofi, 1999)

Aquello que los fieles nombran como carisma de Peries resulta de la convergencia de varios elementos que configuran su excepcionalidad sanadora. Uno de ellos refiere a la lectura local de su “origen lejano y exótico”. La especificidad de su origen asiático y católico se funde en la categoría homogeneizante de Oriente, confiriendo al sacerdote las mismas particularidades que el orientalismo (Said, 1990) afilió a las regiones allende Occidente: sanación, espiritualidad y poder. También, el color oscuro de sus ojos y piel, la mirada “penetrante” y el carácter “fuerte” alimentan la excepcionalidad al contrastar con las formas hegemónicas de imaginar la sociedad argentina como blanca, racional y católica (Frigerio, 2009, p. 18). Finalmente, integran al carisma el don de curar por ser intercesor ante Dios y el don de profecía.¹¹

Este último refiere a la capacidad del sacerdote de leer el estado de ánimo del otro, pronunciar palabras que ayudan en la toma de una decisión, señalar la parte afectada de un cuerpo, más que a predicciones futuras. En este contexto, el discurso de Ignacio es potencialmente polisémico y en consecuencia, quien lo escucha lo llenará de significados a partir del conocimiento que posee de sí mismo.¹²

La capacidad de curar es la faceta del “don” más difundida a través de familiares, redes sociales y medios de comunicación. Si bien, el sacerdote resiente esta condición atribuida, sus homilías están colmadas de referencias a enfermedades y tratamientos biomédicos; y durante las esperas los fieles, guiados por una voz en los altoparlantes, rezan una oración por los enfermos redactada por Ignacio y publicada en uno de sus libros (Peries, 2002). Prevalen los testimonios de personas “curadas” por la intervención eficaz del sacerdote y de hechos que cumplieron las palabras que había pronunciado. Luego de recibir la imposición de las manos, las mujeres logran los embarazos deseados; los análisis médicos señalan mejorías; quien buscaba trabajo, lo encuentra; quien estaba angustiado, encuentra calma y tranquilidad.

El fenómeno de la sanación fue señalado por diversos autores y para contextos disímiles como una de las fuentes de convocatoria y expansión de las prácticas carismáticas (Csordas, 1997; Giménez Béliveau, 1999; Krautstoftl, 1999; Steil, 2006) porque dan respuesta a demandas que los feligreses dirigían a otras esferas de la actividad social. Desde el punto de vista de los actores, la asistencia regular o esporádica a las celebraciones carismáticas, integrar grupos de oración como la práctica del rezo individual siguiendo los modelos carismáticos sobrelleva efectos terapéuticos. Éstos serán comparados en su eficacia con los obtenidos en el derrotero de médicos, psicólogos, maestros de meditación y demás alternativas que los fieles consultaron en busca de respuestas. De esta manera, el carisma sanador de Peries será eficaz en un ámbito de incumbencia específica: la salud.

En los siguientes apartados, basándonos en nuestra experiencia etnográfica en el movimiento religioso en cuestión, discutiremos la forma en que la problemática de la salud se manifiesta en dos ámbitos clave como son los modos de gestionarla y la participación ritual.

Gestionando la salud y la enfermedad

En la multiplicidad de caminos de llegada al movimiento religioso identificamos determinados elementos simbólico-prácticos que configuran un escenario que torna posible el viaje a Rosario. Para los actores sociales asistir a las liturgias y ceremonias de sanación de Ignacio Peries es consecuencia de percibir vulneradas sus estructuras de contención (familia, trabajo, etc.). Esta vulnerabilidad se traduce en un amplio espectro de malestares definidos con mayor o menor precisión: tristeza, depresión por estar atravesando situaciones de dolencias físicas o psíquicas producto de enfermedades propias o de terceros detectadas por el saber biomédico, malas relaciones con el entorno familiar, falta de trabajo. Este dato es congruente con las tendencias del contexto sociorreligioso argentino mayor, donde se constata que el 45% de los argentinos acude a Dios en momentos de sufrimiento y el 14,3% cuando necesita una ayuda específica (Mallimaci; Esquivel; Irrazábal, 2008). Quienes buscan la bendición de Peries lo hacen con la expectativa de poner fin a una enfermedad concebida de manera amplia que conjuga lo físico, psíquico, emocional y social; y su contracara será un concepto también amplio de salud. Tomados en su conjunto, constituyen el núcleo que articula los motivos para emprender el viaje a Rosario configurándolo como una parada en un recorrido terapéutico mayor. Muchas de las entrevistadas decían que buscar la sanación respondía a la necesidad de restituir el equilibrio de sus hogares “destruidos por la enfermedad”; lograr un embarazo tras fallidos tratamientos de fertilización con el plus de angustia que acarrea; o “salir adelante” luego de que un cáncer remitido volviera a activarse. Como vemos, al interpretar momentos críticos de sus vidas, las voces de los participantes del movimiento de Peries traslucen rastros de un proceso de medicalización de la experiencia social. Veamos de qué maneras.

Las formas nativas de concebir el proceso salud-enfermedad-atención recurren a las definiciones ofrecidas por el modelo biomédico sin restringirse a ellas. En las

narrativas sobre dicho proceso, se evidencian oscilaciones y convergencias entre dos polos: la enfermedad en tercera persona encarnada en el lenguaje y valores biomédicos, y la enfermedad en primera persona en la cual son cardinales la experiencia y subjetividad del paciente y del médico (Laplantine, 1999). Asimismo, estas representaciones socialmente construidas traen al primer plano las prácticas de apropiación y articulación de diversas medicinas en búsqueda de la salud. Abordaremos en primer lugar la gestión de la salud y de la enfermedad desde la biomedicina para centrarnos, luego, en el polo constituido por la experiencia sensible y la subjetividad del enfermo.

