



Universidad Nacional de San Martín
Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales
Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural

Tesis para obtener el grado de Magíster en Sociología de la Cultura y
Análisis Cultural

“Un espacio para estar mejor”

**Medicina integrativa en un Hospital Público de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires**

Autora: Nahir Paula de Gatica

Director: Gustavo Andrés Ludueña

Codirectora: Ana Lucía Olmos Álvarez

Octubre 2023

RESUMEN

En el presente trabajo analizo las prácticas, representaciones y discursos de quienes participan y llevan adelante un dispositivo de medicina integrativa en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires denominado “Espacio Vital”. Esta iniciativa, que incorpora saberes y experiencias no gestadas dentro de la medicina alopática en una institución biomédica, despertó mi interés al presentarse como un caso concreto de integración o complementariedad terapéutica en los procesos de salud, enfermedad y atención.

La dinámica cotidiana de este espacio implica la circulación de terapeutas, pacientes, personal de la salud, acompañantes/familiares, que participan de las actividades durante períodos cortos o largos, pero siempre variables. No obstante, este dinamismo y recambio de personas no impide que cada miércoles, cuando Espacio Vital ofrece sus servicios, se genere algo particular en el hospital.

Propongo pensar este dispositivo como una micropolítica de bienestar -de cuidado y autocuidado- que habilita una manera de vivenciar los procesos de salud, enfermedad y atención, desde la búsqueda individual y colectiva por “estar mejor”, independientemente de cuál sea el punto de partida de cada uno. Asimismo, sostengo que la particularidad de esa micropolítica es la interacción entre personas, espacios, plantas, sonidos y olores, que generan una *textura* diferencial en el hospital.

Este trabajo se sustenta empíricamente en una investigación etnográfica, realizada en el “Espacio Vital” del Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo, ubicado en el Barrio de Parque Patricios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre septiembre de 2018 y marzo de 2020.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
PREFACIO	7
INTRODUCCIÓN	10
I. Caso de estudio y tesis	11
II. Antecedentes	13
III. Punto de partida: precisiones conceptuales	20
a. Pensar en términos de micropolítica	21
b. El espacio hospitalario: caracterizando el escenario de investigación	24
IV. Estrategias metodológicas	28
V. Organización de la tesis	33
CAPÍTULO N°1 Dispositivo de Medicina Integrativa: Espacio Vital	35
1.1 La historia de Espacio Vital y su inserción institucional	36
1.1.1 Terapias complementarias: servicios y dinámicas cotidianas en EV	43
1.2 “Acá pasa algo, es como magia”: entre sonidos, colores y magnolias	48
1.3 Eso <i>no dicho</i> : la espiritualidad situada	54
CAPÍTULO N°2 “El hospital me cuida”: reiki entre negociaciones y cuidados	58
2.1 Siguiendo las huellas de Espacio Vital: Clínica médica y cirugía	58
2.2 Reiki: reconfiguraciones discursivas, estrategias de permanencia	63
2.3 El equipo de Reiki de Espacio Vital: de energía vital a terapia natural	67
2.4 Abriendo camino entre intersticios institucionales: negociaciones con el equipo de enfermería	73
2.5. “El hospital me cuida”	76
CAPÍTULO N°3 “Hoy hay masajitos”: reflexología y complementariedad terapéutica en tratamientos oncológicos prolongados	79
3.1. Pacientes en tratamientos oncológicos: tejiendo la complementariedad	79
3.2. Siguiendo las huellas de Espacio Vital: el Hospital de día	85
3.3 Reflexología: la importancia del contacto	89
3.4 Reflexología en Espacio Vital	94
CAPÍTULO N°4 El cuerpo más allá del cuerpo: Pabellón C, el espacio de Espacio Vital	101
4.1 El cuerpo en perspectiva ¿analítica?	101
4.2 Todos los caminos conducen a <i>Espacio Vital</i> : El Pabellón C	105
4.3. Osteopatía: escuchar al cuerpo	109
4.4 Terapia corporal: reconectar con el cuerpo	114
CONSIDERACIONES FINALES	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

INDICE DE FIGURAS

Figura n°1: Plano del Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorino Udaondo”.	52
Figura n°2: Imágenes del “jardín de invierno” ubicado en el Pabellón C del hospital.	59
Figura n°3: Disposición de las manos y áreas de cuerpo focalizadas en la práctica del reiki.	65
Figura n°4: El árbol de magnolia ubicado entre el Pabellón C y D y el mural descripto.	86
Figura n°5: “Mapa” del pie de reflexología podal.	90

AGRADECIMIENTOS

Escribir una tesis es una micro odisea plagada de incertidumbres y desafíos que sólo pueden ser afrontados de manera colectiva. El camino que hoy tiene su primer punto de anclaje en este escrito fue construido por todos aquellos que participaron en esta investigación y por quienes me acompañaron durante todo el proceso, sin ellos no hubiera sido posible.

En primer lugar, quiero agradecer enormemente a Eugenia y a todo el equipo de Espacio Vital, por abrirme las puertas de esta maravillosa experiencia y dejarme formar parte de maneras que no hubiera esperado en un comienzo. Por la apertura al diálogo, a la reflexión colectiva, por permitirme adentrarme en sus prácticas, en sus historias y por invitarme a ir más allá de lo verbal para encontrarnos allí, en un mundo de sonidos, colores y contacto. También quiero agradecer a todos los *usuarios* que me hicieron un lugarcito en medio de sus procesos de salud-enfermedad-atención, que me recibieron con calidez y me permitieron compartir sus alegrías, esperanzas, miedos y penas. Fue un honor para mí acompañarlos en su búsqueda por “estar mejor”.

Mis directores, el Dr. Gustavo Andrés Ludueña y la Dra. Ana Lucía Olmos Álvarez, merecen un párrafo aparte. No me alcanzan las palabras para agradecerles el acompañamiento a lo largo de este proceso, la generosidad con la que me compartieron sus conocimientos y me hicieron un lugar en su dinámica de trabajo. Gracias por festejar conmigo las pequeñas victorias y por confiar más en mí que yo misma. Gracias por la escucha, la lectura, los debates y discusiones hilarantes en comentarios y por la rigurosidad en las correcciones que me invitan a siempre dar un poco más.

Con esta tesis concluyo la Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural de la Escuela de Altos Estudios Sociales de la UNSAM y no me queda más que agradecer a esta institución que ya es mi segunda casa. Quiero agradecer a los profesores de la maestría y también del Doctorado en Antropología Social que guiaron mis preguntas y me permitieron darle forma a la investigación en cada uno de los seminarios.

Un agradecimiento especial a Silvia Hirsch y María Soledad Córdoba por permitirme formar parte de la revista *Etnografías Contemporáneas*, espacio que donde me encontré con otras lecturas y recorridos etnográficos que nutren y amplían mis intereses. También agradezco la oportunidad de participar en instancias colectivas, como el Núcleo de Salud

y Sociedad, la Red de Antropología y Salud de Argentina, jornadas y congresos, donde mis hipótesis y argumentos se enriquecieron en el diálogo con otras investigaciones y experiencias.

Una mención especial merece Alejandra, gracias por ser mi guía profesional y personal, por la formación constante, por las charlas, los debates, las recomendaciones de lectura, el apoyo y la confianza. Gracias por invitarme a cuestionar y cuestionarme, por mostrarme que hay otros caminos posibles.

A mi mamá, Marcela, por ser mi lugar seguro, mi constante, por la compañía y el apoyo siempre, cualquiera sea la empresa en la que decida embarcarme. A mi hermana Emilce por acompañarme durante todo el proceso y hacerme tía en el medio, por invitarme con Benjamín a jugar y olvidarme de todo por un rato. A mis amigas, gracias por el apoyo incondicional, por estar ahí siempre, con un café o un vino, cuando necesitaba desconectar y recuperar energías.

A Darío, gracias por compartir conmigo la vida, por ser mi confidente y mi compañero todos los días. Por la paciencia, por la complicidad, por darme un empujoncito o invitarme a descansar cuando era necesario.

A mi papá, Fernando, gracias por quedarte de este lado del universo y seguir acompañándome en esta y en todas mis iniciativas.

A Ana, siempre.

*“Nuestras vidas son los ríos
que van a dar a la vida”*

A Jorge, a Leti, a Vivi.

PREFACIO

Los meses de diciembre pueden pensarse como momentos de transición, el fin de un ciclo anual que, en Buenos Aires y según mi experiencia, suelen estar caracterizados por una especie de efervescencia colectiva. Asociada a la inminente llegada del verano, las fiestas de fin de año, los balances contables y de otro tipo, y las vacaciones para todo el sector educativo. Esto genera un escenario propicio para el agotamiento mental y físico o, al menos, eso me pasaba en diciembre de 2017. Corría el 23 de ese mes y llevaba tres o cuatro días de dolor agudo en la boca del estómago, el que asociaba a una acumulación de estrés porque en mi trayectoria de salud-enfermedad era una sintomatología habitual.

El dolor era persistente y me impedía concentrarme en las tareas laborales así que, luego de una gran insistencia de quienes pasaban el día conmigo, tomé la decisión de acercarme a un centro médico de San Martín, localizado a unas cuadras de mi lugar de trabajo. Llegué a la guardia con una actitud desgana, previendo el procedimiento al que estaba habituada, puesto que no era mi primera vez en una guardia por este tema; es decir, esperaba que me fueran a tomar los datos, después tendría que esperar un período de tiempo indefinido para que, finalmente, algún médico o médica que estuviera prestando servicio en el caluroso diciembre me hiciera pasar a un pequeño consultorio donde haría las preguntas de rutina: ¿dónde te duele? ¿cuándo empezó el dolor? ¿comiste algo que pudiera haberlo desencadenado? Luego, seguramente me solicitaría que pase a la camilla y me palparía el estómago, para automáticamente corroborar que no era nada quirúrgico y recetarme una dieta basada en arroz, pollo y calabaza; y, por supuesto, con la aclaración de “nada de picante, café, tomate u hojas verdes”, por unos días.

Tal como lo había previsto, me tomaron los datos en la recepción y, después de una espera de unos 20 minutos, escuché mi nombre y me dirigí a un pequeño consultorio donde una médica de aproximadamente 30 años inició la consulta tal como lo había previsto; era como una crónica de una consulta anunciada. No obstante, luego de las preguntas iniciales y el procedimiento de palpado, me pidió que espere y salió del consultorio, donde me quedé preguntándome algo intrigada si mis previsiones serían incorrectas o si esa vez sería algo más serio. Retornó a los pocos minutos y me indicó que, por favor, aguardara nuevamente en la recepción, que me iba a atender el Dr.

