



Revista
electrónica
de la Secretaría
de Investigación

FHyCS-UNaM

N° 23 DICIEMBRE 2024



► www.larivada.com.ar



La Rivada. Investigaciones en Ciencias Sociales.
Revista electrónica de la Secretaría de Investigación. FHyCS-UNaM
La Rivada es la revista de la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Es una publicación semestral en soporte digital y con referato, cuyo objeto es dar a conocer artículos de investigación originales en el campo de las ciencias sociales y humanas, tanto de investigadores de la institución como del ámbito nacional e internacional. Desde la publicación del primer número en diciembre de 2013, la revista se propone un crecimiento continuado mediante los aportes de la comunidad académica y el trabajo de su Comité Editorial.
Editor Responsable: Secretaría de Investigación. FHyCS-UNaM.
Tucumán 1605. Piso 1.
Posadas, Misiones.
Tel: 054 0376-4430140
ISSN 2347-1085
Contacto: larivada@gmail.com

Artista Invitada
Ingrid Petterson
@ingridpetterson_

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones.

Decano: Esp. Cristian Garrido
Vice Decana: Dra. Zulma Cabrera
Secretaría de Investigación: Dra. Beatriz Rivero
Secretaría Adjunta de Investigación: Mgter. Natalia Otero Correa

Director: Dr. Roberto Carlos Abinzano
(Profesor Emérito/Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Consejo Asesor

- Dra. Ana María Camblong (Profesora Emérita/ Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Dr. Denis Baranger (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Dra. Susana Bandieri (Universidad Nacional del Comahue/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina)

Equipo Coordinador

- Romina Inés Tor (Universidad Nacional de Misiones, Argentina/CONICET)
- Lisandro Ramón Rodríguez (Universidad Nacional de Misiones, Argentina./CONICET)
- Christian N. Giménez (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Comité Editor

- Débora Betrisey Nadali (Universidad Complutense de Madrid, España)
- Zenón Luis Martínez (Universidad de Huelva, España)
- Marcela Rojas Méndez (UNIFA, Punta del Este, Uruguay)
- Guillermo Alfredo Johnson (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
- María Laura Pegoraro (Universidad Nacional del Nordeste, Argentina)
- Ignacio Mazzola (Universidad de Buenos Aires-Universidad Nacional de La Plata)
- Mariana Godoy (Universidad Nacional de Salta, Argentina)
- Carolina Diez (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina)
- Pablo Molina Ahumada (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)
- Pablo Nemiña (Universidad Nacional de San Martín, Argentina)
- Daniel Gastaldello (Universidad Nacional del Litoral, Argentina)
- Jones Dari Goettert (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
- Jorge Aníbal Sena (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- María Angélica Mateus Mora (Universidad de Tours, Francia)
- Patricia Digilio (Universidad de Buenos Aires, Argentina)
- Mabel Ruiz Barbot (Universidad de la República, Uruguay)
- Ignacio Telesca (Universidad Nacional de Formosa, Argentina)
- Bruno Nicolás Carpinetti (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina)
- María Eugenia de Zan (Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina)
- Juliana Peixoto Batista (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina)
- Noelia Giselle Dormond (Universidad Nacional de Misiones/CONICET)
- Yanina Vanesa Tetzlaff (Universidad Nacional de Misiones/CONICET)

Consejo de Redacción

- Julia Renaut (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Julio César Carrizo (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Lucía Genzone (Universidad Nacional de Misiones, Argentina/CONICET)
- Marcos Emilio Simón (Universidad Nacional de Misiones/Universidad Nacional del Nordeste)
- Emiliano Hernán Vitale (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Nicolás Adrián Pintos (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Mónica Faviana Kallus (Universidad Nacional de Misiones, Argentina).
- Carolina Miranda (Universidad de Victoria, Wellington, Nueva Zelanda)
- María Alejandra Avalos (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Alexander Ezequiel Gómez (Universidad Nacional de Misiones, Argentina/CONICET)

Corrector

- Juan Ignacio Pérez Campos

Diseño Gráfico

Silvana Diedrich /Maira Antunez para Terruño - Diseño +Sostenible

Diseño Web

- Pedro Insfran

Web Master

- Santiago Peralta



ARTÍCULOS

Migrantes senegaleses en la prensa argentina.
Un análisis de artículos publicados en
Página|12 y Clarín entre 2001 y 2022
Por Gisele Kleidermacher y Néida Abril Murguía Cruz

Prácticas rituales en un programa hospitalario.
Una aproximación desde la Antropología Social
Por Ingrid Cynthia Bojaryn

¿Qué es lo importante? Lo espeluznante del
capital en Distancia de rescate de Samantha
Schweblin y la versión cinematográfica de
Claudia Llosa
Por María Julieta Alós y Mauro Horacio Figueredo

Una aproximación a la ritualidad funeraria
coreana actual a través de sus series dramáticas
Por Celeste Castiglione

Prácticas rituales en un programa hospitalario. Una aproximación desde la Antropología Social

Ritual practices in a hospital program. An approach from social anthropology

Ingrid Cynthia Bojaryn*

Recibido: 09/08/23 // Evaluado: 24/11/23 // Aprobado: 27/11/24

Resumen

Los rituales son un tema clásico en la Antropología Social. En este trabajo recupero algunas formulaciones conceptuales en torno a los procesos rituales para el análisis de un conjunto de prácticas que permiten delimitar un momento específico en el itinerario terapéutico de los pacientes del Programa Multidisciplinario de Tratamiento de Obesidad, implementado en la provincia de Misiones. Aquí, propongo conceptualizar el paso por el *consultorio de admisión* como rito de pasaje, en cuanto permite el cambio de status en las personas que asisten en búsqueda de un tratamiento para la obesidad. Me interesa reflexionar sobre los símbolos y significados que se producen y tensionan en este contexto de atención hospitalaria. Una aproximación etnográfica a este universo me llevó a desarrollar el trabajo de campo (mayo 2019 - mayo 2023) en un hospital, a partir del cual documenté eventos acontecidos en el marco de “Charlas Abiertas” y en las consultas médicas realizadas en el programa antes mencionado. Como resultado, considero que la atención a pacientes en el *consultorio de admisión* y en los espacios de las charlas son constitutivos de un rito de pasaje para las personas que asisten buscando un tratamiento para esta condición. A través del diagnóstico médico y la dimensión simbólica que este implica, las personas experimentan un cambio: de considerarse *saludables* pasan a percibirse como *enfermas*. En este contexto, el ritual adquiere un papel fundamental debido a su simbolismo y profundo significado social.

Palabras clave: ritual - cuerpo - obesidad - enfermedad - DeCS



um
Universidad Nacional de Misiones

Abstract:

Rituals are a classic topic in Social Anthropology. In this paper I recover some conceptual formulations about ritual processes for the analysis of a set of practices that allows to delimit a specific moment in the therapeutic journey of the patients of the Multidisciplinary Programme for the Treatment of Obesity, implemented in the province of Misiones. Here, I propose conceptualizing the experience of going through the admission office as a rite of passage, as it allows a change in status for people/individuals seeking treatment for obesity. The aim is to reflect on the symbol and meanings at play in context of hospital care. An ethnographic approach to this universe led me to carry out field work (May 2019 - May 2023) at a hospital, where I was able to document events that occurred within the framework of the "Open Talks" and in the medical consultations carried out in the aforementioned program. As a result, I argue that patient care in the admission office and in the open talks spaces constitute a rite of passage for people who attend seeking treatment for this condition. Through medical diagnosis and the symbolic dimension associated with it, people undergo a transformation: from perceiving themselves as healthy to viewing themselves as ill. In this context, the ritual acquires a fundamental role due to its symbolism and profound social meaning.