La percepción del problema cuya solución se imagina posible a través de la eficacia sanadora de Ignacio, toma como punto de partida a la biomedicina.¹³ El motivo de asistencia está acompañado de un diagnóstico que, al provenir del discurso científico objetivo y socialmente aprobado, justifica y legitima el estado que los asistentes atraviesan. El diagnóstico es performativo ya que crea el estado enfermo por medio de nombrar (y por tanto etiquetar) un conjunto de características, transitorias o permanentes, de una persona como síntomas de una enfermedad que puede ser tratada mediante determinadas prácticas. Asimismo, este poder performativo convierte a la persona en paciente que padece aquello que la etiqueta nombra y debe responder a las prescripciones indicadas por quien tiene la voz autorizada, el médico. Las narrativas de las fieles son ricas en referencias al lenguaje técnico y objetivo del conocimiento y procedimiento médicos. A pesar de la distancia que separa el vocabulario cotidiano del de una porción de la cultura docta (el saber biomédico), la mayoría de las mujeres podía relatar la/s enfermedad/es que tenían, explicar posibles etiologías, tratamientos realizados o por realizar así como su eficacia, etc. Por ejemplo, Estefanía, una treintañera que busca hacer muchos años un primer embarazo, conocía los detalles de la ligadura tubaria que le habían efectuado o de qué maneras la endometriosis influía en sus planes de maternidad. De igual forma, Alejandra relataba los pormenores de su mastectomía y de los efectos adversos de las medicaciones oncológicas prescritas por sus médicos.

Esta concepción del proceso de salud/enfermedad/atención conlleva varias implicancias.¹⁴ Primero, la identificación de la enfermedad como una cosa aislable: la anatomía determina la localización exacta del mal en un órgano y la cirugía puede extraerlo o repararlo. La medicina procede por medio de la objetivación al otorgar un nombre al mal. Segundo, ofrecen representaciones tranquilizadoras porque es el órgano que no funciona o lo hace deficientemente, el virus o el microbio que ingresó al cuerpo. Las enfermedades son realidades que tienen poco que ver con la persona del enfermo. Así, la hiperactividad y falta de concentración del hijo de una de nuestras entrevistadas son síntomas de ADD¹⁵ y deben medicarlo; la infertilidad que acompaña a Estefanía resulta de la endometriosis que debe extraerse del cuerpo. Otro ejemplo más lo constituyen las microcalificaciones que provocaron la mastectomía en Alejandra. Estos dos últimos casos evidencian la geografía corporal de la enfermedad en la que se basa el modelo biomédico. Esta geografía es recreada también por la forma en que el sacerdote hace uso de sus manos. Según las voces nativas, las manos de Peries tienen entidad propia ya que son capaces de detectar el lugar de la enfermedad o el malestar en el

cuerpo de la persona que recibe la bendición sin que medie palabra alguna. Esta sensibilidad es posible porque las manos, tal como seguiremos desarrollando, son vehículos de un poder sagrado e integran un cuerpo poderoso.¹⁶

De acuerdo con Laplantine (1999) las implicancias mencionadas son “ventajas” de la interpretación ontológica de la enfermedad. Sin embargo, la búsqueda de otras opciones médicas como religiosas que tomen en consideración en tanto válidas la experiencia y emotividad de los enfermos, ponen en primer plano las deficiencias y límites que las personas identifican con este sistema de atención de la salud.

El recurso a la biomedicina como fuente de legitimación no es exclusivo de los fieles: hemos registrado el mismo uso desde el movimiento religioso. Una vez finalizada la celebración de la misa, son pocas las personas que abandonan el recinto porque deben optar entre recibir la bendición del sacerdote ese mismo día o solicitar un “Turno para Bendición individual”.¹⁷ Para acceder a esta última es necesario documentar fehacientemente una enfermedad con certificado médico o historia clínica. Requerimiento que pone en evidencia el poder legitimado e irrefutable de la escritura (Ong, 1996) y, en particular, de la médica. Una vez acreditada la enfermedad, son las servidoras del sacerdote las que evalúan la gravedad del caso según parámetros establecidos por el sacerdote y, en consecuencia entregarán o no el turno deseado. Este poder de determinar quién accede al encuentro personal con Peries no es fácil de sobrellevar ya que quienes los solicitan gritan, lloran o insultan ante una negativa.

Frente a esta última, los fieles se amparan nuevamente en la biomedicina para convencer a la servidora de ser merecedoras del tiempo del sacerdote. “Mi hijo está muy grave, tiene una pelota que parece ser maligna en la base del cuello y le duele mucho. Le están haciendo ecografías y resonancias para dar bien con qué es” decía una señora al borde del llanto, enredándose entre certificados y estudios médicos, mientras su hijo correteaba por adentro de la parroquia.

La apelación al discurso y diagnóstico biomédicos como fuente de legitimación implica un proceso de reinterpretación y acomodamiento al esquema propio de los actores, quienes ya elaboraron un autodiagnóstico vigente hasta la consulta con el profesional. Después llegará la hora de escuchar la inferencia clínica: el discurso científico llevará a la persona transformada en paciente y enferma, a validar o cambiar su opinión primera. El lazo entre ambas epistemologías terapéuticas se lleva a cabo de acuerdo a un esquema de etiología subjetiva y simultáneamente social (Laplantine 1999). Por lo tanto, no estamos tratando con personas pasivas frente al modelo biomédico, sino que generan hermenéuticas alternativas.

La percepción sintomática de los problemas y afecciones, propia de la biomedicina, considera relevante la porción de experiencia de los pacientes que sirve de guía para el diagnóstico. Por lo tanto, hay un caudal de experiencia del enfermo que queda excluida: sus emociones, la propia percepción del cuerpo y del proceso que atraviesa; y dicha exclusión es resentida por los pacientes. Esta percepción permite introducir el segundo polo constituido por los abordajes del proceso de salud-enfermedad-atención que tomen en consideración el ser-en-el-mundo (Csordas, 1997).