Martínez, que era el gastroenterólogo de guardia y me despidió sin mayores explicaciones.

Me quedé esperando, el dolor continuaba agudo y empecé a preguntarme si no sería “apendicitis”, que era la primera patología gastrointestinal aguda que se me cruzaba por la cabeza en este tipo de situaciones. Luego de 20 minutos, el médico me llamó a su consultorio. Era un hombre de 50 años aproximadamente, esbelto, sonrisa amable y pelo castaño. Me senté en el escritorio y empecé a relatar, algo irritada por todo el procedimiento, la consulta previa con la médica anterior, mi historia en lo relativo a patologías del sistema digestivo y, por consiguiente, mi autodiagnóstico. Durante todo el relato, el hombre en frente mío escuchó, con una media sonrisa, sin decir nada. Cuando terminé dice, “bueno, a ver, pasá a la camilla” y procedió a palparme toda la zona del abdomen y auscultarme detalladamente. Luego, me solicitó que vuelva al escritorio y se sentó lentamente, sonriéndome: “La buena noticia es que no tenés apendicitis y no tengo que llamar de urgencia al quirófano” y, a continuación, dijo que mi autodiagnóstico era correcto, que tenía una gastritis y me preguntó “¿te está pasando algo esta semana en tu vida personal?”.

En ese momento ya estaba completamente asombrada, nunca me había sucedido que un médico, en una guardia, no solo confirmara mi parecer de forma rotunda, sino que preguntara por algo más que no fuera el síntoma físico que motivaba la consulta. Recuerdo sonreír ante su pregunta y decirle que sí, que estaba viviendo una situación de mucho nerviosismo y que, junto con la vorágine de diciembre, sentía que no podía lidiar con todo, le comenté que era la primera vez que escuchaba una pregunta así en un consultorio de guardia. Frente a esto sonrió, diciendo: “bueno, yo lo veo así, vos capaz ahora viniste con un dolor particular, te doy una dieta y en unos días se te pasa, pero te va a volver a pasar si no atacás el problema de base” y procedió a relatarme una historia. “Hace un tiempo vino una nena con su mamá, tendría 12 años, entró a este consultorio doblada por la mitad. Me la derivaron ya diciéndome que era apendicitis, para que lo confirme y pudieran preparar el quirófano. La madre estaba alarmada y ella no hablaba. Después de palparla me di cuenta que no era apendicitis y que no había nada de qué alarmarse, pero ella estaba con un dolor agudo intolerable. Así que le pregunté si le había pasado algo recientemente, en el colegio, algo. Ella no hablaba y la madre tampoco, me decía que no había comido nada extraño, ni frito, ni nada. Estuve un rato indagando hasta que, ahí en la camilla con voz suave, me dijo que hacía una semana había fallecido su

gato y que estaba muy triste. Me acuerdo que le dije que era normal estar triste, porque seguramente era su mejor amigo, y que le estaba doliendo la panza por eso mismo, porque a veces nuestro cuerpo no sabe cómo canalizar las emociones y éstas impactan en la panza. Estuve en esa consulta más de una hora, entraron mis colegas más de una vez para preguntarme qué pasaba, la chica se fue caminando normal, con indicación de comer ligero los días siguientes, pero el dolor agudo se le fue, solo necesitaba verbalizar lo que le estaba provocando el dolor” (registro de campo, 23 de diciembre de 2017).

Después de este relato, el dolor que había motivado la consulta pasó a un segundo plano, le pregunté al Dr. Martínez cómo había llegado a este estilo de aproximación, comentándole brevemente que yo era reikista y antropóloga. Me contó que él era gastroenterólogo hace 30 años y que, en un punto, empezó a ver que los pacientes volvían, que los mandaba a quirófano, les sacaba el apéndice o algo, pero al tiempo volvían y el siguiente síntoma era más agudo o grave. Entonces empezó a preguntarse por las causas, porque las patologías eran “alarmas” que el cuerpo mandaba para avisar que “algo no estaba bien”, que él podía apagar las alarmas, pero si no se trataban las causas iba a haber más alarmas, hasta que no hubiera solución posible. Empezó a incursionar en otras medicinas “complementarias” o “integrativas”, intentando ayudar a que los pacientes reconocieran las causas, pero que lo que hacía no estaba bien visto en el centro médico, que sus colegas ya estaban hablando de que él tenía menos cirugías y que eso era problemático porque era lo que más dinero generaba. Comentó que probablemente iba a tener que buscar otro espacio para atender de esta manera, porque sentía que así podía hacer la diferencia y me preguntó por el reiki, para luego comentarme que él meditaba y hacía yoga.

Me retiré de la consulta, el dolor agudo en el estómago continuó unos días más y se fue tal como llegó, pero esa consulta despertó mi curiosidad ¿Y si existían otros médicos, clínicas u hospitales ensayando otra forma de aproximarse a los padecimientos, usando otros saberes sobre la salud además de los biomédicos? De ser así, ¿cuáles y cómo serían las terapias concretas que implementarían y de qué modo se darían las relaciones con los pacientes? ¿qué impactos provocaría en sus vidas cotidianas? Por último, un dato no menor atendiendo a la afirmación del profesional que me había atendido, ¿cuál sería la recepción en la propia institución médica? Esta tesis apunta a explorar las posibles respuestas a estas preguntas.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo analizo las prácticas, representaciones y discursos de quienes participan y llevan adelante un dispositivo de medicina integrativa en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires denominado “Espacio Vital” (EV). Esta iniciativa, que incorpora saberes y experiencias no gestadas dentro de la medicina alopática en una institución biomédica, despertó mi interés al presentarse como un caso concreto de integración o complementariedad terapéutica en los procesos de salud-enfermedad y atención de distintos “usuarios”, categoría nativa que se utiliza para reunir a quienes participan de esta propuesta, sean pacientes, acompañantes, personal del hospital o comunidad en general. Al incorporarme en la dinámica cotidiana del dispositivo, pude dar cuenta de que no sólo era un caso específico de inserción de terapias holísticas como reiki o reflexología, como los que ya venían analizando diversas autoras en otros hospitales de CABA (vg. Idoyaga Molina y Luxardo, 2004, 2005; Freidin, 2010; Saizar y Bordes, 2014a, 2017, 2019; Saizar, 2019), sino que la propia historia y configuración de la propuesta en esta institución le otorgaba una particularidad distintiva: independientemente de las actividades y personas específicas, los usuarios del espacio lo vivenciaban como una propuesta integral de bienestar que incluía las prácticas terapéuticas, pero también los espacios y las dinámicas sociales que allí se daban. Por lo tanto, me propongo analizar esta experiencia de medicina integrativa en un hospital público buscando explicar cómo se conjugan los saberes, representaciones y prácticas de actores diversos para generar un dispositivo distintivo al que pacientes recurren para “estar mejor”¹.

¹ A lo largo del trabajo, se utilizarán las comillas para identificar frases, expresiones o categorías propias de los actores del campo en estudio. En todos los casos las mismas son citas textuales extraídas de las notas de campo y las entrevistas.

I. Caso de estudio y tesis

La medicina alopática es considerada como el modelo médico hegemónico en gran parte de las sociedades modernas y, al mismo tiempo, es adoptada por entidades gubernamentales para la gestión de la salud (v.g., Foucault, 1966; Menéndez, 1992). Sin embargo, si bien es posible hablar de biomedicina/medicina alopática para referir a un conjunto de prácticas y sentidos sobre la salud, asociados al modelo científico y con difusión global, hay que tener presente que es un régimen de saber llevado adelante por personas concretas y en cada contexto sociocultural, donde se configura en interrelación con dinámicas históricas y de saber-poder (Kleinman, 1980). Pese a su posición como saber hegemónico sobre la salud, existe una multiplicidad de conocimientos y prácticas que, a lo largo de la historia y en diferentes contextos socioculturales, coexistieron y se interrelacionaron con las biomédicas, como lo son las llamadas medicinas tradicionales (MT) o las medicinas alternativas y complementarias (MAC) – o terapias alternativas y complementarias- (Luz, 1996; Idoyaga Molina, 2005; Bordes y Saizar, 2017); terminologías acuñadas para referir a métodos diagnósticos y terapéuticos externos a la biomedicina (OMS, 2002).

El afán de encontrar similitudes, categorizar y nominalizar esos otros saberes y prácticas sobre la salud no gestados en la biomedicina surge en el marco de un proceso de incorporación de estos en espacios históricamente habitados por la medicina alopática en distintos países de Europa y América. Este proceso condujo, en algunos lugares, a la incorporación oficial de estas prácticas y saberes en los sistemas de salud, como es el caso de Brasil (Toniol, 2018) e, incluso, a la promoción de su uso en complementariedad con la biomedicina por parte de organismos internacionales (OMS, 2002). No obstante, si bien es posible dar cuenta de la existencia de este proceso en diferentes contextos socioculturales, es preciso analizar cada caso en interrelación con la historia de los abordajes de los procesos de salud-enfermedad-atención. En Argentina existe una innumerable diversidad de saberes y prácticas sobre la salud (Idoyaga Molina, 2005) que se desarrollan, en gran medida, por fuera de las instituciones propias del sistema de salud. Esto no quiere decir que no existan, también, en estos ámbitos, sino que su incorporación suele ser aislada y depender de la voluntad de personas particulares (Bordes y Saizar, 2018, 2017; Freidin y Abrutzky, 2011).

Para el caso de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Saizar (2019) -quien, junto con Bordes (2014a, 2017, 2018, 2019), abordó extensamente la inserción de prácticas como reiki y reflexología en los servicios de salud- nos brinda una caracterización de las formas que adquiere este fenómeno en distintas instituciones: en algunos casos, las terapias alternativas/complementarias se insertan en el servicio de salud mental, espacios donde es habitual la oferta de propuestas de abordaje de la salud no estrictamente biomédicas; en los servicios oncológicos y de cuidados paliativos, en los cuales se presentan como prácticas complementarias para paliar los efectos y síntomas en enfermedades crónicas; o como un servicio más entre los prestados por el hospital aunque con cierta independencia.