Keywords: ritual - body - obesity - disease - MeSH



Universidad Nacional de Misiones

***Ingrid Cynthia Bojaryn**

Tesista de la Lic. en Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones (FHyCS-UNaM). E-mail: bojaryningrid@gmail.com

**** Un especial agradecimiento a mis directoras, la Dra. Mariana Lorenzetta y la Dra. Laura Ebenau, por las lecturas y aportes para producir este escrito. Como así también su continuo acompañamiento en el proceso de construcción de conocimiento.**

Como citar este artículo:

Bojaryn, Ingrid Cynthia (2024) "Prácticas rituales en un programa hospitalario. Una aproximación desde la Antropología Social". Revista La Rivada 12 (23), pp 30-47 <http://www.larivada.com.ar/index.php/numero-23/articulos/435-practicas-rituales-en-un-programa-hospitalario>

Introducción

El campo sociosanitario en general, y el contexto del hospital en particular, es un espacio social sumamente complejo, estructurado en torno a prácticas, relaciones y un conjunto de símbolos y significados, que bien podríamos pensar en términos de la noción de *semiósfera* –o ecosistema de símbolos– como había acuñado Lotman (1996). En este espacio social convergen diferentes agentes (algunos de los cuales ejercen discursos y prácticas inscriptas en un modelo hegemónico, mientras que otros las tensionan), generándose relaciones sociales asimétricas. Considero que la institución hospitalaria, vinculada al *modelo médico hegemónico*¹ (Menéndez, 1994) y en coexistencia con otros sistemas de atención y cuidado, se convierte en un objeto de análisis privilegiado para comprender, desde una perspectiva antropológica, las relaciones sociales allí instituidas.

Por otra parte, las ideas sobre lo que es el *cuerpo*, lo que significa, el valor de sus partes constitutivas, sus límites, su utilidad social y valor simbólico, cómo se define física y socialmente, varían ampliamente de cultura a cultura y han cambiado a través del tiempo. Entre quienes se han ocupado del estudio de las corporalidades (Douglas, 1988; Le Breton, 1995; Fassin 2004; Carini, 2009; Espinosa, 2013; Aschieri, 2015), hay amplio consenso en señalar que el cuerpo está atravesado por múltiples valoraciones estéticas, morales, económicas y políticas, y se configura como un espacio de materialización de sentido ligado a diversas prácticas y saberes. De manera particular, cuando este es objeto de intervención o tratamiento en el contexto hospitalario, sus significados son construidos y asociados al proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1994).

Aquí me remito a lo registrado en el espacio del hospital (ubicado en la provincia de Misiones) donde realicé mi trabajo de campo desde 2019, en el marco de una indagación para concluir mi formación de grado en Antropología (FHyCS-UNaM). Particularmente, retomo algunos eventos acontecidos en el marco de las “Charlas Abiertas” (mayo 2019 - marzo 2020) y el Consultorio de Admisión del Programa Multidisciplinario de Tratamiento de Obesidad (2021 - 2022). Me interesa indagar sobre algunas prácticas rituales (Segalen, 2005; Turner; 1988) y sus dimensiones simbólicas que pude observar en las interacciones entre las/os pacientes que asisten al programa y el equipo de salud que trabaja allí. A partir de este procedimiento analítico, procuro, también, descubrir el lugar y los significados del cuerpo (Douglas, 1988) que se ponen en juego en el sistema hospitalario².

Con este propósito, en primer lugar, presento una reflexión de orden teórica a fin de explicitar las coordenadas conceptuales que guían el análisis. En segundo lugar, explicito mis *estrategias metodológicas* puestas en juego para la indagación. En lo que respecta a los resultados, comienzo dando cuenta de la relación entre *los dos cuerpos y la obesidad*. Y luego, continúo abordando los rituales en el contexto hospitalario, las crisis, los elementos presentes y el rito de pasaje. En este recorrido, pongo

1 Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica.

2 Este artículo se inscribe en dos proyectos de investigación de los que soy parte. “Políticas sanitarias, cuidados y derechos en contextos periurbanos de Misiones en la postpandemia de Covid 19” y, del Programa PICTO, “Los efectos de la pandemia COVID 19: estrategias comunitarias y derecho a la salud desde una perspectiva interseccional”. Ambos en el marco de la Secretaría de Investigación de la FHyCS-UNaM.



en diálogo consideraciones teórico metodológicas con el corpus de datos construido durante mi trabajo de campo.

Coordenadas conceptuales

El estudio de los rituales es un tema que tiene amplia trayectoria en el campo de la Antropología Social. En sus inicios, estuvo mayormente asociado al estudio de las prácticas religiosas, siendo Durkheim (1968) y Van Gennep (1969) dos de los autores más renombrados, de sociedades consideradas como *primitivas*, en tanto se partía del presupuesto de que las sociedades como las nuestras estaban menos ritualizadas o asistían a un proceso de secularización (Casanova, 2008). Sin embargo, en sintonía con lo que planteó Douglas, el hombre es un animal ritual, en este sentido “si se suprime el rito bajo cierta forma, no deja de surgir en otras, con mayor fuerza mientras más intensa es la interacción social” (Douglas en Segalen, 2005: 28).

En tanto el rito no se limita al campo religioso, “podemos considerar, dice Mauss, que hay ritual incluso en los actos más individuales, con la condición de que [contengan] dentro de sí algo normativo” (Segalen 2005: 24). El rito desea “ejercer una acción sobre determinadas cosas” (Segalen, 2005). Me interesan, en este sentido, las propuestas que analizan la dimensión ritual en sociedades contemporáneas (Goffman, 1970). En el hospital, por ejemplo, la acción se ejerce sobre los cuerpos de los pacientes que devienen *enfermos* al ser diagnosticados (Ferrero, 2003). Al respecto, Mary Douglas (1988) plantea la existencia de dos cuerpos: el cuerpo social y el cuerpo físico (o individual) y de acuerdo con ella “el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico” (Douglas, 1988: 89).

Respecto a la eficacia del rito, considero que el diagnóstico impacta en las percepciones y creencias tanto como en los cuerpos de las personas constituidas en pacientes. Tal como argumenta Segalen, “el rito se sitúa en definitiva en el acto de creer en su efecto, a través de prácticas de simbolización” (2005: 25) y, en nuestro caso, esto ocurre en tanto en el espacio del hospital se presentan elementos con gran contenido simbólico para nuestra sociedad (batas blancas, estetoscopios, entre otros) que legitiman el accionar (prácticas médicas, diagnósticos, tratamientos e intervenciones de distinto grado y complejidad) de los agentes que se desempeñan en el sistema médico y detentan el reconocimiento social como poseedores del saber sobre la salud.

Estrategia metodológica de la indagación y exposición

El presente artículo es producto de una investigación de orden cualitativa³, en la que se adoptó un enfoque etnográfico como estrategia metodológica. Esta práctica consta de dos herramientas principales para la construcción de datos: la observación participante y la entrevista etnográfica (Guber, 2001). Durante la observación, se *mira* de manera intencional personas, actividades, tiempo, espacio (P.A.T.E.) (Guber, 2004), se registra y se analiza. Es una acción orientada a un fin determinado en un proceso de investigación cuyo objetivo es producir conocimiento, reconstruyendo

³ Esta inició en mayo de 2019. Las últimas entrevistas y acercamientos a campo se realizaron entre mayo y junio de 2023.



los puntos de vista de las/os propios interlocutores en el campo. En este sentido, las observaciones fueron realizadas y registradas –de manera escrita– en el ámbito de las “Charlas Abiertas”⁴ (entre mayo de 2019 y marzo de 2020) y en el Consultorio de Admisión (durante 2021 y 2022).