Tal como se constata en el caso que presentamos, al momento de lidiar con la enfermedad, los actores buscan opciones terapéuticas en las cuales su experiencia

sensible y sus inferencias subjetivas sean consideradas como fuentes válidas de indagación sobre los procesos que hacen que “se sientan mal”, “mejoren” o “se curen”. Generan interpretaciones y praxis alternativas pero acopladas a las biomédicas y al anatomismo cosificante que las caracteriza. En contraste a ellas, dan lugar a una concepción holística donde lo físico, psíquico, emotivo y la dimensión social no son escindibles y se conjugan como posibles etiologías o como enfermedad en sí misma. Sus trayectorias muestran el interjuego, en un mismo episodio de enfermedad, de diversas tradiciones curativas que son evaluadas y reordenadas de acuerdo a cada situación concreta. Conjugan tratamientos prescritos por el modelo médico hegemónico (en adelante MMH) con la toma de decisiones basadas en el autotratamiento, el recurso a las prácticas alternativas y a la medicina religiosa que, para el caso que presentamos, contiene el compromiso con las prácticas rituales prescritas por Peries. Las y los fieles relataban las maneras en que articulaban tratamientos oncológicos con meditación, reiki y dieta ovolacteovegetariana; o las formas en que las misas carismáticas y ciertas lecturas de corte “oriental” implicaban un acompañamiento espiritual importante para hacer frente a los tratamientos de fertilización, quimioterapias y la angustia que pueden acarrear.

Dentro de esos itinerarios incluyen también la consulta y tratamiento con profesionales que, inscriptos dentro del MMH, consideran la esfera espiritual-emocional como relevante en los procesos de salud-enfermedad-atención. Más aún, alguno de estos profesionales entre las recomendaciones a seguir, incluyen una visita al “cura sanador”.

Mariela es ginecóloga, especialista en trombofilia y abortos recurrentes, y una de las doctoras que las mujeres con problemas de fertilidad mencionaban recurrentemente.¹⁸ Presentándose como creyente y seguidora de Ignacio, quise indagar en cómo conjugaba el saber médico con la fe. Antes de que terminara de formular la pregunta me interrumpió diciendo que “la medicina es un trípode: está el conocimiento médico, el cuerpo del paciente y después Dios. Los tres tienen peso. Yo siempre se los digo a mis pacientes que la medicina es un trípode”. Mientras habla arma un trípode con los dedos apoyados sobre el escritorio que nos separa y, a medida que nombra cada elemento, toma de a uno los dedos que forman el sostén.

Esta doctora no se adecúa por completo a las concepciones hegemónicas de la medicina. Si de acuerdo con el MMH la enfermedad es de orden anatómo-fisiológico, esta ginecóloga considera también importante el orden de lo numinoso,¹⁹ aquello que escapa a la razón y control humanos al fundarse en el ámbito espiritual de la vida como factor explicativo de la eficacia o no de un tratamiento biomédico. En este contexto, las soluciones a los problemas de los fieles serán más sorprendentes y la intervención divina más evidente, cuando los médicos han diagnosticado trastornos severos o una enfermedad incurable o que implique tratamientos invasivos y prolongados. En relación con esto último, no es un dato menor que a Peries se lo reconozca como “especialista” en la cura de enfermedades como cáncer, problemas asociados a la infertilidad o del Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).²⁰ Durante la imposición de manos, los fieles afirman que “realmente está Dios o Jesús en su cuerpo, no está él solo”, transformándolo en agente numinoso con poder de sanación.

Asimismo, a estas enfermedades el saber popular y profesionales de la salud adscriptos al campo de las medicinas alternativas les otorgan un posible origen en desequilibrios emocionales. Estas etiologías emotivo–sensoriales están presentes también en el discurso de Ignacio quien, mixturando las medicinas folk y la psicología, asocia el TGD a un susto o episodio traumático durante el embarazo. Pero volvamos al universo de los doctores.

Esteban es médico clínico recibido en la Universidad Nacional de Buenos Aires y acupuntor.²¹ Atiende en consultorios privados y en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, dedicado a los cuidados paliativos de personas con cáncer. Uno de sus consultorios está en la ciudad de Santa Fe donde recibió pacientes que asistieron a la Natividad logrando remisiones de cáncer “y no sorprende porque la fe en poder mejorar es vital en este *tipo* de enfermedades” (el destacado es mío). Al entrevistarle, le consulté sobre la teoría de una fiel que atribuía su cáncer de mama a la tristeza que le produjo la muerte de un hermano mayor, coincidió afirmando que “los cambios emocionales, los nervios, el stress influyen de forma negativa en el cuerpo que refleja todo lo que nos pasa. La acupuntura ayuda a restituir la armonía perdida”. Estas concepciones se inscriben dentro de un modelo en el cual la dupla normal–patológico es suplantada por armonía–desarmonía, equilibrio–desequilibrio y las enfermedades no son “cosas” aislables y destruibles sino desarreglos que deben comprenderse en su globalidad. Estar enfermo implica la ruptura del equilibrio del hombre con su propia persona, el cosmos y /o el orden social (Laplantine, 1999). Mencionábamos previamente que el ADD, enfermedad del hijo de una de las entrevistadas, resonaba en todos los integrantes de la familia. Éstos en pos sanarse, asistían a la terapia sistémica y tomaban el agua bendita indicada por el sacerdote.

El carácter holista de la enfermedad parte de la unidad de los fenómenos físicos y espirituales, racionales y emocionales, en detrimento de la división moderna y estanca entre cuerpo y alma, en la cual se inscribe la biomedicina. Esta continuidad alcanzará su máxima expresión en la sanación, en la cual el proceso de salud–enfermedad–atención incluye un nivel espiritual que integra la experiencia cotidiana y el sufrimiento se extiende desde lo anímico y físico a un contexto numinoso más amplio (Semán, 2001). Dentro de ese contexto, se inscribe la asistencia a la parroquia rosarina en tanto parada de un itinerario terapéutico mayor. La posibilidad de pensar al sacerdote como sanador evidencia que la gestión de la salud trasciende lo medicalizable para incluir la experiencia anímica de los actores. Esta característica de la enfermedad es ratificado desde el discurso del sacerdote quien afirma que “el ser humano sufre mentalmente, psíquicamente, emocionalmente y también hay muchos problemas familiares que producen dolor” (Peries en Favarel, 2012).