Ahora bien, esta caracterización es valiosa como un mapeo de las diferentes formas que está adoptando este fenómeno. Pero es en el abordaje de los casos particulares donde es posible dar cuenta de la complejidad que supone la inserción de las terapias alternativas/complementarias en espacios hospitalarios; las relaciones de saber/poder a las que está supeditada y la relevancia que adquieren las iniciativas de actores individuales para su efectivización. Con este objetivo como punto de partida, en este trabajo analizaré el caso particular de un Hospital público monovalente de CABA, en el cual se desarrolla un dispositivo de medicina integrativa, “Espacio Vital”, que brinda distintas terapias “complementarias” como reiki, reflexología y osteopatía fluido-energética a pacientes del hospital y al público en general, a quienes denomina “usuarios”. Este espacio está asociado institucionalmente al área de cuidados paliativos, pero en su práctica cotidiana trasciende a este servicio particular y opera en los intersticios del hospital, dando lugar a micro transformaciones en las dinámicas diarias de pacientes y profesionales de salud que, en suma, generan una nueva forma de habitar el espacio hospitalario.

Con la intención de investigar la relación entre biomedicina y otros saberes sobre la salud, específicamente aquellos categorizados como “terapias alternativas y complementarias”, busqué en la Web información sobre la oferta de reiki, reflexología y otras terapias en hospitales públicos. Rápidamente descubrí la existencia de este dispositivo en un hospital monovalente de CABA y me puse en contacto. Dos semanas más tarde, en noviembre de 2018 iniciaba mi investigación en Espacio Vital, que funcionaba únicamente los días miércoles. Esta característica particular permitió una inserción total en las actividades del espacio durante el período de investigación que se extendió hasta el comienzo de la pandemia por COVID-19 en marzo de 2020.

Como mencioné previamente, Espacio Vital es un dispositivo de medicina integrativa conformado por una coordinadora y un equipo de voluntarios que ofrecen reiki, reflexología, osteopatía fluido-energética y clases de “corporal” a pacientes del hospital y sus familiares, profesionales de la salud y comunidad en general de manera gratuita. La denominación medicina integrativa refiere, en este caso, a la integración entre los tratamientos biomédicos y estas prácticas terapéuticas, cuya finalidad es que las personas puedan “estar mejor”, es decir, lograr un estado de bienestar pese a estar atravesando -o no- alguna enfermedad. Con el devenir de las semanas, pude comprender que lo central de este dispositivo no estaba tanto en cómo se relacionaba la biomedicina con estas otras prácticas terapéuticas en procesos de salud-enfermedad-atención específicos, sino en cómo la circulación de estos saberes y sus practicantes configuraba una nueva forma de habitar y significar el hospital para los pacientes que formaban parte de esta iniciativa. Para ello, tuve que centrar mi atención en el recorrido de los actores - practicantes de las distintas terapias, pacientes y personal del hospital- y en la interrelación de éstos con espacios físicos, sonidos y olores, y experimentar en carne propia cada una de las prácticas terapéuticas ofrecidas por Espacio Vital.

Con todo, en este trabajo buscaré exponer y analizar las características de dicho dispositivo, que me llevan a pensarlo y caracterizarlo como una micropolítica de bienestar. Este último tiene la particularidad de que todos los actores y elementos que lo conforman y habitan, en sus devenires, generan una sinergia diferencial, una textura social -cambiante y fluida- asociada a aquello que vincula y es inherente a todas las terapias alternativas/complementarias que el espacio ofrece: la dimensión espiritual.

I. Antecedentes

En este trabajo me propongo analizar un caso específico de integración de diferentes saberes sobre la salud en el contexto de una institución biomédica. Así, los antecedentes y líneas de investigación en los que es posible inscribir este análisis pueden circunscribirse en tres grandes ejes: por un lado, la inserción en una institución biomédica y el foco puesto en las diferentes prácticas terapéuticas relacionadas a la búsqueda de salud o bienestar dialoga con los estudios socio-antropológicos sobre la salud. Por otro, las diferentes prácticas que se brindan en Espacio Vital -reiki, reflexología, osteopatía

fluido-energética- traen consigo sus propias historizaciones y devenires por fuera de su relación con la biomedicina, que se relacionan con los estudios socio-antropológicos de las creencias y el simbolismo, donde se han generado extensas líneas de investigación sobre estas prácticas. Por último, para poder arrojar luz sobre las dinámicas de los distintos actores identificadas a lo largo de la investigación, es necesario un diálogo con los estudios socio-antropológicos del cuerpo y los sentidos. El desafío es poder encontrar los puntos de conexión, los intersticios en los que estos tres grandes ejes se conectan, un camino ya iniciado por muchos otros, con quienes este estudio está en deuda.

La salud, las dolencias, padecimientos, enfermedades, las formas de curar y de preservar la propia salud son problemáticas que atraviesan a todos los grupos humanos, fenómenos multidimensionales que son abordados por diferentes áreas del conocimiento, desde la biología y la medicina científica o biomedicina, hasta las ciencias humanas y sociales, dado que el cómo los seres humanos lidian con estos procesos vitales se torna central para el entendimiento de las sociedades (v.g. Foucault, 1966, 1977; Ilich, 1975; Rose, 1996, 1999, 2012). En este sentido, desde comienzos del siglo XX la medicina alopática o biomedicina se ha consolidado como el saber legítimo sobre los procesos de salud-enfermedad-atención a nivel internacional, lo que Menéndez (1992) denominó como “modelo médico hegemónico”, cuyos principales rasgos son su abordaje individualista y biologicista, pero, también, su rol normativo y de control (Menéndez, 2020). La biomedicina, de la mano de la eficacia comprobable de sus prácticas en el tratamiento de enfermedades y el mejoramiento de la salud de las poblaciones, pasó a ser el saber sobre la salud hegemónico, relegando la extensa diversidad de otras prácticas terapéuticas o conocimientos sobre la salud a un lugar secundario subordinado, aún en aquellos países que contaban con sistemas médicos milenarios como el caso de China (Menéndez, 2020).

Entonces, partimos de la afirmación de que la biomedicina es el saber sobre la salud legitimado a nivel internacional, lo que nos habilita a preguntarnos cómo es que se configura hacia el interior, cuáles son sus prácticas e interrelaciones de actores y cómo se relaciona con esa otra multiplicidad de saberes existentes en cada contexto sociocultural. Dentro del universo de trabajos destinados a desentrañar el primer cuestionamiento, fueron de vital importancia para este estudio los abordajes de Merhy (1997, 2002, 2021), Franco (2006), y Camargo Macruz (2014) con su noción de “trabajo vivo”, con la cual refieren al tipo de labor que llevan adelante los profesionales de la salud en instituciones

biomédicas. Para estos autores, el trabajo en los servicios de salud puede ser pensado como producción de cuidado y se configura a partir de una gran autonomía por parte de quienes lo llevan adelante. Este tipo de prácticas, relativas a procesos vitales -salud, enfermedad, muerte- requieren del involucramiento subjetivo de los trabajadores, quienes constantemente toman decisiones que pueden, o no, estar en consonancia con las normas impuestas desde la institución. Así, afirman los autores, existe un nivel de las prácticas y devenires de personas que configuran el hacer del saber biomédico, en contextos específicos y con los recursos disponibles. En este mismo sentido, Mattingly (1998) señala que en los hospitales hay dos temporalidades espaciales, la de los médicos, donde prima la rapidez y la eficacia, y la de los otros profesionales –terapeutas, auxiliares, enfermeras- que acompañan a los pacientes durante todo el tiempo de su estadía. Para entender la noción de cuidado, inherente al trabajo en el hospital, fue esclarecedora la propuesta de Kunin (2019) de pensar los “cuidados de amplio espectro”, es decir, aquellas prácticas de cuidado que se dan por fuera del hogar, pero dentro de instituciones y espacios donde son el eje central y son encaradas por diferentes actores y, también, aquellas prácticas de autocuidado de los propios pacientes. Esta autora elabora su conceptualización partiendo de una definición de cuidado acuñada por Tronto (1993), que también nos sirve para pensarlo en este campo, como “un conjunto de actividades sociales que incluyen todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro “mundo” así podemos vivir en él tan bien como sea posible. Dicho mundo incluye nuestro cuerpo, nuestro yo y nuestro ambiente, todo lo que intentamos entrelazar en una compleja red que sostiene la vida” (Tronto, 1993:103, traducción propia) ¿Por qué estas aproximaciones son importantes para este estudio? Porque nos permiten entender a Espacio Vital como un dispositivo dentro de un hospital. Tal como veremos a lo largo de los capítulos, existe gracias a la decisión e involucramiento de distintos trabajadores de la institución, sus prácticas están relacionadas a la producción de cuidado y a la promoción del autocuidado, y opera en una temporalidad distinta a la de los médicos en intersticios institucionales donde la centralidad no está puesta en la búsqueda de sanación, sino en las prácticas de cuidado y autocuidado.

Si retomamos el otro gran cuestionamiento, el relativo a la interrelación entre la biomedicina y otros saberes sobre la salud, nos encontramos con diversos estudios que constatan la pluralidad de modos de ejercicio de la medicina, tratamientos, formas de concebir la salud y la enfermedad que coexisten, compiten e interactúan entre sí (v.g.,

Kleinman, 1980; Csordas, 1983; Csordas y Kleinman, 1996; Laplantine, 1999; Cant and Sharma, 1999; Menéndez, 2003, 2005). Kleinman (1978,1980) propuso pensar este fenómeno como un sistema cultural de interrelación de tres dimensiones distintas con sus prácticas y saberes particulares: la dimensión profesional, referida a la medicina científica; la dimensión popular, relacionada a las acciones de los pacientes, su familia y su comunidad; y, la dimensión *folk* referida a las terapias llevadas adelante por sanadores no biomédicos. Por otro lado, tal como mencioné anteriormente, Menéndez (1992) planteó la existencia de un modelo médico hegemónico, junto con uno alternativo subordinado y otro de autoatención estableciendo una jerarquización entre los tres. Good (1994), por su parte, presentó la noción de sistemas etno-médicos haciendo hincapié en la perspectiva de los usuarios a la hora de escoger distintos tipos de prácticas o saberes sobre la salud para lidiar con sus procesos de salud-enfermedad. De manera análoga, Luz (1996) acuñó el término de “racionalidades médicas” para referir a aquellas prácticas terapéuticas que constituyen un sistema en sí mismas, tales como el ayurveda o la medicina tradicional china, dejando por fuera otras que no tuvieran estas características. Por su parte, en Argentina, Idoyaga Molina (2005) retomó las propuestas de Kleinman y Good para sugerir una clasificación entre medicinas tradicionales, religiosas, alternativas/complementarias y autotratamientos. Esta proposición amplía la división introducida por la Organización Mundial de la Salud entre medicinas tradicionales y medicinas alternativas/complementarias (OMS, 2002; Freidin, 2010; Toniol, 2018). Si bien las clasificaciones de las distintas prácticas y saberes sobre la salud son múltiples en estas perspectivas, en todas ellas podemos observar el intento por pensar sus relaciones, así como las estructuras jerárquicas y las tensiones que las atraviesan, lo cual nos otorga un andamiaje tanto conceptual como empírico para encarar la problemática central de esta investigación.