Las entrevistas, por su parte, fueron semi estructuradas en torno a temas preestablecidos⁵. Estas se realizaron a profesionales del equipo de salud (cirujano/a, médico/a, nutricionista, psicólogo/a), que acompañan el tratamiento de descenso de peso, como así también a personas con exceso de peso que estaban transitando el tratamiento en instancia pre y postoperatoria⁶; en ambos casos, se les invitó a formar parte de la investigación –explicitando su objetivo y las condiciones de su participación– en calidad de interlocutores⁷. Respecto del corpus analizado en el espacio de este texto, aquí se exhiben los testimonios de los cuatro profesionales del equipo⁸ y el de dos pacientes, un varón y una mujer⁹. Mantengo las identidades anónimas, y en el caso del personal de salud también su género y título profesional, de acuerdo a lo establecido en el marco del consentimiento informado firmado por las partes involucradas¹⁰.

Durante la redacción de este artículo, enfrenté dos obstáculos relacionados con la inscripción de la empiria en lo textual. El primero, vinculado al complejo equilibrio entre los datos empíricos y los marcos teóricos en la construcción del conocimiento antropológico. El segundo, con el lugar que otorgamos al trabajo de campo en los textos que escribimos (Sirimarco, 2019: 40). Ambas cuestiones están estrechamente vinculadas a trabajar las posibilidades analíticas de lo empírico para construir un texto que refleje el contexto de producción del conocimiento. Por ello, a lo largo del escrito, fui reponiendo el carácter de los intercambios entre las/os pacientes y las/os

4 Otro espacio de contención, que es brindado al paciente durante el proceso de tratamiento, son los “Talleres de Reflexión”.

5 Al iniciar el trabajo de campo, mis interrogantes versaban a propósito del proceso de salud-enfermedad-atención, obesidad, cuerpo-salud-alimentación. Avanzado el trabajo de campo (en 2021), incorporé preguntas acerca de la experiencia de tratamiento y cuidados durante la pandemia (tratándose la obesidad de un factor de riesgo ante el COVID-19) y más recientemente, al identificar la distinción que hacen los profesionales entre *usuarios* y *pacientes*, preguntas sobre símbolos, signos y elementos presentes en el ámbito hospitalario (2023).

6 Esto es, con quienes habían finalizado o estaban próximos a culminar el proceso de tratamiento.

7 Debido a que mi trabajo de campo estuvo marcado por la pandemia de SARS-CoV-2 - COVID-19, la mayoría de las entrevistas a pacientes las realicé mediante mensajes/audios de *whatsapp* y llamadas. Sólo tomé contacto con pacientes en tratamiento que se habían operado o estaban próximos a la intervención quirúrgica. En el caso de los profesionales de la salud, las entrevistas aquí presentadas se realizaron durante la postpandemia, en el lugar de trabajo; estas ocurrieron en el 2023.

8 En la actualidad, el equipo está conformado por cuatro profesionales que han permanecido a lo largo de los años en el programa hospitalario analizado. Considero de sus perspectivas, específicamente, aquellas narrativas que abordan las dimensiones respecto de las cuales me interesa profundizar en este artículo.

9 En los límites de este escrito, considero los testimonios de dos pacientes, un varón y una mujer, porque en sus palabras condensan las problemáticas, que aquejan a las personas con obesidad, que fueron explicitadas por estas y otras personas en tratamiento en el marco de sus entrevistas.

10 Este proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Provincial del Ministerio de Salud Pública, que regula las investigaciones desarrolladas en este ámbito. Es por ello que brindar información sobre su participación a los interlocutores, como así también salvaguardar las identidades de los participantes forma parte de las ‘buenas prácticas’ éticas a las que adherimos.



profesionales de los equipos, prestando atención a lo que dichas interacciones suscitaban en las relaciones que mantenían.

Respecto del procesamiento de los datos relevados, analicé los registros en función de las dimensiones que quería dar cuenta; esto es, el *ritual* o cambio de *status* que se produce de usuario no diagnosticado –o persona padeciente– a paciente. Para ello, analicé comparativamente mis registros, identifiqué regularidades y sistematicé la información en torno a elementos clásicos presentes en la teoría antropológica que versa sobre los rituales (estos son *las crisis, el rito de pasaje*). Como así también reconocí singularidades y aspectos propios de este ámbito de estudio contemporáneo (destaco de esta manera los *elementos presentes*). Antes de llegar a ello, comienzo abordando los discursos en torno a la obesidad presentes en el ámbito hospitalario a la luz de la óptica de los dos cuerpos planteados por Douglas (1988).

Los dos cuerpos y la obesidad

El cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico (Douglas, 1988: 89).

Mary Douglas (1988) plantea la existencia de dos cuerpos: el cuerpo social y el cuerpo físico (o individual). De acuerdo con ella, entre ambos existiría cierta reciprocidad, un continuo intercambio, y como resultado el cuerpo (individual) constituye un medio de expresión sujeto a condicionamientos que son sociales. Bajo esta perspectiva, las percepciones, cuidados y representaciones del cuerpo individual están mediadas por normas, valores y distintos discursos sociales que se producen desde diferentes ámbitos. Entre ellos, el campo biomédico constituye uno de los *locus* desde el cual se configuran nociones respecto de cuerpo, salud y enfermedad que inciden en las prácticas cotidianas de atención y cuidados.

En el marco de “Charlas Abiertas” (encuentros en los que participé como observadora), pude registrar, entre otras cosas, categorías tales como *patología de la obesidad* y que *la dieta del obseso debe ser hipocalórica*. Estas frases eran las que más se reiteraban entre los profesionales quienes, en el mencionado espacio, definían a la *obesidad como una enfermedad crónica, compleja, progresiva, que se genera a causa del exceso de grasa acumulada y que genera otras enfermedades*. Los términos *patología, obeso/obesidad y enfermedad* se enmarcan dentro del concepto de *sick role* (Castro Pérez, 2009), mediante el cual se atribuye a las personas, a través de un *rito de paso* –tal como desarrollaré más adelante–, la condición de reconocerse como “enfermas” al asumir el rol de pacientes. Estas y “...todas las categorías culturales por medio de las cuales se le percibe (...) se derivan de la idea que del cuerpo ha elaborado la cultura” (Douglas, 1988: 89). Dichas categorías mencionadas son provistas por el sistema médico para diagnosticar ciertas condiciones y transmitir determinadas pautas de cuidado para su tratamiento. Así, el cuidado respecto de la alimentación, la terapia y el ejercicio, está relacionado estrechamente a pautas socio-culturales que encuentran sintonía en los requerimientos del *cuerpo social* por el cual se establece y distingue entre lo considerado *saludable o no saludable* (Douglas, 1988: 89). Como señalé, la referida autora concibe al cuerpo como un medio de expresión limitado y sujeto al control del sistema social y, en este sentido, habilita el interrogante acerca



de cómo se manifiestan las presiones sociales, sus exigencias y el poder que la sociedad ejerce –a través del sistema médico– sobre los cuerpos disidentes.