Conocidas las formas en que se perciben los problemas en términos de salud–enfermedad cuya solución definitiva radica en el contacto con una persona mágica, avanzaremos hacia el último punto del análisis: los rituales de sanación.

Los rituales de sanación

Como vimos, los itinerarios y trayectorias de los actores evidencian que los modos de atención de la salud-enfermedad resultan en un proceso que engloba lo físico, mental, emocional y social. Señalábamos que esta característica alcanza su máxima expresión en la sanación al extenderse a un contexto numinoso mayor y tiene consecuencias reales sobre la vida de los fieles. En este último apartado, nos detendremos en los rituales de sanación tal como se desarrollan en el movimiento de Peries.²²

Las sanaciones constituyen una experiencia religiosa central en tanto bien buscado a partir de la confianza en la intervención divina en la vida de los fieles y una de las fuentes principales de la popularidad de este sacerdote. Tienen lugar una vez finalizadas las cuatro misas de los fines de semana redundando en jornadas cercanas a las dieciséis o diecisiete horas e incluyen, principalmente, la imposición de manos, las bendiciones y las efusiones emocionales. Debido a la masividad de los asistentes, a Ignacio lo ayuda un séquito de “servidores” de ambos sexos a quienes les encomienda, entre otras tareas, la transmisión de las indicaciones rituales hogareñas.²³

Para el sacerdote, la imposición de manos y las bendiciones van a ser experiencias de suma importancia y buscará continuamente inscribirlas en el marco religioso. En una entrevista concedida a un diario de difusión nacional, las definió afirmando que

es invocar la gracia de Dios. Ante cada persona, según su necesidad, por salud, trabajo, dolor. (...) De alguna manera, es para que la persona sienta la presencia del espíritu. Es la fuerza que recibieron los discípulos en Pentecostés y nosotros la tomamos para compartir con los demás (Chantada, 2009. El destacado es nuestro).

Vemos aquí cómo Peries recurre a la narrativa maestra compartida entre el universo católico carismático y el pentecostalismo,²⁴ cuyo fundamento bíblico se halla en varios versículos neo-testamentarios, específicamente en Hechos 2:1-4. Esta apelación no se limita al plano discursivo y se extiende hacia la praxis corporal. Al momento de la imposición de manos el uso que el sacerdote realiza de su propio cuerpo desafía una disciplina corporal católica que establece un contacto “sobrio” entre los fieles y con el celebrante.²⁵ En contraste, Ignacio intercambia miradas, toca el cuerpo de los asistentes, pronuncia palabras al oído, ríe y juega junto a ellos cuando se trata de niños. Sus manos, expertas en la geografía corporal de la enfermedad, identifican el lugar donde se ubica el mal que motiva el viaje. A ojos de los fieles, esta identificación certera prueba la presencia de “algo más” en Ignacio, que “algo tiene para poder percibir”.

La bendición suele ser corta y veloz para poder “atender” a todos los presentes. Durante la misma, los servidores reciben de voz del sacerdote indicaciones codificadas y las traducen en acciones que deben cumplir los asistentes por un lapso de tiempo para luego retornar a la parroquia. Estas prácticas incluyen rezos, tomas de agua bendita y, dependiendo de la gravedad de los casos, la aplicación de compresas de coco, azúcar y

limón alrededor de la zona corporal afectada. Pueden incluir, también, prescripciones dietarias. El código, creado por el propio Peries y que los servidores memorizan en su entrenamiento, combina dos números o algún número y palabra. Su utilización, como la elección del vocablo “atender”, reforzaría el carácter de paciente del asistente quien se remite a experiencias previas que suponen una distribución desigual del conocimiento del proceso salud-atención-enfermedad como las relaciones con médicos o psicoanalistas para tipificar la situación de la imposición de manos (Carozzi, 1993). En términos levistraussianos, esta homologación permitirá que una situación que en un principio era percibida como dolorosa sea solucionable al otorgar inteligibilidad a la misma por medio de la eficacia sanadora del sacerdote (Lévi-Strauss, 1986).

El sacerdote no permanece ajeno a las narrativas sobre su supuesto poder excepcional. Sin embargo, las minimiza al situar la causa de su popularidad en los testimonios que circulan entre los asistentes y no en una característica propia

la imposición de manos es una cosa que todos los sacerdotes hacen desde la ordenación. en mi caso, la gente comenzó a difundir boca a boca mi imposición de manos y así fue creciendo la afluencia (Peries en Chantada, 2009).

Para los fieles, la imposición de manos y la bendición son los momentos de mayor intensidad de las manifestaciones de la fe otorgando un ritmo específico a los tiempos rituales. Mientras esperan su turno rezan con mayor ímpetu, se concentran en lo que fueron a pedir, lloran, estiran los brazos hacia adelante, exhiben medallas y rosarios, análisis médicos y remedios, fotos de personas no presentes. Distintas imágenes sensoriales acompañan la experiencia de lo numinoso. Por ejemplo, varias interlocutoras refieren sensaciones de calor, liberación, pérdida del eje, imposibilidad de habla. Entendemos que esto es posible porque durante las sanaciones los actores desarrollan un particular “modo somático de atención”²⁶ en el cual la experiencia corporizada permitirá tanto la comprensión de lo que sucede como poder narrarlo.

Estas inscripciones sensorio-emotivas (Citro, 2000) de las *performances*²⁷ rituales son cargadas de distintos sentidos, complementarios entre sí. En primer lugar, son señales de que el proceso sanador ha comenzado. Nutren también la creencia en el poder excepcional: las sensaciones y percepciones corporales que despierta el contacto con el sacerdote no pueden atribuirse a causas físicas o biológicas. Por lo tanto, se las adscribe al orden de lo numinoso y en el mismo movimiento legitiman el rol del sanador.