Sentadas las bases de la existencia de multiplicidad de saberes y prácticas sobre la salud que se interrelacionan entre sí, es relevante para este estudio referenciar los debates sobre las denominaciones, es decir, cómo se lo nombra a este ámbito y de qué maneras las personas se refieren a él. Con esta revisión, la intención analítica se dirige a arrojar luz acerca de cómo este proceso de denominación se desarrolla en este campo etnográfico. Con este fin, veremos a lo largo de las páginas de esta tesis que Espacio Vital es presentado como un dispositivo de *medicina integrativa* que brinda terapias *complementarias*. Ambos términos aluden a la relación entre las diferentes prácticas

terapéuticas y la biomedicina; en la perspectiva “integrativa” se propone un trabajo conjunto entre la biomedicina y distintas prácticas terapéuticas, a partir del cual se crearía una nueva forma de concebir la salud (Wiese, Oster y Pincombe, 2010). Sin embargo, esto no implica el borramiento de la demarcación de roles jerárquicos entre médicos y terapeutas complementarios, siendo estos últimos los encargados de ayudar a manejar los “efectos” de las intervenciones biomédicas (Shuval, Mizrachi y Smetannikov, 2002) – según mostraré en esta etnografía–. Esta perspectiva cobró su propia denominación como “medicina integrativa” (Snyderman, 2002), la cual es postulada como un enfoque centrado en la totalidad del fenómeno salud-enfermedad-atención. Por otro lado, el nombre de *terapias alternativas* referiría a la posibilidad de optar por estas prácticas en lugar de las biomédicas (Gale, 2014), motivo por el cual, tal como se verá más adelante no es una etiqueta utilizada por los actores del campo en estudio e incluso es rechazada.

Ahora bien, independientemente de las denominaciones, existe una multiplicidad de abordajes en diferentes contextos sobre las distintas prácticas que se incluyen dentro del amplio espectro de las llamadas terapias alternativas/complementarias². En esta línea, investigaciones específicas sobre reiki (Barros Texeira, 2009; Toniol, 2018), reflexología (Johannessen, 1996; Bordes, 2012a, 2013) y osteopatía (McKone, 1997, 2001; Gale, 2007, 2011), fueron de suma importancia para realizar una historización de cada práctica y poder identificar las particularidades de su ejercicio en Espacio Vital. Por otra parte, los estudios regionales centrados en la interrelación entre estas terapias y la biomedicina me brindaron las herramientas necesarias para comprender y contextualizar localmente las dinámicas del dispositivo en estudio. En el marco de esta pluralidad de líneas de trabajo, indagaciones como las realizados en Brasil por Luz (1996, 2005) sobre las racionalidades médicas, por ejemplo, sentaron las bases para la implementación de las “prácticas integrativas complementarias” en el Sistema Único de Saúde (SUS) –que es la denominación para el sistema público de salud en Brasil–. Este proceso fue analizado por Toniol (2018), quien además planteó que en muchos centros de atención es la biomedicina la que pasa a ser complementaria frente a otras prácticas como la acupuntura o el reiki. El autor (2015, 2017) presta especial atención a la dimensión espiritual de estas terapias

² Desde la OMS (2002) se menciona a esta multiplicidad de prácticas como “Complementary and alternative medicine” (CAM), por lo que también es común encontrar trabajos en español que se refieran a “Medicinas alternativas y complementarias” (MAC). Optamos por la denominación “Terapias alternativas/complementarias” porque es la más empleada en trabajos regionales.

y a su integración en un sistema biomédico. En esta misma dirección, los trabajos de Giumbelli (2006, 2012) problematizan el solapamiento entre religión y salud en ámbitos hospitalarios. Estos estudios evidenciaron la relevancia de la noción de “espiritualidad” para este campo, y me invitaron a buscar la particularidad de esta dimensión en EV.

En el orden local, la producción de conocimiento científico sobre las terapias alternativas y complementarias y otros saberes y prácticas sobre la salud no biomédicos es extensa. Por un lado, existe una prolífica línea de exploración que aborda estos fenómenos desde los estudios socio-antropológicos de la religión y las creencias (v.g., Carozzi, 1997, 2000; Viotti, 2007; Olmos Álvarez, 2015, 2018) que, junto con las conceptualizaciones de Eloísa Martín (2007) para pensar el fenómeno de los santos populares, me permitieron demarcar y hallar el sentido de una arista de los datos empíricos que se perfilaba como central, aunque esquiva. De este modo, estaba ante la existencia de algo que los actores exhibían como inexplicable y mágico y, a partir de estos trabajos, hallé en las nociones de energía y espiritualidad la pieza medular que me faltaba. También, para entender la dimensión colectiva que advertía, aun cuando tantos estudios relacionaban a las terapias alternativas y complementarias como un fenómeno ligado al creciente individualismo de las sociedades modernas, fue enriquecedor encontrarme con los textos de Clot-Garrel y Grier (2019) y de Viotti (2018) sobre la espiritualidad de las clases medias.

Además, una línea de indagación sobre la relación entre terapias alternativas/complementarias y biomedicina fue inaugurada por el equipo de investigación del Centro Argentino de Etnología Americana. Aquí, Idoyaga Molina se preocupó principalmente por la complementariedad terapéutica entre migrantes (Idoyaga Molina, 2003; Idoyaga Molina y Ávila Testa, 2011, 2013) y en pacientes oncológicos (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004, 2005). Asimismo, este análisis fue diversificado por Saizar en relación con la práctica del yoga (2006a, 2006b, 2006c) y a la salud mental (Saizar y Korman, 2012; Saizar, Sarudiansky y Korman 2013). Esta última vinculación también fue abordada desde la psicología con respecto a la terapia cognitiva y el *mindfulness* (Korman y Garay, 2018). Estos trabajos sentaron las bases para una exploración sobre las terapias alternativas/complementarias en hospitales, como la llevada adelante por Saizar y Bordes (v.g. 2014, 2017, 2018, 2019), a la que esta investigación busca sumar su aporte y con la cual tiene una gran deuda. Estas autoras analizaron la inserción del reiki y la reflexología en hospitales haciendo hincapié en la

perspectiva de los terapeutas (*cf.* Bordes, 2009, 2013), las estrategias de ingreso, y las reconfiguraciones a las que están sujetas en contextos hospitalarios. Estos trabajos son de capital importancia para entender las motivaciones y trayectorias de las practicantes voluntarias de cada una de las terapias de EV, y para comprender los conflictos internos y las formas de presentación de sí (Goffman, 1970) que ponen en juego en este ámbito sanitario. En esta misma dirección, Bordes exploró el lugar del cuerpo en este tipo de tratamientos (2012a) y se preguntó por su “medicalización” (2015) y por la “medicina integral” (2012b), estudios que me permitieron problematizar la centralidad del cuerpo para el ejercicio de las diferentes prácticas en EV.

En una profundización de la mencionada investigación, Saizar (2019) propuso una caracterización de los modos de inserción de las terapias alternativas/complementarias en los hospitales de CABA, indicando que podían encontrarse estas terapias en los servicios de salud mental, en los de oncología, cuidados paliativos o, directamente, como una prestación independiente dentro del hospital. En este sentido, a lo largo de los distintos capítulos, veremos que, si bien Espacio Vital depende institucionalmente del área de cuidados paliativos, en la práctica opera como un servicio independiente. Por su parte, Freidin y Abrutsky (2010, 2011) centraron su atención en la acupuntura y sus usuarios, lo que derivó a posteriori en un trabajo sobre los médicos que a su vez la practicaban (Freidin, 2010, 2014); tales investigaciones fueron de utilidad para pensar en el rol de los “usuarios” de EV.

A lo largo de la investigación, conocí a muchos pacientes del hospital que estaban atravesando un tratamiento oncológico por tener algún tipo de cáncer gastrointestinal, acompañé parte de sus trayectos en el hospital y escuché sus historias. Me fueron de utilidad en ese momento las lecturas María Epele (1994, 1997) sobre la noción de autocuidado y la relación médico-paciente en personas con cáncer y las de Domínguez Mon, Perez y Perner (2014) sobre estilos de vida y cotidianidad en personas con patologías crónicas -diabetes, en su caso-. La perspectiva del análisis de las narrativas de la enfermedad fue de gran utilidad para abordar esas charlas donde se entremezclaban recuerdos, relatos de experiencias, miedos y esperanzas. Salió al rescate nuevamente Kleinman (1988), cuyas lecturas junto con las de Good (1994) y Garro (2003) me brindaron las herramientas interpretativas y metodológicas para encarar esta tarea. Como también lo hicieron las investigaciones de Luxardo sobre narrativas de pacientes con cáncer (2005, 2006 y 2008) y, más específicamente, la relación entre medicinas no

convencionales y cáncer, que se convirtieron en una valiosa referencia para aproximarme a la realidad de sujetos con padecimientos crónicos que hacen uso de prácticas y saberes no biomédicos.

Por último, pero no menos importante, esta tesis dialoga con los estudios socio-antropológicos del cuerpo y los sentidos. En el devenir de la investigación me encontré rodeada de colores, olores, sensaciones, que surgían como centrales de la experiencia sensorial de terapeutas y usuarios de Espacio Vital. En la búsqueda de entender esta dimensión, descubrí los trabajos etnográficos de Paul Stoller que tienen como eje la configuración cultural de los sonidos (1984) y el gusto (1989), y que fueron la puerta de entrada para pensar cómo significamos al mundo a través de los sentidos. Indagar etnográficamente lo sensorial nos permite tener una comprensión integral de los fenómenos sociales, logrando acceder a los intersticios donde las palabras no llegan (Howe, 2014), aquello que en Espacio Vital se presenta como inasible, mágico, lo “no dicho”, que abordaremos en el primer capítulo de este trabajo.