Con el objetivo de tematizar la discusión sobre si la obesidad debe considerarse una enfermedad y bajo qué criterios se define, recupero algunas de las conversaciones que tuve con profesionales del equipo. En primer lugar, mis interlocutores planteaban que:

(...) el cuerpo es donde se expresan las enfermedades para este grupo de pacientes. Este grupo tiene un problema, una enfermedad que genera una expresión física y es lo que se ve en el cuerpo. O sea, el cuerpo termina pagando las consecuencias de este proceso, de esta enfermedad (Trinidad¹¹, 07/03/2023).

Y respecto de ¿qué es la obesidad? señalaban que:

(...) la obesidad es una enfermedad crónica, es una enfermedad compleja que se caracteriza por la excesiva acumulación de grasa que termina afectando todo el cuerpo. O sea, es una enfermedad como consecuencia de la acumulación de energía que no se puede liberar (Trinidad, 07/03/2023).

Otro profesional afirmó que la obesidad “*(...) es una enfermedad crónica, multi causal, compleja que necesita distintas aristas de intervención. (...) produce una inflamación crónica, producen modificaciones en el funcionamiento del cuerpo*” (Ariel¹², 02/03/2023). Asimismo, consultando a Alex¹³, expresó:

La obesidad es una enfermedad, sí. Y está justamente en relación con el tejido graso, con el exceso de ese tejido y dentro de lo que es ese exceso la microinflamación que se produce y altera un montón de ejes hormonales que afectan el apetito, el hambre, la saciedad y la regulación de todo ese sistema. También condiciona el mayor almacenamiento de grasa y, en líneas generales, eso se traduce en un aumento de peso corporal, pero es un exceso del tejido adiposo (Alex, 03/03/2023).

Tratando de sostener la atención y el extrañamiento respecto de lo que escuchaba en campo y que me comentaban mis interlocutoras/es, consulté a las/os profesionales, mediante la clásica pregunta *abogado del diablo* (Guber, 2004), si, ¿se puede ser obeso y ser saludable?... Una de las profesionales me explicó al respecto: “*(...) eso es un punto que está muy en discusión hoy y no. Un no rotundo desde el punto de vista médico. Desde el punto de vista médico, una persona con obesidad no es una persona sana, es una persona enferma*” (03/03/2023). Mientras que otro compañero del equipo remarcaba:

(...) saludable no, porque hay exceso de adiposidad que es un tejido inflamatorio, por lo cual hay una enfermedad inflamatoria. O sea, saludable no va a ser. Ahora, puede ser que otros parámetros no los tengan alterados, que es lo que por ahí se busca, pero, de por sí, una persona que tenga exceso de peso tiene exceso de tejido adiposo y eso ya no es saludable. No sería saludable por más que no tenga alterado otros valores (Leslie, 21/03/2023).

11 Profesional de la salud, más de 20 años de antigüedad en el sistema. Matrimonio e hijos.

12 Profesional de la salud, menos de 20 años de antigüedad en el sistema.

13 Profesional de la salud, más de 20 años de antigüedad en el sistema. Matrimonio e hijos.



También, de acuerdo a Alex, “...por afectar muchos ejes, muchos sistemas hormonales de regulación, de la recompensa y predispone a muchísimas enfermedades” (03/03/2023). Asimismo, porque, según aclara Ariel, la obesidad:

(...) empieza a producir y las modificaciones en el funcionamiento del cuerpo. Produce modificaciones sustanciales en la inflamación de otros órganos y también, inclusive, hasta en modificaciones a nivel cerebral. Son pacientes que tienen el circuito de recompensas alterado, o sea, hay que hacer toda una rehabilitación desde esos aspectos. Es una enfermedad crónica que va produciendo daño físico. Y se interpreta que por cada kilo que baja un paciente gana años de vida. Hay estudios de que mejora mucho la calidad de vida de las personas (Ariel, 02/03/2023).

Retomando las observaciones del personal de salud, podemos identificar que estas destacan una clara orientación hacia los efectos fisiológicos de la obesidad, describiéndola como una enfermedad que afecta a múltiples sistemas corporales, desde el digestivo hasta el neurológico. En este sentido, se alinean con un enfoque que prioriza el manejo de los síntomas y los riesgos médicos asociados a la condición física de la obesidad, mientras que otros aspectos, como los psicosociales, parecen no tener, en principio, demasiada relevancia en sus consideraciones. Tras este acercamiento al cómo y por qué la obesidad es definida y entendida como una enfermedad desde el punto de vista de las/os profesionales de la salud, me interesa centrarme en el proceso mediante el cual el usuario pasa de ser padeciente a paciente, de *sano a enfermo*, donde el recibimiento del diagnóstico médico juega un papel clave para *ser reconocido y reconocerse* como afectado por la obesidad en tanto enfermedad.

Los rituales en el contexto hospitalario

El mundo de la medicina condensa formas y prácticas ritualizadas (Ferrero, 2003) que tienen la función de “separar mundos”, en tanto se despliegan un “conjunto de actos formalizados, expresivos, portadores de una dimensión simbólica” que actúa sobre la realidad social a través de acciones codificadas (Segalen, 2005: 30). En el caso de los centros de salud –hospitales y espacios de atención primaria–, se expresan dos mundos: el de la salud y el de la enfermedad (en el que se encuentran los médicos y los pacientes, respectivamente).

En un episodio ritual, se diferencian tres fases: separación, margen, agregación (Van Gennep, 1969; Turner, 1988; Segalen, 2005). En el sistema médico, la persona que padece se dirige –se separa de su cotidianidad para asistir– al consultorio médico, llega a este en una situación de indefinición o margen. Ya que (debido a sus padeceres) no pertenece al mundo de los sanos, sin embargo, al no haber sido aún diagnosticada tampoco ha pasado a formar parte del de los enfermos.

Ilustro lo anterior mediante registros de observación, correspondientes al consultorio de admisión. Puede vislumbrarse en estos cómo es el ingreso al programa de obesidad, cuál es el procedimiento (en la primera consulta son pesados; se pregunta sobre antecedentes, otras comorbilidades existentes) y los discursos más rutinarios (sobre pareceres, quién le habló del [o derivó al] programa, recomendaciones) mediante los cuales, posteriormente a la interlocución, la persona es diagnosticada.



Primera consulta. Mujer joven, la llevan a pesar. Tiene 99 kilos, 1,62 m, Índice de Masa Corporal (IMC) 37. “Te voy a explicar tu problema”, dice Trinidad comenta acerca del IMC y luego de dar una extensa explicación, diagnóstica: “estás en obesidad tipo 2” (Consultorio de Admisión, 16/11/2021).

Entran dos mujeres al consultorio, resultan ser madre e hija. Trinidad acompaña a la joven (de 22 años) a pesarse en otro consultorio, ya que este no dispone de balanza. La madre de la chica aguarda. Al regresar con la paciente, resulta que ella tiene 103 kg, 1,56 m. La diagnostican con “Obesidad mórbida”. El profesional le dice “vas a tener diabetes, infertilidad, problemas cardíacos y ovario poliquístico” (Consultorio de Admisión, 21/12/2021).

Primera consulta. Mujer, de la localidad de 25 de Mayo, empleada doméstica, vino porque la hermana (que ya se operó) le sugirió. La mujer no posee obra social. Trinidad le pregunta “¿Sabés cuál es tu problema?”, “obesidad” responde (Consultorio de Admisión, 05/10/2021).