Por último, constatan las limitaciones del lenguaje. Durante el trabajo de campo, cuando nuestras interlocutoras querían poner en palabras sus experiencias de sanación el lenguaje les era insuficiente. Debían recurrir a gestos, al uso de las manos, expresiones del rostro, tocar su propio cuerpo o el de terceros simulando las acciones del sacerdote. Anclada en el cuerpo y en las emociones, la experiencia es única e intransferible ya que “solo se puede compartir y ser comprendida con los que han ido al Padre Ignacio”.

La centralidad de la temática salud-enfermedad está presente en otras prácticas relacionadas con la transmisión de los efectos benéficos del contacto con lo numinoso.

Particularmente, en dos tipos de elementos: los que vehiculizan los pedidos de ayuda y los difusores de efectos taumatúrgicos.

Entre los primeros figuran fotos, cartas, análisis médicos, remedios que los fieles exhiben durante la eucaristía y la sanación. Para el caso de las fotos, si bien no existe un formato estándar, entre los asistentes circulan ciertas características que deben respetar: estar en un folio para evitar mojaduras y arrugas, no usar alfileres para sujetarlas porque al momento de la bendición pueden lastimarse ellos mismos o al sacerdote. En sus segundas o terceras experiencias, algunos fieles agregan otros requisitos: la foto debe ser reciente de manera que el sacerdote vea el estado actual de la persona que desea sanar. “Yo pensaba que si veía la foto que había llevado antes, iba a ver lo mismo” me decía Olga quien asistía por segunda vez a las misas de Peries pidiendo por la salud de su madre y a la espera de que el sacerdote “actualice” el diagnóstico.

Los segundos objetos sacralizados son aquellos que transfieren los efectos taumatúrgicos. Por ejemplo, las medallas de la Natividad del Señor, el agua bendecida y, también, los objetos que vehiculizaban pedidos y entraron en contacto con el sacerdote durante las celebraciones.

Las medallas las entrega el sacerdote durante la bendición y no lo hace directamente en la mano del asistente: el primer contacto es con la cabeza, el pecho o el entrecejo. Previo a entregarla, Ignacio sopla la parte interna de una de sus muñecas para luego apoyar allí la medalla. De esta manera, el soplo carga al objeto con el poder sanador y transmitirá ayuda al enfermo.²⁸

Otro elemento es el agua bendecida. A diferencia de algunas parroquias o santuarios donde la fuente está bendecida, en la Natividad los sacerdotes proceden a bendecir el agua contenida en unos tanques de acero inoxidable cada vez que se acaba. Terminada la bendición, uno a uno se giran unos carteles que anuncian “Agua Bendecida”. Si bien no existe diferencia léxica entre ambos términos -bendita y bendecida- desde la parroquia favorecen el uso del segundo. Bendecida es un participio pasado que puede funcionar como adjetivo pero tiene régimen verbal. Por lo tanto, refiere a una acción que se termina y renueva cada vez, así lo ratifica el gesto de girar el cartel. En este contexto, la trasmutación ritual del agua corriente en bendecida riega el carácter procesual de la sanación.

Una de las mujeres con quien esperábamos el ingreso a la parroquia cuenta que desde hace 6 años asiste regularmente a las celebraciones esperando lograr el ansiado embarazo. Esta asiduidad la hace conocedora de las combinaciones de tareas que encarga el sacerdote y del protagonismo del agua bendecida en ellas. Consultada respecto a si concurría seguido a la parroquia para proveerse de agua bendecida respondió que “no es necesario que venga siempre porque si a vos te queda un poco de agua en el bidón le agregas nueva y toda queda bendita”. Esta teoría evidencia nociones acerca del traspaso de los efectos benéficos del contacto con lo numinoso. La cualidad sagrada-mágica, si bien tiene origen en el sacerdote, no se propaga de manera unidireccional. Nuevas vías de circulación se crean en el uso del agua bendecida de manera que otros elementos incorporan los beneficios: el agua que rellena el bidón, las casas que al ser lavadas se “purifican”, los remedios de los enfermos.

Estos elementos transmisores tejen un puente entre el cura y las personas y objetos no presentes en el momento y lugar de la bendición. Cada vez que los asistentes realizan en sus hogares las tareas encargadas por el sacerdote instituyen la situación de sanación en escenarios y tiempos distintos al templo consagrado. Este lazo evidencia también la puesta en circulación de la sanidad y una modalidad móvil de relacionarse con lo numinoso (Giménez Béliveau, 1999, p. 74).

Al cumplir una función sinecdótica estos elementos permiten también la circulación de los cuerpos. Durante la bendición e imposición de manos, es el cuerpo de un ser querido el que está presente por medio de las fotos o los análisis médicos buscando lazos con la potencia numinosa y poder sanar. En el momento de los deberes rituales hogareños, se manifestarán el sacerdote y su poder, ya transferido por el soplo, revistiendo a este nuevo escenario de un potencial sanador semejante a lo sucedido en la parroquia. En este sentido, durante las situaciones rituales se evidencia que el cuerpo posee múltiples dimensiones y que la materialidad del sujeto -el cuerpo como un objeto que solo puede ocupar un espacio en un tiempo- (Citro, 2009, p. 194–197) es solo una de ellas: el cuerpo puede actuar y ser catalizador de acciones de terceros independientemente de la distancia donde se halla el sujeto de la enunciación. Más aún, tanto unas como otras acciones tendrán consecuencias reales sobre las condiciones físicas, emocionales, espirituales y económicas de quienes las atraviesan.