En este mismo sentido, la perspectiva fenomenológica del *embodiment* de Csordas (1990), en la que se condensan las propuestas de Merleau-Ponty (1993) y Bourdieu (1984), se relaciona estrechamente con la centralidad del cuerpo en las prácticas terapéuticas de EV. Csordas presenta al *embodiment* como un posicionamiento metodológico para la antropología que considera al cuerpo como el sujeto de la cultura, el “terreno existencial” en que ésta se manifiesta y no como un objeto o tema de estudio específico. Así, la corporalidad, la experiencia vivida del “ser-en-el-mundo” se torna central para las investigaciones etnográficas, complementando los abordajes textualistas y discursivos que piensan a la cultura como texto (Geertz, 2003). Una de las características de este paradigma es que propone como punto de partida el “colapso de las dualidades entre la mente y el cuerpo, entre el sujeto y el objeto” (Csordas, 1990:7, traducción propia). Así, la incorporación del diálogo con los estudios sobre el cuerpo y los sentidos me permitió abarcar integralmente la experiencia de Espacio Vital.

II. Punto de partida: precisiones conceptuales

Con el devenir de la investigación, mi preocupación inicial por abordar el vínculo entre la biomedicina y otros saberes/prácticas sobre la salud en un espacio hospitalario, a partir de indagar las relaciones entre practicantes, médicos y pacientes fue

transformándose. Los pacientes y practicantes rotaban con regularidad, pero las dinámicas, que aparecían como propias del espacio, y que veremos a lo largo del trabajo, permanecían. Así, comencé a preguntarme por la particularidad del dispositivo de Espacio Vital, qué hacía posible su existencia en este hospital. Esta nueva perspectiva me permitió observar regularidades, circulaciones de prácticas y sentidos que parecían tejer lo que denominé como una trama diferencial en el hospital. Como veremos más adelante, Espacio Vital habilitaba otras formas de *habitar* el espacio hospitalario tanto para usuarios/pacientes como para practicantes y, en ciertos casos, trabajadores; otorgaba el marco de posibilidad para la circulación de otros saberes y prácticas.

Así, una vez finalizado el trabajo de campo, me encontré con el problema de hallar herramientas conceptuales que pudieran dar cuenta de esta totalidad, con sus dinámicas y singularidades. Al rescate vinieron las lecturas sobre el campo de la salud en Brasil, que traían consigo la noción de *micropolítica* propuesta por Deleuze y Guattari (2004) que parecía dialogar con la complejidad de este dispositivo y su inserción en el hospital.

A continuación, brindaré ciertas precisiones conceptuales sobre las cuales se sustenta el presente estudio. Abordaré la noción de micropolítica y explicitaré por qué propongo pensar este dispositivo como una *micropolítica de bienestar- de cuidado y autocuidado-*. Luego, analizaré al hospital desde su organización y espacialidad, para entender cómo estas prácticas/saberes sobre la salud se insertan y relacionan en una institución hospitalaria organizada en torno al saber biomédico. Finalmente, el *espacio* oficiará de andamiaje para comprender la importancia que este adquiere en la construcción de este dispositivo.

a. Pensar en términos de micropolítica

El pensamiento de Deleuze y Guattari (1985, 2004) sobre los modos de producción de subjetividad, del mundo, su análisis del capitalismo y conceptualización de micropolítica es amplio y aplicable a diversos campos. En este trabajo retomaré algunas de las conceptualizaciones principales trabajadas por estos autores, a modo de caja de herramientas teóricas para pensar Espacio Vital, puesto que en su propia denominación encierra una concepción *sui generis* sobre el lugar en el que se llevan adelante las proposiciones terapéuticas que lo inspiran.

Lo interesante y pertinente de esta propuesta teórica para este caso de estudio es el nivel de análisis que abordan, posicionando su atención en las *multiplicidades*, los

agenciamientos, las *líneas de fuga*, es decir, aquellas dinámicas y procesos sociales que escapan a las categorizaciones, a los mecanismos que pretenden homogeneizarlos. Nos invitan a pensar más allá de los dualismos, de las dicotomías, a seguir los fenómenos sociales en sus devenires, allí donde se producen, sin necesariamente buscar puntos de conexión – *arborescentes*, dirían ellos (Deleuze y Guattari, 2004) - o de estabilización.

Si bien proponen superar las oposiciones binarias, Deleuze y Guattari (2004) afirman que tanto las personas como las sociedades se constituyen a partir de “segmentaridades”. Así, caracterizan dos segmentaridades constitutivas de la producción del mundo a nivel individual y colectivo: una *molar*, dura, *arborescente* y una *molecular*, flexible, *rizomática*. ¿Esto qué significa? La existencia de dos dimensiones de la producción del mundo, de agenciamientos y multiplicidades. Una de ellas, la *molar*, asociada a lo estandarizado, lo estabilizado: las grandes categorías con las que pensamos y experimentamos la sociedad, las divisiones -sexo, clase, religión, por poner ejemplos-, las instituciones. La otra, la *molecular*, asociada a todo aquello que se cuele por los intersticios de lo *molar*, a la gestación de formas de actuar, vivenciar o pensar el mundo que no son categorizables, que fluyen, que devienen, sin detenerse a constituirse o *enraizarse*.

Ahora bien, el lector podría objetar y decir que pensar en una división tan tajante es un gran dualismo, pero lo interesante de esta perspectiva es que la distinción entre segmentaridades no implica oposición, ni complementariedad. Si la segmentaridad *molar* y la *molecular* se diferencian es “porque no tienen los mismos términos, ni las mismas relaciones, ni la misma naturaleza, ni el mismo tipo de multiplicidad. Y si son separables es porque coexisten” (Deleuze y Guattari, 2004:218); es decir, son dos formas de producción del mundo distintas que pueden interrelacionarse, surgir -ambas- en organizaciones micro o macrosociales pero, en última instancia, refieren a lógicas diferentes. Estas dos categorías son equivalentes -de manera casi directa-, a las nociones de *macropolítica* y *micropolítica*. “Todo es política” van a decir los autores, pero esa política es, al mismo tiempo, *macropolítica -molar-* y *micropolítica -molecular-*. La coexistencia e interrelación de ambas no impide que, pese a la organización dura de las cosas, surjan otro tipo de percepciones, “un mundo de micropreceptos inconscientes, de afectos inconscientes, segmentaciones finas que no captan o experimentan las mismas cosas (...) una micropolítica de la percepción, del afecto, de la conversación, etc.” (Deleuze y Guattari, 2004:218).

Antes de llegar a la vinculación de esta propuesta teórica con la temática central de este trabajo, es menester hacer algunas aclaraciones más. En primera instancia, lo micropolítico o molecular no remite necesariamente a grupos reducidos o pequeñas iniciativas; sí se desenvuelve en el detalle y pasa por organizaciones de menor tamaño, pero puede ser coextensivo a todo el cuerpo social y, al mismo tiempo, lo molar o macropolítico puede enraizarse en grupos o hasta individualidades. Así, lo molecular es el espacio de la inventiva, de la creatividad, de lo que fluye o se mueve, pero esto no implica que equivalga a lo “bueno” o “deseable”. Para ejemplificar este punto, Deleuze y Guattari (2004) muestran cómo el éxito del nazismo y la prevalencia de microfascismos dependió -y dependería, en situaciones parangonables- de su organización molecular, de los intersticios en que operan y sedimentan sus agenciamientos.

Esta noción de una dimensión molecular del mundo, de producciones micropolíticas, donde hay lugar para devenires que no tienen puntos de anclaje, para prácticas difíciles de asir, resuenan fuertemente con lo que *es* Espacio Vital. Esta área de trabajo, que en el ámbito hospitalario en el que se desarrolla denominan “dispositivo”, se desenvuelve una vez por semana y, si bien cuenta con el aval institucional, dirime su permanencia y acceso a los diferentes servicios del hospital en negociaciones constantes con actores particulares en cada sector de la institución. En los recorridos de practicantes de cada terapia y la circulación de *usuarios*, se habilita un discurso sobre la salud centrado en la búsqueda de bienestar -de estar mejor- y no en los padecimientos; en el autocuidado, la atención y escucha al propio cuerpo y en el experimentar los procesos de salud y enfermedad con la compañía de otros. Al contrario, el abordaje biomédico tiene como eje el tratamiento individual de las patologías. En el próximo capítulo ahondaré en las características particulares de este dispositivo y aportaré datos empíricos para sustentar esta descripción, pero ahora con esto basta para pensar su vinculación con la noción de micropolítica.

Las dinámicas constitutivas de los hospitales y otras instituciones asociadas a la salud y, de una u otra manera, al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992) entran en la dimensión de lo *molar*, de lo duro, lo instituido, lo hegemónico. No obstante, en la cotidianidad del trabajo en salud, que tiene la particularidad de ser un tipo de tarea que involucra ciertas dimensiones de la subjetividad de la persona -creencias, valores, historias de vida- (Franco, 2006), es posible asistir a una diversidad de prácticas, modos de relacionarse, de habitar los espacios hospitalarios que entran en el orden de lo

molecular y micropolítico (Merhy, 2021; Camargo Macruz, 2014; Franco, 2006) y que son, también, constitutivas de estas instituciones. Es en esta dimensión, que en el Hospital Udaondo se desarrolla Espacio Vital.

Si partimos de esta línea de análisis es preciso indicar que, mientras lo *molecular* se concibe como una dimensión, es factible hablar de micropolítica refiriéndonos a agenciamientos o modos de actuar particulares. Así, se piensa a la micropolítica como un conjunto de acciones concretas en un contexto determinado que abren paso a un “proceso de singularización” (Guattari y Rolnik, 2006); es decir, un proceso social objetivo que se desprende de un estrato de resonancia, de discusiones teóricas, de nuevas formas de pensar algo ya instituido socialmente y da lugar a la experimentación, a la puesta en práctica de esas discusiones. En el tema que nos ocupa, Espacio Vital podría ser conceptualmente definido como ese “proceso social objetivo” que propone pensar el rol de los hospitales, los procesos de salud, enfermedad, atención y la inserción de prácticas de cuidado gestadas por fuera de la medicina alopática.