Estos son algunos casos observados en el consultorio de admisión, en el marco del cual –luego de preguntas de rutina, pesaje, revisión de historia clínica– la persona es diagnosticada y transiciona a otro *status*¹⁴. Otros casos recurrentes son aquellos en los cuales pacientes ya diagnosticados vuelven a realizar controles con el equipo. En estas situaciones se lleva a cabo un procedimiento similar a la primera consulta¹⁵ y se brindan recomendaciones al paciente:

Entra al consultorio un varón, adulto mayor, de San Vicente. Al leer su historia clínica comentan: “Tabaquista”, diabetes recientemente diagnosticada (por el mismo equipo). Lo llevan al otro consultorio, que tiene balanza, para pesarlo. Lo acompañan dos chicas residentes, que se hallaban presentes, y Trinidad. Cuando volvieron, Trinidad le dice al paciente que puede ir a plazas saludables “eso es gratis”. Ven si el paciente tiene ‘riesgos’. Le sugieren que vea a una nutricionista cerca de su domicilio, porque desde abril no asiste a consulta. Con psicología sí se está atendiendo. “Es todo gratis”, dice el profesional (Consultorio de Admisión, 05/10/2021).

Situaciones límite –o crisis– que movilizan a los pacientes

En algunas culturas, el ritual aparece asociado a una crisis (Turner, 1988). En el caso de las/os pacientes del programa, estos se dirigen al mismo debido a sus padecimientos. Esta *crisis* es motivada por el malestar del sujeto y, en otros casos, una disconformidad moral con su propio cuerpo. Respecto al primer caso, sobre la vivencia del cuerpo y cómo la obesidad incide en este, algunas/os me comentaban: “(...) te complica la vida. No te podés mover, hay lugares donde no podés entrar o por vergüenza. El otro, por ejemplo, la ropa también. Tenés que buscar talles especiales,

14 A partir del diagnóstico y, consecuente cambio de *status*, se deriva al ahora paciente a otros especialistas que le acompañarán en este proceso de transición y reconocimiento de la enfermedad que genera padecimiento al paciente.

15 Son pesados, se revisa antecedentes y otras comorbilidades existentes.



no hay muchos lugares donde se consiguen” (Roberto¹⁶, 64 años. 31/03/2023). Así, me iban relatando de qué modos su sobrepeso repercutía en su vida cotidiana a través del cuerpo: “(...) hay cosas que hay que hacerlas parado y tengo que hacerlas sentado. Estar mucho tiempo parado me cuesta mis rodillas, mi cintura y mi cadera todo eso” (Roberto, 64 años. 31/03/2023). Asimismo, me han comentado:

Me pasa que todo me cuesta, me cuesta caminar, me cuesta agacharme, me cuesta hacer las cosas de la nena, me cuesta jugar con ella, me cuesta lavar los platos. Como si estuviera cargando esas pesas del gimnasio súper pesadas, así me arde el músculo (Mabel¹⁷, 45 años. 14/07/2020).

Como añadidura “Mi mayor deseo, adelgazar para recuperar la salud, que prácticamente no tengo ahora”.

En relación con las situaciones de crisis o puntos de inflexión que llevan a las personas a realizar una consulta médica, un profesional del equipo me comentaba:

(...) yo pienso en que muchos pacientes vienen pidiendo algún certificado o si alguien le puede certificar discapacidad. Yo siempre digo que eso de darle un certificado de discapacidad es como firmarles la baja, la muerte, al pobre paciente. Porque, imagínate, ya no se va a preocupar ni siquiera por su cuidado personal (...) Tenés que darte cuenta: ¿Cuándo concurre a consulta el paciente? Cuando algo le incomoda, generalmente. Lo principal que a mí me dicen los pacientes “no entro en el colectivo”, “no puedo subir las escaleras”, “no me entra la ropa”. Nunca te van a decir, tengo presión alta, me diagnosticaron diabetes. Siempre es alguna incomodidad que sintieron. Es más, llegan y ni siquiera saben que tienen diabetes, hipertensión, directamente ni lo relacionan (Leslie, 21/03/2023).

Los fragmentos citados previamente dan cuenta de una tensión/crisis de orden físico desatada por el malestar que produce su corporalidad en su vida cotidiana: “no entro en el colectivo”, “no puedo subir las escaleras”, “no me entra la ropa”. Por otra parte, también hay testimonios que remiten a un conflicto/disconformidad de orden moral: “De chica lo vivía como un castigo a la obesidad. Lo vivía mal porque me sentía diferente, porque si salíamos a caminar yo era la que a veces iba más atrás porque me cansaba” (Mabel, 45 años. 14/07/2020). En otros casos, pocos pero existentes, las personas, pese a asistir a este espacio hospitalario que lleva por nombre “programa de obesidad”, no se reconocen como enfermos. En estos acontecimientos, el diagnóstico y prescripción médica sorprende al usuario.

Entró un varón, muy grande corporalmente. El señor afirma estar sano, Alex, profesional de la salud, le dice “vos no estás sano”. Leen su historia clínica: tiene problemas del hígado, articular, colesterol, deficiencia de vitamina D, hipertensión (Consultorio de Admisión, 21/12/2021).

¹⁶ Paciente varón, 64 años. Es del interior del departamento-zona capital de la provincia de Misiones. Clase media, empleado estatal, casado. Su esposa lo ha acompañado en este y otros tratamientos para la obesidad. Tienen hijos y nietos.

¹⁷ Paciente mujer, 45 años. Del departamento-zona capital de la provincia de Misiones. Clase media-baja, se encuentra en pareja. Ha tenido dificultades económicas para realizar el tratamiento Tiene una hija en escolaridad primaria.



En otra ocasión, un profesional del equipo me comentaba acerca de la sorpresa de un paciente al recibir el diagnóstico:

Un paciente no hace mucho, estaba enojadísimo y me dijo “¿cómo nunca el doctor me dijo que yo era obeso?”. Y claramente no era de ayer. Hace una semana había visto al doctor y estaba indignado porque “ni un médico nunca me dijo que yo estaba obeso”. Fíjate cómo la persona no percibe cómo va desarrollándose la enfermedad (Leslie, 21/03/2023).

Una forma de liminaridad (Segalen, 2005) que he identificado se encuentra, por ejemplo, en las personas no definidas médicamente por el sistema hospitalario, como así también en aquellas que participan en fenómenos de masas como *cuerpos reales*¹⁸ o el colectivo de *activismo gordo argentino*, por cuyo nombre es conocido en nuestro país. En el caso del *activismo gordo argentino*¹⁹, es aún más claro debido a que este se resiste a apoyarse en las clasificaciones y estereotipos sociales impuestos sobre sus cuerpos. De acuerdo a Laura Contrera²⁰:

Hay distintas formas de hacer activismo y no todo el activismo gordo se centra en las cuestiones de salud para sostener la exigencia de respeto a la diversidad corporal (...) muchos activistas se han interesado en discutir el paradigma médico hegemónico, usando en ocasiones los argumentos de los enfoques biomédicos críticos para dar cuenta de la discriminación y el estigma hacia las personas gordas (2020: 180).

Respecto del caso argentino, destaca que el activismo gordo, desde su inicio a principios de la segunda década del siglo XXI, ha articulado sus reivindicaciones de despatologización y desestigmatización en términos de derechos humanos (Contrera, 2020). Este colectivo puede ser entendido como un espacio reivindicativo y contestatario que cuestiona ciertos cánones –hegemónicos– de corporalidad²¹.