Como anticipábamos, en la mayoría de los casos relevados, luego de la imposición de manos y la realización de los deberes hogareños encargados por el sacerdote, los fieles constatan una mejoría que corrobora la cualidad poderosa de Peries construyendo la efectividad de la sanación: Matías, el hijo de Ana María, logra fumar menos, controlar su enfermedad y, en consecuencia, las relaciones familiares mejoran; en Estefanía, las manos del cura le transmitieron calma aliviando su angustia. La historia de Rosa permite focalizar el proceso de sanación desde una perspectiva diferente. Su enojo y posterior abandono de las liturgias católicas, lejos de marcar una desafiliación religiosa o poner en duda el poder del sacerdote, sitúan en primer plano su validez: el milagro deseado no cumplido –no operarse por segunda vez– evidencia que la intervención de lo sagrado era una opción cierta para la cura de su enfermedad.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos analizado una de las modalidades que reviste el interjuego entre prácticas de sanación y el universo simbólico católico tomando como caso un movimiento carismático de sanación. Esta exploración puede aportar al conocimiento específico de la experiencia de sanación narrada y contribuir, además, a ampliar el conocimiento sobre la cura por medio de las performances rituales religiosas.

Para abordar este objetivo, en primer lugar repasamos brevemente las discusiones dadas al interior de las ciencias sociales para abordar la problemática social de la salud-enfermedad-atención. Dimos cuenta también de los esfuerzos por sistematizar las medicinas y terapias que los actores combinan con miras a procurar la atención de la salud. Seguidamente, presentamos el movimiento de Peries atendiendo al marco general

de las prácticas carismáticas y de la centralidad de la sanación en ellas. Advertimos que quienes llegan a las manos del sacerdote cingalés lo hacen en busca de la sanación y que dichas búsquedas se desarrollan en un contexto nutrido de diversas tradiciones terapéuticas que, en tanto recursos culturales, contribuyen a comprender y tratar la enfermedad (Garro, 2002). Uno de los recursos disponibles es el marco religioso que se complementa, yuxtapone o tensiona con la biomedicina. Debido a ello, indagamos en las concepciones sobre el proceso de salud/enfermedad/atención y las oscilaciones y convergencias con el discurso biomédico. Desde esta perspectiva tener buena salud es tener un cuerpo sano, pero también buenas relaciones con la familia y con la comunidad. Por ello, salud y enfermedad son conceptualizaciones amplias, no reducidas a lo físico y se extienden para incluir el universo anímico y social de las personas. Así, la asistencia a las celebraciones de Peries es enmarcada como modalidad de atención de la salud.

Los rituales constituyen los procedimientos por medio de los cuales Ignacio “cura”. Por ello, la última parte del artículo estuvo dedicada a las *performances* de sanación, siendo la imposición de manos y la bendición las principales. Durante ellas las percepciones sensorio-emotivas corporizan la experiencia en los actores. El sacerdote canaliza el poder sagrado que viabiliza la sanación a través de diversos gestos: tocar y hablar con los asistentes o el soplo de las medallas. Para los fieles, las diversas intensidades emotivas que ritman las celebraciones y las percepciones corporales que despierta la presencia numinosa de Ignacio dan cuenta de “modos somáticos de atención” y señalan el inicio del proceso sanador.

Anticipábamos que este caso puede contribuir al conocimiento sobre la cura por medio de las *performances* rituales religiosas. Uno de los elementos centrales de este movimiento religioso radica en las concepciones de espacialidad y temporalidad. Como vimos, establece una continuidad de los sentidos asociados entre lo que sucede puertas adentro de la parroquia con las prácticas hogareñas que los asistentes realizan por encargo del cura. En este contexto, la sanación es un proceso que define en sus términos espacios por fuera del templo consagrado y tiempos rituales complementarios a las liturgias, la imposición de manos y la bendición.

Dicho lazo resulta de la acción conjunta de diversos elementos simbólicos. Primero, la búsqueda de la salud que motiva la participación ritual. Ésta será significativa si la eficacia del carisma de Ignacio resuena en la expectativa de sanación de los actores.

Segundo, algunos de los objetos, no todos, del escenario original deben estar presentes en los nuevos. Esta sinécdoque la cumplen los elementos transmisores que instauran la situación ritual en espacios diferentes al templo consagrado, permitiendo múltiples circulaciones. Una será la sanidad y los efectos benéficos del contacto con lo numinoso. Otra, la de los cuerpos, sus poderes y sus dolencias: los cuerpos actúan y canalizan las acciones de terceros, más allá de la distancia que separa al sujeto de la enunciación.

De esta manera, diversos escenarios y acciones integran el proceso de salud-enfermedad-atención y se dirimen en el interjuego entre el mundo biomédico y la experiencia de lo numinoso.

Bibliografía

CAROZZI, María Julia. Consultando a una Mãe de Santo: un análisis de la construcción social del efecto mágico. *Revista de Investigaciones folklóricas*, Buenos Aires, v. 8, p. 68–78, 1993.

CERIANI CERNADAS, César. El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, Buenos Aires, v. 26, n. 3, p. 87–93, nov. 2006. Acceso em: 25 jan. 2015.

CHANTADA, Hugo. “Soy un instrumento de Dios”. Entrevista al Padre Ignacio Peries. *Diario Clarín*, jul. 2009. Valores Religiosos, Nro.65. Disponible em: <<http://edant.clarin.com/diario/2009/07/08/um/m-01954869.htm>>. Acceso em: 6 fev. 2015.

CITRO, Silvia. *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Biblos, 2009.

CITRO, Silvia. La materialidad de la conversión religiosa: del cuerpo propio a la economía política. *Revista Ciencias Sociales*, Iquique, v. 10, p. 37–55, 2000.

CONGREGACIÓN PARA EL CULTO DIVINO Y LA DISCIPLINA DE LOS SACRAMENTOS. *Redemptionis Sacramentum. Sobre algunas cosas que se deben observar o evitar acerca de la Santísima Eucaristía*. [S.l.]: Roma. Disponible em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/ccdds/documents/rc_con_ccdds_doc_20040423_redemptionis-sacramentum_sp.html>. Acceso em: 30 jan. 2015. , 2004

CSORDAS, Thomas J. Somatics mode of attention. *Cultural Anthropology*, v. 8, n. 2, p. 135–156, maio 1993. Acceso em: 2 jul. 2013.