Por lo expuesto, postulo que Espacio Vital puede ser imaginado y analíticamente abordado como una *micropolítica de bienestar -cuidado y autocuidado-*. Si bien la noción de bienestar tiene su propia genealogía asociada a la modernidad, al capitalismo y a la idea de persona (D’Angelo, 2013), al utilizarla aquí estoy remitiendo a una idea propia del campo de mis interlocutores, quienes indican que este dispositivo es un lugar para que cada uno busque su bienestar; es decir, “pueda estar mejor” sea cual sea el estado de salud que esté atravesando. Al aclarar “-cuidado y autocuidado-” me refiero, entonces, a las dimensiones que adquiere ese bienestar en el campo: “cuidado” da cuenta aquí de lo colectivo de esa búsqueda de bienestar. Pese a que mayormente las terapias son individuales, se genera una dimensión colectiva que abordaré en los siguientes capítulos y que está estrechamente asociada a la noción de autocuidado, al lugar que ocupa uno mismo en sus procesos de salud-enfermedad-atención y a la relación con el propio cuerpo.

b. El espacio hospitalario: caracterizando el escenario de investigación

Este trabajo se sustenta en una investigación etnográfica dentro de un dispositivo de medicina integrativa en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el que focalizo las relaciones sociales, las prácticas, los sentidos y las sensaciones de las personas que lo habitan y que participan de las dinámicas que allí acontecen. De ahí

que esta tesis estudia esas dimensiones de manera situada, siguiendo los caminos en que éstas se espacializan y dialogan con la institución en la cual se desarrollan. Se trata, dicho de otro modo, de una etnografía de los devenires, de las líneas de fuga y, al mismo tiempo, de los enraizamientos y los diálogos que se desenvuelven en la vida cotidiana del personal y los usuarios. Por lo tanto, resulta necesario abordar el espacio hospitalario pues es la arena donde se disputan los sentidos y se tejen las relaciones interpersonales.

De manera global, puede afirmarse que los hospitales adquieren configuraciones singulares que están estrechamente relacionadas con las particularidades de cada sociedad (Finkler, 2004). Incluso, persiste el discurso que los caracteriza como “mundos aparte” de las sociedades, aunque equivalentes entre sí independientemente de los entornos concretos. Las primeras investigaciones provenientes de las ciencias sociales sobre estas instituciones, caracterizaron a los hospitales como “islas” (Cosser, 1962; Foster y Anderson, 1978; Goffman, 2001); es decir, comunidades relativamente autocontenidas con reglas y lógicas propias, separadas del día a día de la sociedad en que están insertas, moldeadas por la regulación espacial y temporal del discurso biomédico y vistas como “un estado de excepción” (Van der Geest y Finkler, 2004:1998, traducción propia). Estudios más recientes se han opuesto a esta primera lectura de los hospitales y resaltaron su configuración local (Finkler, 2004; Gibson, 2004; Van Amstel y Van der Geest, 2004), postulando que estas instituciones no sólo no son islas, sino que son una parte central de la sociedad y espacios idóneos para hallar “los valores y creencias de una cultura” (Van der Geest y Finkler, 2004:1996).

Estas dos lecturas sobre los hospitales coexisten y se imbrican con la representación social de estos espacios que los caracteriza como el escenario de “eventos dramáticos, divisiones sociales y culturales y dilemas morales que son presentados con el telón de fondo de la batalla de la medicina moderna entre la vida y la muerte” (Street y Coleman, 2012:5, traducción propia). Lo que está en juego es la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. Son, al mismo tiempo, espacios delimitados -cuyas fronteras pueden cerrarse de un momento a otro (White et Al., 2012)- y permeables a las problemáticas colectivas e individuales de la sociedad en que están insertos. Sin embargo, son más que sus dinámicas, son espacios habitados y constituidos a partir de relaciones entre diferentes actores, donde las lógicas macropolíticas asociadas a los enraizamientos del saber biomédico, a las burocracias, se vinculan con lógicas micropolíticas que flexibilizan el discurso oficial de la medicina, que otorgan marcos de posibilidad para el surgimiento de

prácticas y discursos, y que podrían ser vistos como marginales pero que son constitutivos (Good, 1994). El trabajo en salud, que Merhy (2021) caracteriza como “trabajo vivo” por involucrar los saberes, valores y la propia subjetividad de las personas que producen prácticas de cuidado, se desarrolla con niveles de autonomía e improvisación (Spinelli, 2010; Franco, 2006) que lejos están de ser hechos aislados; también, la circulación de discursos religiosos o espirituales (Norwood, 2006) y prácticas rituales son algo regular dentro de los hospitales, y hasta dentro de las propias lógicas de los profesionales biomédicos (Van der Geest, 2005; Comelles, 2002; Katz, 1981).

Ahora bien, me gustaría retomar este enfoque sobre el espacio hospitalario. Diversas investigaciones abordaron al hospital desde su dimensión espacial, su infraestructura (Street y Coleman, 2012; Street, 2012; Brown, 2011; Gesler, 1993), hallándola indispensable para poder dar cuenta de la complejidad de estas instituciones, cuya organización edilicia no sólo es la manifestación material de un ordenamiento de pacientes por condiciones de salud y de una disposición relativa a la temporalidad y la racionalidad científica impuesta por las prácticas biomédicas, sino también de las diversas configuraciones relacionales que allí se desarrollan.

Este énfasis en la dimensión espacial es un enfoque pertinente para analizar el escenario de esta investigación, puesto que el espacio se presentó como un ordenador de dinámicas y sentidos propios de Espacio Vital. No ahondaré en descripciones que tendrán lugar en los distintos capítulos, pero cabe aclarar que el Hospital Udaondo -como muchos otros de la Ciudad de Buenos Aires- refleja la organización arquitectónica por pabellones; un modelo surgido a finales del siglo XIX que delimita espacios edilicios destinados a internación y tratamiento, rodeados de áreas o “pulmones” verdes intrahospitalarias (Campari, 2019). Esta disposición responde a la idea de que el contacto con la naturaleza, así sea a través de su observación desde una ventana, es beneficioso para la salud y, en situaciones de internación hospitalaria, aportaría a la mejora y aceleraría la recuperación (Cáceres Guido et al., 2018; Maas et al., 2006; Ulrich, et al., 1991).

Más allá del discurso biomédico sobre la función de estos espacios y el lugar que ocupan incluso para otras prácticas sobre la salud no biomédicas, los espacios verdes - como veremos a lo largo del trabajo- son ponderados positivamente por pacientes y personal del hospital (Campari, 2019). Asimismo, adquieren un rol activo en diferentes actividades que se desarrollan en este escenario, constituyéndose en un factor relevante para las prácticas de cuidado, para las vivencias y búsqueda de bienestar (Campari, 2018).

Puesto en otros términos, forman parte de lo que Gesler (1992) denominó “paisajes terapéuticos”, noción que enfatiza el devenir de las relaciones sociales entre las personas y su ambiente, y que pone de relieve el nivel simbólico del espacio hospitalario como repositorio de memorias individuales y colectivas, lugares de afectividad y de familiaridad.

Llegado a este punto, es menester hacer una pausa y preguntar ¿de qué hablamos cuando hablamos de *espacio*? ¿Cuál es su importancia para esta investigación? Podemos rastrear la preocupación por esta dimensión en las ciencias sociales hasta los autores clásicos; Durkheim (1993) se posiciona en contra de la idea kantiana sobre que el espacio era algo homogéneo y no tenía utilidad alguna y plantea al espacio como dividido y diferenciado, producido socialmente en base al modelo de la organización social de cada grupo humano. El espacio para Durkheim y Mauss (1963) se presenta como una categoría de entendimiento. No obstante, estos autores marcan una división dicotómica entre espacio y sociedad, el espacio sigue siendo algo en sí mismo donde se ponen en juego objetos sociales y materiales (Prior, 1988).

Estudios posteriores comenzaron a deconstruir esta idea del espacio como una arena para los fenómenos sociales y se lo posicionó como un componente integral de la vida social (Gregory y Urry, 1985). En su estudio sobre la percepción, Merleau-Ponty (1993) aborda la relación de los cuerpos con el espacio, y afirma que el “espacio no es el medio contextual (real o lógico) dentro del cual las cosas están dispuestas, sino el medio gracias al cual es posible la disposición de las cosas” y afirma que “debemos pensarlo como el poder universal de sus conexiones” (1993: 258). Así, nos indica que los cuerpos no están en el espacio o el tiempo, sino que los cuerpos “habitan el espacio y el tiempo” (1993:156). Y esta idea de habitar es central, “habitar un espacio significa estar en él en forma activa, es decir, poner en ejecución ‘un hacer’ que guarda íntima relación con el lugar en el que se desarrolla” (Ludueña, 2006:140).

Más adelante, De Certeau propone un análisis detallado sobre esta dimensión, para lo cual plantea una diferenciación entre la categoría de *lugar* y la de *espacio*. En esta distinción, lugar refiere al ordenamiento de elementos, a una configuración de posiciones e implica estabilidad. Por su parte, el espacio es donde las movildades suceden, “hay espacio en cuanto se toman en consideración los vectores de dirección, las cantidades de velocidades y las variables de tiempo” (De Certeau, 2000:129). Las acciones, las prácticas, los devenires transforman al lugar en espacio. “El espacio es un lugar

practicado” (De Certeau, 2000:129), las materialidades espaciales, que son en sí mismas productos sociales, se transforman con las prácticas que allí acontecen.

Ahora bien, como he afirmado al comienzo de este apartado, esta investigación es sobre relaciones sociales, prácticas, sentidos y sensaciones que se desarrollan en estrecha relación con el espacio hospitalario. A lo largo del trabajo aparecerán referencias a las áreas verdes del hospital, a la configuración espacial, a las diferentes salas y pabellones, a los colores de las paredes, a la disposición de los objetos, y no lo harán por un mero afán descriptivo o un intento de lograr que el lector se sitúe en el escenario de investigación, sino que lo harán por ser componentes nodales para las dinámicas constitutivas de Espacio Vital.

Durante la investigación, el espacio -pensado siempre como un lugar practicado- emergió como un ordenador de sentidos y temporalidades. El hospital, delimitado y permeable, escenario de macro y micropolíticas, de movimientos y devenires, configura las formas en que las diferentes prácticas terapéuticas ofrecidas por EV se despliegan entre intersticios institucionales. Por este motivo, este trabajo busca reproducir en su estructura esa lógica espacial tan intrínseca para este dispositivo, intentando dar cuenta de esa imbricación co-constitutiva entre prácticas sociales y espacios (Ingold, 1995).