Simbolismo y elementos presentes en el contexto hospitalario

El rito o ritual es un conjunto de actos formalizados, expresivos, portadores de una dimensión simbólica. El rito se caracteriza por una configuración espacio-temporal específica, por el recurso a una serie de objetos, por unos sistemas de comportamiento o de lenguaje

18 Conocido internacionalmente como *Body positive*. Movimiento social inicialmente creado para empoderar a personas con sobrepeso, a la vez que desafiar y cuestionar las maneras en que la sociedad presenta y observa el cuerpo humano.

19 Colectivo de “Gordes” activistas de Argentina. Instagram: <https://www.instagram.com/gordesactivando/?hl=es>. “El activismo gordo surgió en los 80 a través del feminismo afrodescendiente de los Estados Unidos, movimientos de mujeres lesbianas que empezaron a pensar que dentro del feminismo no se estaba pensando la corporalidad gorda”. <https://www.telam.com.ar/notas/202211/612352-activismo-gordo-discriminacion-rosario.html>.

20 Integrante del colectivo de activismo gordo. Abogada.

21 He conversado y tratado el tema con el personal del equipo, y me gustaría dar continuidad y respuesta a esta discusión en otro lugar; en principio, en los resultados finales de la tesis y, posiblemente, –en un futuro próximo– en otro artículo.



específicos, y por unos signos emblemáticos, cuyo sentido codificado constituye uno de los bienes comunes de un grupo (Segalen, 2005: 30).

Ciertos rituales sirven para hacer nítida la diferencia entre los dos mundos (Durkheim, 1968; Goffman, 1970). En el contexto hospitalario, lo primero que hacen los médicos al llegar al trabajo es modificar su forma de vestir: las batas blancas son de uso extendido (aunque también puede observarse médicos con ambos y logos representativos de su institución y/o área); en el caso de los varones, algunos visten camisa y corbata. Al respecto, conversando sobre el tema de la indumentaria del personal de salud, Alex me comentaba: *“Creo que eso fue cambiando. Antes por ahí el que tenía el guardapolvo era el médico, el resto tenía ambos. Ahora es como que la mayoría tienen todo”*.

Desde el punto de vista de la experiencia, los que están todo el día trabajando en el hospital, sí usan mucho más ambo y zapatillas; porque si vos tenés que estar muchas horas acá, buscás algo cómodo. En cambio, los que estamos menos horas, o los médicos de planta, los que vamos y venimos, en líneas generales, usamos el guardapolvo o usamos menos el ambo. Pero esto es como una tendencia. Una cuestión de comodidad (Alex, 03/03/2023).

Respecto de la indumentaria, ¿para qué sirve y qué significa? me indicaba que *“(…) hay personas que andan con guardapolvo o ambo por todos lados. Te facilita, te abre puertas muchas veces. Hay gente que lo usa bien y hay gente que lo usa mal. A mí me parece que esto es para ciertas áreas. No es para estar todo el tiempo”* (Alex, 03/03/2023). De esta manera, mi interlocutor ampliaba su explicación: *“La idea es la pulcritud. Se asocia a lo limpio”*.

Igualmente, si uno es estricto, desde el punto de vista de seguridad, desde el punto de vista infectológico, esto (indica su guardapolvo) y el ambo lo tenemos que usar adentro y afuera manejarnos con la ropa de calle. Si vos ves al infectólogo del hospital, él entra con su ropa de calle y se pone el guardapolvo en el consultorio. Eso es lo correcto (Alex, 03/03/2023).

Como acabamos de vislumbrar, esta indumentaria empleada por el personal de salud cumple una función, en principio, generar diacríticos destinados a objetivar roles sociales. Retomo entonces la premisa planteada al inicio, elijo pensar al ámbito hospitalario como una *semiosfera* (Lotman, 1996), la cual se corresponde con un ecosistema de símbolos. A partir del simbolismo de vestirse de blanco (o usando ambo, del color identitario de la institución) los profesionales se diferencian de aquellos que asisten al hospital para restaurar su salud. Los pacientes lo reconocen de esta manera, *“Es para diferenciar a la persona que asiste y dentro de su ámbito laboral está perfecto”* (Roberto, 64 años. 31/03/2023). Para los profesionales también *“...el ambo es ‘salud’. El paciente ve el ambo y ya sabe que sos alguien de salud”* (Leslie, 21/03/2023). Detallando este punto, otro integrante del equipo, remarcaba:

(…) usamos el ambo o usamos los guardapolvos, que tiene que ver con esto: poder identificar al profesional dentro de la institución. No obstante, cuando vamos a piso, ahí sí tenemos muchos más recaudos porque entramos a la internación. Hay pacientes que están



Universidad Nacional de Misiones

con aislamiento de contacto, aislamiento respiratorio. O sea, tiene como dos funciones, una es la protección y, por otro lado, la identificación del profesional dentro de la institución (Ariel, 02/03/2023).

Esta demarcación de la identidad y la diferencia es observable en la indumentaria distintiva del personal de salud, que tiene significado y cumple una función simbólica: diferenciar a los/as pacientes de los/as profesionales e identificar a estos últimos con sus pares. Por otra parte, el profesional (poseedor de un saber) dispone de un espacio (el consultorio) simbólicamente definido, donde se hallan distintos objetos. Es importante prestar atención a los símbolos que revisten la comunicación en este espacio, en sus pautas conductuales y rituales.

Las profesionales que hacemos la parte clínica, bueno, se cuenta con todo lo que es el espacio físico del consultorio. En el caso de las nutricionistas, tienen la folletería para explicar los planes. Tanto la psicóloga como yo tenemos el espacio físico del consultorio, yo tengo balanza, tenemos cinta métrica (...) (Alex, 03/03/2023).

Nosotros lo único que usamos como elementos acá en el consultorio, la balanza y tallímetro para diagnosticar el estado nutricional del paciente cuando viene. Después tenemos la historia clínica electrónica donde vamos llenando y ahí tenemos acceso a los diferentes tipos de consultas que tuvo el paciente, antecedentes, tratamientos, laboratorios (Leslie, 21/03/2023).

Estudios realizados al respecto, muestran de forma general que "...cuatro objetos son los que identifican con mayor fuerza la clase médica, estos elementos son: la bata blanca, el fonendoscopio, el espejo de cabeza y el maletín negro" (Tristán *et al.* 2007: 38). De estos cuatro, la bata blanca es el identificador más potente. Sobre la utilización de esta última prenda: "(...) la bata blanca imprime un respeto y seriedad (...) Lo que hace que el paciente confíe sus intimidades en materia de salud" (Tristán *et al.* 2007: 39) y que confíe sus preocupaciones al médico que le atiende.

En general, digamos, a ver cómo explicarte... el paciente por ahí desconoce muchas veces qué hace cada personal de salud, excepto que sea una cirugía, pero después el resto te pueden consultar lo que sea. Vos sos personal de salud. Entonces vos tenés que hacer esas derivaciones, donde tiene que ir, pero él se sienta ahí y vos tenés que tener la respuesta a todo lo que ellos tengan relacionado a la salud. Miles de consultas (Leslie, 21/03/2023).

Los testimonios refieren cómo las/os profesionales viven el *ser personal de salud* y cómo está relacionado con la indumentaria: "...antes el que tenía el guardapolvo era el médico, el resto tenía ambo. Ahora la mayoría tienen todo" y la asociación al conocimiento/saber adjudicado al poseedor de la misma "(...) usamos el ambo o usamos los guardapolvos, que tiene que ver con esto: poder identificar al profesional dentro de la institución" (Alex, 03/03/2023) como así también el hecho de que "(...) el paciente por ahí desconoce muchas veces qué hace cada personal de salud, excepto que sea una cirugía, pero después el resto te pueden consultar lo que sea. Vos sos personal de salud" (Leslie, 21/03/2023). Esto es, el tener que dar respuestas a las inquietudes de las/os pacientes... *afirmarse como autoridad competente en la*



materia. Ponerse el guardapolvo o el ambo sería una manera de predisponerse para el trabajo, un trabajo donde se requiere de identificaciones claras.