CSORDAS, Thomas J. *The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing*. California: University of California Press, 1997.

FAVAREL, María Laura. “Yo sé que tengo un don especial de Dios que no puedo explicar”. Entrevista al Padre Ignacio. *Diario La Capital*, 1 abr. 2012. Disponible em: <http://www.lacapital.com.ar/ed_impresa/2012/4/edicion_1244/contenidos/noticia_5300.html>. Acceso em: 31 out. 2012.

FRIGERIO, Alejandro. Luis D’Elia y los negros: identificaciones raciales y de clase en sectores populares. *Claroscuro, Revista del Centro de Estudios sobre Diversidad Cultural de la Universidad Nacional de Rosario*, Rosario, n. 8, p. 13–43, 2009.

GARRO, Linda C. Hallowell’s challenge Explanations of illness and cross-cultural research. *Anthropological Theory*, v. 2, n. 1, p. 77–97, 2002.

GIMÉNEZ BÉLIVEAU, Verónica. Salud, sanación, salvación: representaciones en torno del “estar bien” en dos grupos católicos emocionales. *Sociedad y Religión*, Buenos Aires, n. 18/19, p. 67–85, 1999.

IDOYAGA MOLINA, Anátilde. Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, Buenos Aires, v. 27, p. 111–147, 2005. Acceso em: 26 jan. 2015.

IDOYAGA MOLINA, Anátilde; LUXARDO, Natalia. Medicinas no convencionales en Cáncer. *Medicina*, Buenos Aires, v. 65, n. 5, p. 390–394, 2005.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KRAUTSTOFL, Elena. Raíces locales de la Renovación Carismática Católica. *Sociedad y Religión*, Buenos Aires, n. 18/19, p. 31–44, 1999.

LAPLANTINE, François. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol, 1999.

LÉVI-STRAUSS, Claude. La eficacia simbólica. *Antropología estructural II*. México: Siglo XXI Editores, 1986.

MALLIMACI, Fortunato; ESQUIVEL, Juan Cruz; IRRAZÁBAL, Gabriela. *Primera encuesta sobre creencias y actitudes religiosas en Argentina*. . Buenos Aires: CEIL–PIETTE–CONICET, 2008. Disponible em: <<http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2013/02/encuesta1.pdf>>. Acceso em: 3 fev. 2015.

MENÉNDEZ, Eduardo. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos médico sociales*, Rosario, v. 21, p. 25–42, 1982.

MENÉNDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, México, v. 4, n. 7, p. 71–83, 1994.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1983.

OLMOS ÁLVAREZ, Ana Lucía. *Soy un instrumento de Dios. Una etnografía del carisma y la sanación en el catolicismo contemporáneo: el caso del Padre Ignacio*. 2014. 123 f. Tesis de Maestría en Antropología Social – Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES)- Instituto de Altos Estudios Sociales (IDAES), Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), Buenos Aires, 2014.

ONG, Walter J. *Oralidad y escritura. Tecnologías de la palabra*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1996.

OTTO, Rudolf. *Lo Santo. Lo Racional y lo Irracional en la Idea de Dios*. Madrid: Revista de Occidente, 1925.

PERIES, Ignacio. *Reflexiones de vida*. Rosario: Tinta Roja, 2002.

RENOLD, Juan Mauricio. El Padre Ignacio, sanación y eficacia simbólica. *Miradas antropológicas sobre la vida religiosa. El Padre Ignacio, sanación y eficacia simbólica y otros ensayos*. Buenos Aires: CICCUS, 2008.

SAID, Edward. *Orientalismo*. Madrid: Libertarias, 1990.

SCHEFFER, Nora. *Entre la organización Burocrática y el ritual de sanación: Los servidores de Natividad del Señor*. 2000. Tesina de Licenciatura en Antropología – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, 2000.

SEMÁN, Pablo. Cosmológica, holista y relacional: una corriente de la religiosidad popular contemporánea. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 45–74, 2001.

SONEIRA, Abelardo Jorge. ¿Quiénes son los carismáticos? La Renovación Carismática en la Argentina. *Sociedad y Religión*, Buenos Aires, n. 18/19, p. 41–54, 1999.

STEIL, Carlos. Catholic Charismatic Renewal: A way into or out of Catholicism? Ethnography of the São José group, in the city of Porto Alegre, Brazil. *Religião & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 1, 2006. Disponible em: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/s_rs/v1nse/a02v1nse.pdf>.

STEIL, Carlos; WALKER, Ana Paula. Ser carismático e hispânico em San Diego, California. *Transnacionalização Religiosa: Fluxos e Redes*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, Antropologia Hoje, p. 157–186, 2012.

Notas

¹A lo largo del texto utilizaré las dobles comillas para identificar categorías y frases empleadas por los propios actores. Salvo que se indique lo contrario, las citas textuales de los actores corresponderán a las notas de campo.

²La arquitectura empírica de este trabajo se sostiene en una aproximación etnográfica que abarca el período julio 2009 a abril 2015. Durante el trabajo de campo, realicé observación participante en diversas liturgias desplegadas por Peries y por otros sacerdotes de la congregación, en eventos organizados por la Cruzada del Espíritu Santoy en distintos contextos de acción, principalmente en viajes organizados para asistir a las ceremonias. Esta participación sostenida fue complementada con entrevistas y con el análisis de diversas fuentes: materiales escritos producidos por el propio movimiento (como los libros escritos por Peries); documentos institucionales y notas periodísticas.

³ Existen clasificaciones de las medicinas realizadas desde el campo biomédico. Un análisis de las mismas puede encontrarse, por ejemplo, en Idoyaga Molina 2005.

⁴Kleinman afirma que la medicina popular constituye un área de vacancia analítica. Misma advertencia hace Idoyaga Molina (2005) para el caso argentino donde el autotratamiento se constata en sectores medios y altos.