III. Estrategias metodológicas

En el prefacio de este escrito relaté un evento personal que me gusta pensar como un hecho fundante de esta investigación. Pero, para ser honesta con quien lea estas líneas, la semilla que la motivó venía germinando desde mi formación de grado en antropología social y, más lejos en el tiempo aún, desde mi primer contacto con el reiki en 2010, cuando en una larga y dolorosa recuperación de una cirugía de rodilla descubrí que existían otras prácticas y saberes posibles para abordar los procesos de salud-enfermedad-atención. Mucho tiempo pasó desde ese 2010 y, al comienzo de esta investigación no solo llevaba conmigo mi formación como antropóloga, sino también como reikista. Ambas trayectorias resultaron centrales para lograr el acceso al campo.

Una vez que decidí que mi interés era investigar la relación entre biomedicina y otras prácticas y saberes sobre la salud en hospitales o clínicas, supe que el abordaje etnográfico era el que me permitiría adentrarme en la complejidad de estas vinculaciones,

desde la perspectiva de quienes lo encarnaban día a día (Guber, 2006). El objetivo era formar parte de alguna agrupación que brindara terapias complementarias en estos espacios para lograr comprender las interrelaciones entre prácticas, sentidos y discursos que configuraban estas experiencias. Así, comencé la búsqueda en internet y hallé, a través de notas periodísticas, tres Hospitales Públicos de CABA en los que parecía haber áreas donde se ofrecían este tipo de terapias. Rápidamente descubrí que uno de ellos había cerrado dicha área, dirigida al tratamiento del dolor, unos años antes, lo que me dejaba únicamente con dos posibilidades de contacto. Buceando entre notas, páginas institucionales y gubernamentales, encontré dos correos electrónicos y allí envié un primer contacto, cual botellas arrojadas al mar, esperando obtener alguna respuesta.

Tres días más tarde, del correo de Espacio Vital recibí una escueta respuesta preguntándome cómo me había enterado de su existencia, lo cual había ocurrido por medio de la página del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). En esa ocasión, requirieron más información sobre mi incipiente investigación para ver si “era posible compatibilizarla con las actividades del espacio”. Luego de dos intercambios más por correo, recibí una invitación formal para entrevistarme en persona con Eugenia³, quien además de ser la persona que respondía los mensajes era la coordinadora. Allí fui, al miércoles siguiente, sin saber qué esperar.

Recorrí por primera vez los espacios que, no mucho después, serían mi escenario de cada semana. Cuando llegué al Pabellón C me recibió Eugenia, una mujer esbelta, de 40 años aproximadamente, sonrisa amable, pelo largo y ondulado, entre cano, piel blanquísima y ojos color avellana. Vestía una pollera larga, musculosa, y collares de colores debajo de un guardapolvo blanco. Una vez que estuvimos sentadas en la “pecera”, comenzó consultándome por mí, ¿cuál era mi historia? ¿por qué me interesaba la temática? Antes de asistir me había debatido sobre si informar mi carácter de antropóloga y reikista u optar por omitir esta segunda información, por temor a que fuera un obstáculo. Sin embargo, al iniciar la charla, fue imposible no referenciar mi trayectoria personal, lo cual fue recibido con gran entusiasmo: “ah, entonces ya entendés más o menos qué hacemos”. Luego de iniciada la investigación, la decisión de revelar mi formación como reikista me permitió acceder a conversaciones, relaciones y espacios con el equipo de reikistas que, de otra manera, no hubiera sido posible: “Vení, vos sos una de nosotros”

³ Los nombres de las personas que aparecen en este escrito son ficticios en todos los casos, con excepción del de Eugenia, coordinadora de EV, quien solicitó expresamente que se utilizara su nombre real.

“¿te quieres sumar a la rueda?”, “vos podés observar esto porque entendés, sino sería re aburrido”, fueron algunas de las frases provenientes de miembros de ese equipo a lo largo de la investigación. Esto, también, supuso el desafío de lograr que, aun siendo reikista, estén dispuestos a contarme o brindarme explicaciones sobre la práctica; no obstante, no hubo mayores problemas, porque si surgía un cuestionamiento al respecto, el mismo quedaba resuelto al responder que me interesaba saber cómo lo vivenciaban ellos o qué sentidos adquirirían sus experiencias particulares.

A continuación de las preguntas sobre mi trayectoria, Eugenia me brindó una caracterización inicial de lo que era Espacio Vital, de su rol en él y de su propia historia. En este recorrido, me comentó, se encontró trabajando con Silvia Citro y la red de “antropología del cuerpo” y tuvo experiencias con el trabajo de antropólogos en otro hospital público. Por este motivo es que le interesaba conocerme, porque tenía interés en sistematizar el trabajo que realizaban allí y consideraba que el “enfoque que tienen los antropólogos” era idóneo para poder dar cuenta de la dinámica de Espacio Vital. “Ya había pensado en buscar a alguien que estuviera interesado en venir y participar y me llegó tu correo, acá todo pasa por algo”, fue su dictamen en ese primer encuentro.

Desde ahí, todo “fluyó”, como dicen en EV, ese mismo día coordinamos cuáles iban a ser mis tareas, estaba dispuesta a darme acceso total a todo lo que allí sucedía, mientras que yo me comprometía en garantizar el anonimato de usuarios y terapeutas -no así el suyo y el del hospital-, y en producir un informe particular para el EV. Esto fue plasmado en un acuerdo firmado que estuvo avalado por el director de docencia e investigación del Hospital y por el decano de la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales. Este acuerdo contemplaba un período de investigación inicial de un año, que tendría como objetivo la realización de mi tesis de maestría y la posibilidad de extenderlo. Es preciso mencionar en este punto que los nombres de usuarios y terapeutas que se mencionarán en este escrito son de fantasía, con la única excepción del nombre de la coordinadora, Eugenia, quien solicitó explícitamente que se utilizara su nombre. Asimismo, el nombre del hospital es el real, y su utilización fue estipulada en el mencionado acuerdo. La investigación arrancó a finales del 2018 y concluyó en marzo de 2020 con la irrupción de la pandemia de COVID-19.

Al adentrarme en las lógicas del dispositivo, rápidamente me fue claro que se trataría de una investigación en profundidad en un solo lugar, dado que cada miércoles sólo podría sumarme a uno o dos grupos de terapeutas o de usuarios. Las actividades se

daban en simultáneo en diferentes áreas del hospital, por lo que era necesario seleccionar y organizar con quién iba a pasar cada miércoles para poder abarcar las múltiples formas de atención y de actores que conformaban esta experiencia. En un principio, decidí seguir a cada grupo de practicantes de reiki o reflexología por los servicios del hospital donde realizaban su práctica y en sus sesiones particulares en los consultorios del primer piso del Pabellón C, en los que Espacio Vital tenía asignado su lugar –y que describiré en el capítulo 1-. En estos recorridos, fui conociendo a las personas que brindaban sus servicios en este dispositivo y las historias de los pacientes que atendían, con quienes poco a poco forjé mis propias relaciones. Así, tuve la posibilidad de observar cómo se llevaban adelante sesiones de reiki y reflexología en salas de tratamientos ambulatorios o de internación y cómo sucedía en consultorios; también observé sesiones de osteopatía y de clases de “corporal”. Poco a poco, me iba adentrando en un mundo de sentidos, entendiendo cómo cada uno significaba sus prácticas y su labor en el hospital, y cómo todo esto era percibido por el personal de enfermería y médicos.

No pasó mucho tiempo cuando me vi ante la necesidad de involucrarme aún más, de prestarle atención a la dimensión corporal que se presentaba como central de la experiencia de Espacio Vital. Estaba ante un universo de sensaciones, de diálogos cuerpo a cuerpo que no podía comprender completamente sin experimentarlo, como me recordaban los practicantes semana a semana. Entonces, tomando la propuesta de Favret-Saada (2005) me dejé “afectar”; experimenté en carne propia sesiones de reflexología y reiki, participé en las clases de “corporal” y empecé a formar parte del grupo que regularmente asistía a esta clase, involucrándome en sus dinámicas internas. También realicé una sesión de osteopatía y tuve la oportunidad, con previo consentimiento de la paciente, de “sentir” con mis propias manos el flujo de los movimientos de su organismo, guiada paso a paso por una de las osteópatas. Entendí que, para poder comprender completamente este dispositivo, desde la perspectiva de los propios actores, el cuerpo debía ser mi punto de partida, mi instrumento de conocimiento, tal como propone Csordas (1990) con el paradigma del *embodiment*. Esta perspectiva plantea al cuerpo no ya como un objeto, sino como el sujeto de la cultura, el “terreno existencial” en que ésta se manifiesta. Así, nos lleva a pensar más allá de las dicotomías que contraponen mente y cuerpo, sujeto y objeto (Csordas, 1990), al igual que lo proponen todas las propuestas terapéuticas de Espacio Vital.

Con el avance de la investigación, los diferentes actores del campo fueron mostrando interés en la producción de conocimiento sobre lo que pasaba en Espacio Vital; habiendo, en su mayoría, recorrido otros hospitales, consideraban que lo que allí sucedía era novedoso y tenía algo de particular. Frente a esta situación propuse generar “Encuentros Reflexivos”, es decir, conversaciones colectivas que mantuve con los equipos de las distintas terapias, alrededor de temas y preguntas que circulaban entre ellos: ¿Qué es la salud y la enfermedad? ¿cuál es nuestro rol en el hospital? ¿qué es lo que hace tan especial a EV? Estos espacios de reflexión conjunta fueron pensados como instancias que permitieran “salir” de la dinámica cotidiana y generar vínculos entre los equipos terapéuticos, algo que era una preocupación de la Coordinación de EV en ese momento. La dinámica metodológica propuesta fue diseñada a partir de una herramienta propia de la perspectiva de investigación-acción participativa, los “diagnósticos participativos” (Sirvent, 1999), en los cuales el objetivo es, a partir de “tópicos de conversación”, promover una discusión horizontal entre los participantes. El rol del investigador es seguir el rumbo de la conversación y realizar nuevas preguntas para darle continuidad. Con esta herramienta, pude aproximarme al mundo de las representaciones que cada grupo tenía sobre su disciplina, sobre Espacio Vital y sobre su trabajo en el hospital, también salieron a relucir sus nociones sobre la salud y la enfermedad.