Hasta principios del siglo pasado, en mayor medida, la atención a la salud no se daba en los hospitales, sino que se atendía de manera particular en los domicilios. Asimismo, no era habitual realizarse controles sino hasta que el padecer fuera insostenible, por lo que: “Las exploraciones físicas realizadas de forma preventiva, cuando la salud no se ha perdido aún, es un fenómeno relativamente reciente” (Tristán y Ruíz Santiago, 2007: 42). En los hospitales, los médicos y otros especialistas vestían de negro y este espacio social estaba asociado a la muerte y era un lugar donde la gente se dirigía a morir (Foucault, 1978). Es por ello que, en los hospitales modernos, todo el personal sanitario debió cambiar su atuendo por vestimentas blancas: “...el blanco se asoció y adoptó como color simbólico de la institución, con las salas del hospital donde se curaban a los pacientes (...)” (Tristán y Ruíz Santiago, 2007: 40). El motivo se deriva del contenido simbólico que la blancura²² imprime a los actos médicos “El significado del blanco como símbolo de vida (...) color opuesto el negro, que es claramente el color de la muerte y del luto” (Tristán y Ruíz Santiago, 2007: 41). Asimismo, en la expresión de la bata blanca se imprime carácter a la figura del médico, lo cual da seguridad a los pacientes por ser poseedor de un saber-poder sobre la enfermedad y la salud. Al respecto, Tristán y Ruíz Santiago, (2007) plantean que “...si los símbolos afectan a la conducta, el uso de la bata blanca debe afectar a la relación entre los pacientes y médicos”. Se han originado dos cambios de conducta (mediados por la bata blanca) en la relación médico-paciente, estos han sido: el acceso del médico al cuerpo del paciente y el paso de atender al enfermo en su casa a hacerlo en el hospital.

Fue necesario un conjunto de símbolos para proteger al médico y al paciente. La bata blanca fue diseñada para esta tarea, dar cobertura, con cierta garantía, a la privacidad de los pacientes. En este sentido, el “blanco de la bata” tiene un significado “(...) protección bilateral, pureza, bondad...” (Tristán y Ruíz Santiago, 2007: 42). Identifica al médico, quien ocupa un lugar distinguido dentro de la sociedad, y lo diferencia de las demás personas. Así, en los encuentros –o turnos– entre paciente y médico, debe haber una cuidadosa consideración de los símbolos y de las comunicaciones no verbales por su importancia. Debido a que:

(...) un símbolo recoge, contiene, sintetiza, integra y alude a varias abstracciones, ideas o conceptos, a menudo estados de ánimo y muchas veces actos y se conecta con los mismos y puede enlazar con otros símbolos mediante relaciones de semejanza, contigüidad, analogía, etc. (Tristán *et al.* 2007: 43).

Rito de pasaje en el sistema médico

Si bien, dentro del sistema médico, la atención a personas en consultorio de admisión del Programa de Obesidad es un hecho (uso) cotidiano, dentro del hospital, es un *rito de pasaje* para las personas que asisten al sistema de salud buscando un tratamiento. Descubrí esto indagando acerca de los *Talleres de Reflexión*, actividad que, en el momento en que realicé las entrevistas, se desarrollaba bisemanalmente.

²² En etnografías clásicas tales como el trabajo de Turner, *La Selva de los Símbolos*, se ha tematizado la cuestión del color de ciertos elementos del ritual ndembu.



Al preguntar si estos talleres son diferentes a las “Charlas Abiertas”, que tenían lugar antes de la pandemia, Ariel me responde que: “Sí, es diferente, porque *la charla abierta apunta al usuario que todavía no es paciente*. A que este conozca de qué se trata, se acerque, se interese. Es informativo”. En cambio, respecto de su trabajo en los talleres:

Nosotros apuntamos más a la identificación del problema, en un espacio relativamente íntimo, que el paciente pueda relatar algo muy personal. Y que, sobre todo, ya sean pacientes, que tengan un recorrido con las diferentes atenciones. O sea, no es que puede entrar cualquiera (Ariel, 02/03/2023).

Los ritos de pasaje implican una nueva condición o *status* en aquellas sociedades que, como la nuestra, poseen un sistema estructurado y jerárquico de posiciones (Segalen, 2005). Tal como lo analizó Turner (1988), los ritos de paso separan, excluyen, apartan al sujeto de su estado inicial, para ingresar a un estado liminal donde pierde los atributos que detentaba en su situación precedente. Los ritos de paso profundizan *la distancia* para que se produzca el cambio substancial de identidad/status/posición del sujeto. En la liminalidad, el sujeto no es ni una cosa ni la otra y en el estado posliminal se restaura o reintegra al sujeto al grupo social, pero ya en otra condición, con sus nuevos atributos: “*Hoy en día yo sé que la obesidad es una enfermedad. Que es una enfermedad y que hay que tratarla de por vida*” (Mabel, 45 años. 14/07/2020).

Siguiendo a Victor Turner (1988), podría caracterizarse el pasaje de persona padeciente a paciente como de *género liminoide*. El fenómeno liminoide, o liminal, es propio de los rituales de pasaje (Van Gennep, 1969; Aschieri, 2015). Y a través de su dimensión simbólica, “(...) el rito es un lenguaje eficaz en la medida en que actúa sobre la realidad social (...)” (Segalen, 2005: 31), la realidad social de estas personas que (mediante un diagnóstico médico) se le es adjudicada una enfermedad que cambia su *status* (de padeciente a paciente, de sano a enfermo) dentro de la sociedad.

La importancia del ritual radica en su particular forma de estructurar tanto la dimensión espacial como la temporal de la vida; en el caso analizado, el proceso se desarrolla en el contexto del consultorio y convoca a aquellos que buscan un tratamiento a su padecer. En este sentido, como señala Víctor Turner (1988), el ritual juega un rol importante como proceso que permite sistematizar las tensiones sociales y producir significado social.

En el marco del consultorio, mientras la residente acompaña a un paciente a pesarse. Los profesionales comentan: la gente dice que está gordita, que está sana, o piensan que si los análisis les salen bien eso significa que están sanos. Al respecto, plantean que lo que por ahí no se ve ahora en los resultados, se va a ver más adelante. Afirman “la grasa daña al cuerpo” y que, por ahí, “le echan la culpa a los corticoides que tomaban cuando eran chicos” (Consultorio de admisión, 12/10/2021).

Apreciaciones tales como “...la gente dice que está gordita, que está sana, o piensan que si los análisis les salen bien eso significa que están sanos”, explicitadas por el personal de salud, dejan entrever la tensión existente entre las percepciones de las personas y la de las/os profesionales. Ya que, de acuerdo con estos últimos, “...lo que no se ve ahora en los resultados, se va a ver más adelante”.