⁵ Menéndez incluyó “la acción conciente de no hacer nada” dentro del modelo médico basado en la autoatención (1983).

⁶ Según el censo del año 2012, el 8% de la población de Sri Lanka practica el catolicismo romano, introducido por los colonos europeos desde el siglo XV. Completan el espectro de religiones reconocidas y registradas estadísticamente: el Budismo (oficial y mayoritaria) que alcanza al 69% de la población; el Hinduismo con un 15% y el Islamismo con 7% de seguidores. Fuente: Departamento de Censos y Estadísticas de Sri Lanka: <http://www.statistics.gov.lk/> (acceso 02/03/2013)

⁷ La presente caracterización de la heterogeneidad al interior del movimiento carismático está inspirada en la que presentara Steil para el caso brasileño (2006).

⁸ Un análisis detallado del proceso de expansión, reconocimiento e institucionalización de la RCC en Argentina puede encontrarse en, por ejemplo, Soneira, 1999.

⁹ Los miembros de estas comunidades establecen un compromiso formalizado de aspiración a la santidad y de servicio a la Iglesia, por medio de una “alianza” con Dios y con los hermanos de la comunidad.

¹⁰ La Cruzada del Espíritu Santo es una asociación eclesial fundada por el reverendo irlandés Thomas Walsh bajo la inspiración del Concilio Ecuménico Vaticano II (1962-1965).

¹¹ El proceso de construcción de carisma de Ignacio Peries ha sido trabajado en detalle en la tesis de maestría de Olmos Álvarez, 2014.

¹² Mismas características señaló Carozzi para las situación de consulta en los templos umbandas (1993).

¹³ Para caracterizar a la biomedicina seguiré las especificaciones que Menéndez otorgó al Modelo Médico Hegemónico (1983).

¹⁴ Seguimos aquí a Laplantine respecto a la medicina positiva occidental (1999:57–64).

¹⁵ La sigla se deriva de su nombre en inglés Attention Deficit Disorder (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

¹⁶ Estas características sitúan a Peries en un terreno compartido con shamanes y curanderos cuyos cuerpos también son vehículos de poder sagrado. Ver, por ejemplo, Citro, 2009.

¹⁷ Hasta octubre de 2013, los “Turnos” se entregaban durante las misas del fin de semana y eran los días hábiles siguientes. Se podía sacar un turno por persona y año calendario. De solicitarlo para terceros debía ser un familiar, certificando el parentesco. Luego de esa fecha, el pedido se hace a través de la página web de la parroquia y mantiene el requisito del “diagnóstico /informe médico”.

¹⁸ Las citas de Mariela corresponden a la entrevista realizada en su consultorio de la Ciudad de Buenos Aires, en el mes de febrero 2012.

¹⁹ Acordamos con la definición de Otto sobre lo numinoso como la dimensión de lo santo que escapa a la razón, que se presenta como absolutamente heterogéneo y con poder, es fascinante (atractivo en su exceso) y provoca emociones profundas en el creyente. De allí la centralidad de la experiencia religiosa en la propuesta del autor (Otto, 1925).

²⁰ De acuerdo con la “Clasificación internacional de enfermedades” los TGD son un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de las interacciones sociales recíprocas, modalidades de comunicación y un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo. Ver Organización Mundial de la Salud –CIE 10.

²¹ Las citas de Esteban corresponden a la entrevista realizada en la Ciudad de Buenos Aires, en el mes de marzo 2011.

²² Recurriendo a las nociones de Lévi-Strauss Renold (2008) analizó los rituales de sanación que tienen lugar en la parroquia Natividad del Señor. De acuerdo con su estudio, a través de la colaboración entre una tradición colectiva (las representaciones católicas) y la formulación particular de un sacerdote (el proceso ritual específico) se elabora una estructura de significación donde diversos elementos (sanador, enfermo, representaciones y procedimientos) hallan cada uno su lugar.

²³ Para un análisis detallado sobre el rol de los servidores en el movimiento de Peries ver, por ejemplo, Scheffer, 2000.

²⁴ Es oportuno recordar que la RCC surge en un retiro espiritual celebrado en 1967 en la Universidad de Duquesne (Estados Unidos) cuando un grupo de estudiantes experimentó la efusión del Espíritu Santo y la manifestación de algunos dones carismáticos bajo la influencia del protestantismo pentecostal. Luego, esa experiencia fue compartida con otros estudiantes y desde entonces, la RCC se expandió por todo el mundo. Contado de diversas maneras, este retiro se estableció como mito de origen del movimiento tanto para sus miembros como para los investigadores. Ver, por ejemplo, (Csordas, 1997; Steil, Walker, 2012)

²⁵ La Instrucción *Redemptionis Sacramentum* regla la política corporal y el sentido teológico del saludo de la paz señalando que debe darse entre fieles y entre el sacerdote y los ministros “sobriamente” y “del mismo modo si, por una causa razonable, [el sacerdote] desea dar la paz a algunos fieles” (Congregación para el culto divino y la disciplina de los sacramentos, 2004)

²⁶ Este concepto es definido por Csordas como formas culturalmente elaboradas de prestar atención, con el propio cuerpo, a entornos que incluyen la presencia incorporada de otros (1993, p. 138).

²⁷ Siguiendo a Víctor Turner y Thomas Csordas utilizo el término *performance* para referir a acciones en las que el cuerpo tiene un rol fundamental. Durante la performance no se produce una simple representación de los valores sociales y culturales preexistentes. En tanto espacio en el que se desarrolla la creatividad social, tiene el potencial de consolidar o modificar nuevos valores y sentidos. Se trata entonces de una manera alternativa de conocimiento.

²⁸ El soplo y el contacto corporal han sido señalados como gestos centrales de las performances terapéuticas, shamánicas como también evangélicas, tobas. Por ejemplo en Citro (2009, p. 200–242).