En este sentido, en principio, la percepción de la obesidad como un problema en las/os pacientes está más asociada a incomodidades físicas o sociales inmediatas que a los *riesgos* identificados por los médicos. Las/os pacientes tienden a acudir a consulta sólo cuando enfrentan molestias que interfieren con su vida diaria, como no poder subir escaleras o utilizar el transporte público. De esta manera, podemos observar que las/os pacientes parecen priorizar las limitaciones prácticas y visibles de su condición antes que otras afecciones asociadas, como la diabetes o la hipertensión. Las/os pacientes tienden a priorizar las incomodidades que enfrentan debido a su condición, por sobre los riesgos de salud asociados que pueden ser menos visibles para ellas/os. Se observa, en cierta medida, una discrepancia entre la forma en que las/os pacientes y las/os profesionales de la salud abordan el tema de la obesidad. Mientras que las/os pacientes pueden no ser conscientes de las implicaciones médicas de su peso, los profesionales enfatizan la importancia de los datos clínicos y la evidencia científica. Esta cuestión se convierte en una de las claves de las relaciones en el marco de las consultas, en tanto implica construir durante el tratamiento un marco de comunicación o entendimiento entre ambas partes.

Conclusión

El sistema de salud en general, y el contexto hospitalario en particular, constituyen espacios sociales sumamente complejos, ricos en símbolos y significados, donde convergen profesionales de la salud y pacientes, y se desarrollan relaciones sociales a menudo marcadas por asimetrías. En este marco, el paciente es objeto de múltiples valoraciones, y su cuerpo se configura como un espacio en el que se materializan sentidos: a través de los discursos biomédicos se recrean y/o tensionan ciertas ideas del cuerpo social (Douglas, 1988)

Respecto al estudio de los rituales, como planteó Douglas, “el hombre es un animal ritual”. Por lo tanto, aunque los ritos de la sociedad contemporánea difieren cualitativamente de los estudiados en los inicios de nuestra disciplina, estos marcos conceptuales siguen siendo válidos para analizar cómo, en ciertas prácticas, se conjugan significados sociales que se condensan en un conjunto de diacríticos simbólicos y a través de los cuales se expresan modalidades de socialización y subjetividades. Así, hemos identificado en la dinámica del espacio hospitalario un conjunto de prácticas con gran contenido simbólico –diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas– que, para nuestra sociedad, legitiman la labor de las/os profesionales del sistema médico como poseedores del saber sobre la salud.

El mundo de la medicina condensa formas y prácticas ritualizadas (Ferrero, 2003). Se producen crisis, motivadas por el malestar físico o la disconformidad moral con el propio cuerpo, lo cual marca un punto de inflexión que hace que la persona se dirija al sistema médico. Dentro de este último, quien se dirige a este atraviesa tres fases: separación, margen, agregación. Debido a un rito de paso que redefinirá su *status* de padeciente a paciente, de sano a enfermo.

En cuanto a los elementos simbólicos presentes en el hospital, las/os profesionales poseen objetos que los identifican y la bata blanca es el más potente, a razón del contenido simbólico que la blancura imprime a los actos médicos. El significado del blanco como símbolo de vida aporta el carácter de poseedor saber-poder sobre la enfermedad y la salud.



En el hospital, la atención a pacientes en el consultorio de admisión del programa de obesidad es un *rito de pasaje* para las personas que asisten al sistema de salud buscando un tratamiento para esta condición. Mediante el diagnóstico médico, y a través de la dimensión simbólica que este conlleva, las personas asumen el rol de pacientes, traduciendo sus síntomas y malestares corporales en términos de “enfermedad”. En este sentido, como señala Víctor Turner (1980; 1988), el ritual juega un rol importante por su simbolismo y potente significado social.

Referencias bibliográficas

ASCHIERI, Patricia (2015) “Maquillar los cuerpos / Trasmutar en movimiento: Reflexiones de las reelaboraciones de la danza butoh y sus máscaras”. *Cuadernos de Música, Artes Visuales y Artes Escénicas*, 10 (1), enero-junio, pp. 97-115.

CARINI, Catón Eduardo (2009) “La estructuración ritual del cuerpo, la experiencia y la intersubjetividad en la práctica del budismo zen argentino”. *Religião e Sociedade*, 29 (1), pp. 62-94.

CASANOVA, José (2008) “Reconsiderar la secularización: Una perspectiva comparada mundial”. *Relaciones Internacionales* 7, pp. 1-20.

CASTRO PÉREZ, Roberto (2009) “Salud y cotidianidad: un análisis hermenéutico”. En: GRIMBERG, Mabel (ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Antropofagia, pp. 21-52.

CONTRERA, Laura (2020) “Contra la patologización intensiva en términos de derechos humanos: activismo gordo en Argentina”. *Arxius de sociologia*, 42, pp. 175-188.

DOUGLAS, Mary (1988) “Capítulo 5 (Los dos cuerpos)”. En: *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Alianza Editorial.

DURKHEIM, Émile (1968) *Las formas elementales de la vida religiosa*. Editorial Schapire S.R.L.

ESPINOSA, Cecilia (2013) “Cuerpo y política: acerca de la palabra como técnica corporal”. *Revista Avá* N° 22. <https://www.redalyc.org/pdf/1690/169036843009.pdf>

FASSIN, Didier (2003) “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia”. *Cuadernos de Antropología Social*, N° 17, pp. 49-78. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913909004>

FASSIN, Didier (2004) “Entre políticas de lo viviente y políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud”. *Revista Colombiana de Antropología*, (40), pp. 238-318. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105015262010>



FERRERO, Laura (2003) "Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico". *Cuadernos de Antropología Social*, N° 18, pp. 165-183.

FOUCAULT, Michel (1978) *El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.

GOFFMAN, Erving (1970) *Ritual de la interacción*. Tiempo Contemporáneo.

GUBER, Rosana (2001) "Capítulo 1: Una breve historia del trabajo de campo etnográfico". En: *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.

GUBER, Rosana (2004) *El salvaje metropolitano*. Editorial Paidós.

LE BRETON, David (1995) "Introducción y Capítulo 1". En: *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión.

LOTMAN, Iuri (1996) *La semiosfera I*. Cátedra.

MENÉNDEZ, Eduardo (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?" *Alteridades* 4 (7).

MENÉNDEZ, Eduardo (2017, 7 de marzo) *El enfoque relacional en el campo de la salud*. Eduardo Menéndez [Video]. Entrevista. <https://www.youtube.com/watch?v=458RGS1mG98&t=605s>

SEGALEN, Martine (2005 [1998]) *Ritos y Rituales contemporáneos*. Alianza Editorial.

SIRIMARCO, Mariana (2019) Lo narrativo antropológico. Apuntes sobre el rol de lo empírico en la construcción textual. *RUNA*, 40 (1), 37-52. <https://doi.org/10.34096/runa.v40i1.5545>

TRISTÁN FERNÁNDEZ, Juan Miguel; RUÍZ SANTIAGO, Fernando; VILLAVARDE GUTRIÉRREZ, Carmen; MAROTO BENAVIDES, María Rosa; JIMÉNEZ BROBEIL Silvia; TRISTÁN TERCEDOR María Rosario (2007) "Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos". *Antropo*, 14, pp. 37-45 <http://www.didac.ehu.es/antropo/14/14-4/Tristan.pdf>

TURNER, Victor (1980) "Símbolos en el ritual Ndembu". En: *La selva de los símbolos*. Siglo Veintiuno, 21-52

TURNER, Victor (1988) "Capítulo III. Liminalidad y communitas". En: *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Taurus.

VAN GENNEP, Arnold (1969) *Los ritos de paso*. Alianza Editorial.



ILUSTRACIONES: Ingrid Petterson



www.larivada.com.ar

LA RIVADA
investigaciones
en ciencias sociales