Con respecto a las perspectivas de los pacientes y usuarios de este dispositivo de medicina integrativa, a largo del relevamiento empírico tuve ocasión de registrar innumerables conversaciones informales, lo cual me dio acceso a un conocimiento valioso acerca de historias y narraciones sobre sus propios procesos de salud-enfermedad y atención. Así, logré generar una relación cotidiana de confianza y cercanía con aquellos que asistían regularmente al espacio; esto me permitió, llegando al final de la investigación, realizar entrevistas en profundidad con cada uno de ellos. En total, logré 6 entrevistas en profundidad, gracias a las cuales pude conocer en detalle sus historias y sus representaciones sobre el dispositivo.

Como método y como enfoque, la etnografía nos brinda la chance de conocer en detalle la perspectiva de las personas que conforman los grupos que buscamos estudiar (Guber, 2006). Asimismo, nos invita a dejarnos sorprender, a mantener una atención flotante y guiarnos por las dinámicas propias de cada espacio. A menudo, esto implica generar herramientas metodológicas híbridas y echar mano de recursos de investigación provenientes de distintas fuentes. Sobre todo, y como fue en este caso particular, nos

brinda el tiempo y la paciencia para mirar allí dónde, a priori, no habiéramos posado nuestra mirada. De esta forma, pude descubrir ese universo repleto de sentidos, de lenguajes corporales, constitutivo de la experiencia de Espacio Vital.

IV. Organización de la tesis

Como mencioné anteriormente, el espacio emergió como el ordenador de sentidos de las dinámicas del dispositivo de medicina integrativa que es el foco de este trabajo. De modo que la presentación del resultado de esta etnografía conduce al lector o lectora de estas líneas a transitar conmigo los intersticios del hospital, los pasillos y las salas, siguiendo las huellas de los recorridos propios de Espacio Vital. Esta decisión tiene el fin de plasmar aquello que allí sucede de la manera más fiel posible a la experiencia vivida de las personas que aparecerán a lo largo de estas páginas. Por lo tanto, en cada capítulo incursionaremos en un espacio físico singular dentro del hospital y en una de las prácticas terapéuticas que ofrece Espacio Vital, presentando a los diferentes actores y dinámicas a partir de reconstrucciones etnográficas. Debe notarse que no hay una jerarquía entre los capítulos; al contrario, si la secuencia lineal impuesta por el formato de lectura no lo impidiera, estarían organizados en paralelo y deberían leerse en simultáneo puesto esa es la modalidad en la que se desarrollan las actividades. Por esta razón, invito a pensarlos interrelacionados, como una trama que se construye en el ir y venir, como una cinta de Moebius.

En el primer capítulo nuestra referencia espacial es el hospital en su conjunto, porque nos adentramos en Espacio Vital como dispositivo de medicina integrativa y lo situamos en el contexto hospitalario. En este apartado presentaré su historia y la de su coordinadora, buscando mostrar la centralidad de su figura. Describiré las dinámicas y los actores que luego se profundizarán en cada capítulo y explicitaré, a partir de la voz de terapeutas y usuarios, qué es lo particular de esta experiencia. Además, ya en una clave más conceptual, propondré pensarlo como una micropolítica de bienestar que, a raíz del devenir de personas, situaciones y cosas, genera una “textura espiritual”, término que acuño inspirada en las lecturas de Deleuze y Guattari (2004), Ingold (2012) y Martin (2007).

El segundo capítulo nos llevará por los pasillos de Udaondo, hacia las salas de internación en “clínica médica”; recorreremos junto a los reikistas los intersticios del hospital y analizaré los procesos de negociación que suelen tener lugar con el equipo de enfermería. En especial, este último aspecto sacará a relucir esa “otra trama” (Mattingly, 1998) de la institución y sus actores. En adición, nos aproximaremos a las percepciones y vivencias de los usuarios y pacientes en torno al servicio ofrecido por Espacio Vital. Tomando como punto de partida la contundente afirmación de una paciente, “el hospital me cuida”, buscaré dar cuenta de por qué puede ser pensado como una micropolítica de bienestar –o sea, de cuidado y autocuidado-.

En el tercer capítulo el escenario será el “Hospital de día”, un área donde se realizan los tratamientos oncológicos y en la que nos encontraremos con el equipo de reflexología. El abordaje de las narrativas guiará la argumentación de este segmento, para conocer las trayectorias de las reflexólogas y entender por qué deciden ofrecer este servicio de manera gratuita en un hospital. También trataremos de comprender cómo se configura finalmente la complementariedad terapéutica, partiendo de las historias de los pacientes oncológicos que las reflexólogas atienden.

En el cuarto, y último capítulo, volveremos al comienzo y nuestro espacio será el primer piso del Pabellón C, donde se encuentran los consultorios de Espacio Vital y los lugares de reunión de terapeutas y usuarios. En un intento por seguir la perspectiva del *embodiment* (Csordas, 1990), buscaré plasmar en palabras experiencias que fueron corporales, sabiendo que difícilmente las descripciones permitan abarcar la totalidad de las vivencias; por eso, habrá contacto y escucha de fluidos con las osteópatas y movimientos individuales y grupales con la clase de “corporal”. Si en el capítulo 2 el eje será el cuidado, en éste será el autocuidado y el reconocimiento de la propia corporalidad.

Finalmente, en las conclusiones se retomarán las principales argumentaciones del trabajo, con el fin de plasmar de forma resumida sus interconexiones. Asimismo, buscaré dar cuenta, de manera pormenorizada, qué sucedió con Espacio Vital luego de concluida la investigación, señalando líneas de trabajo posible para continuar la indagación. También se buscará dar cuenta de las limitaciones de la investigación y las dimensiones que quedan por explorar en futuras instancias.

CAPÍTULO N°1

Dispositivo de Medicina Integrativa: Espacio Vital

El primer capítulo de una tesis se presenta como un desafío cargado de oportunidades, ¿por dónde empezar? ¿cuál es la mejor aproximación al tema? son preguntas que provocan desvelos a quienes encaramos estas micro odiseas. En este caso particular, al pensar en la mejor forma de plasmar la investigación que le da sustento a este trabajo, la imagen que se materializaba ante mis ojos era la de un cuerpo, un organismo vivo, con múltiples dimensiones y caminos que constituyen, en definitiva, una unidad. Podemos decir, y quien lea estas páginas lo descubrirá más adelante, que esta imagen primigenia es configurada por el propio campo y no es mi intención negarlo. Al contrario, tal como se verá en este capítulo, Espacio Vital (EV de ahora en más) es conformado y atravesado por distintas lógicas, cosmovisiones, relaciones de poder, saberes, entre actores individuales, colectivos, instituciones, objetos, espacios y sentidos. Sin embargo, hay algo que trasciende todo esto y, al mismo tiempo, surge de este entramado de relaciones. Este algo, que me atreveré a denominar “textura espiritual” y que postularé como aquello que es intrínseco y particular de EV, es del orden de los sentidos, de los diálogos sin palabras, de los gestos, las miradas cómplices, de todo eso que Favret-Saada (Zapata y Genovesi, 2013) menciona como del orden de lo sensorial y que saca a relucir la relevancia de los aromas y sonidos para la investigación etnográfica (Stoller, 1989).

Con la certeza de la importancia de esta dimensión que trasciende prácticas, dinámicas y actores, es que este primer capítulo tendrá por objetivo, en principio, contar la historia de este dispositivo⁴ de medicina integrativa, presentar a los actores - individuales, colectivos e institucionales- que lo conforman. Y, en segundo lugar, dar cuenta de aquello que une y trasciende a todo lo que sucede en el día a día de EV a través de las distintas voces de los actores y de los registros de ese orden sensorial. Así, como

⁴ “Dispositivo” se utiliza como término nativo que refiere al lugar que ocupa Espacio Vital dentro de la dinámica hospitalaria, tal como se trabajará a lo largo de este capítulo.

se indicó en la introducción, este recorrido comienza aquí con una foto panorámica, un abordaje desde lo general del dispositivo, para luego zambullirnos en los siguientes capítulos en la particularidad de sus espacios y dinámicas.

1.1 La historia de Espacio Vital y su inserción institucional

El *Udaondo*⁵ se alza imponente, con sus paredes de amarillo pálido sobre la Avenida Caseros en el corazón del barrio Parque Patricios. Desde la calle, entrando por el estacionamiento, solo basta un vistazo a sus cuatro pabellones independientes, identificados con grandes letras y separados por pulmones verdes con árboles que superan ampliamente la altura de los edificios, para saber que se está ante un Hospital con historias que contar. El hospital está conformado por cuatro edificios, denominados pabellones: mirando hacia la Avenida Caseros, se encuentra el pabellón A -el más antiguo-, el cual aloja el área de emergencias, áreas de diagnóstico e internación clínica. Este edificio se conecta por un puente cerrado en el primer piso con el B, en éste se ubican los consultorios externos y el área de cirugía. Para llegar a los pabellones C y D hay que ingresar por el estacionamiento, pasando por debajo del puente mencionado; éstos están enfrentados y divididos por un espacio verde, con un árbol de magnolia antiquísimo en el centro. El pabellón C está destinado al área de oncología y cuidados paliativos, mientras que en el D se encuentra el “Hospital de día” para tratamientos oncológicos y consultorios de salud mental.

Sus orígenes se remontan al año 1938, con la creación del Dispensario Público Nacional para Enfermedades del Aparato Digestivo, de la mano del Dr. Carlos Bonorino Udaondo (1884-1951) –a quien el hospital debe su nombre-. Casi 10 años después, con la ampliación de los conocimientos en gastroenterología en Argentina, el Dispensario pasó a ser el Instituto de Gastroenterología y, en 1947, se estableció en su ubicación actual de la calle Caseros. Su estructura edilicia se completó en 1982 con la anexión de un edificio vecino que anteriormente correspondía al Instituto de Cirugía Torácica y se constituyó como el Pabellón B⁶.

⁵ Forma coloquial que utiliza el personal del hospital, los pacientes, usuarios y terapeutas para referirse al Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorino Udaondo”.

⁶ <http://hospitaludaondo.org/nuestra.html>

¿Por qué incluir esta brevísima referencia histórico-espacial del Udaondo? Porque es allí, en el primer piso del Pabellón C, en un área inaugurada el 12 de noviembre de 2015 destinado a Cuidados Paliativos a cargo de Pallium Latinoamérica, que funciona Espacio Vital desde 2016 y es aquí donde inicia esta historia. Pallium es una asociación civil sin fines de lucro, cuya sede oficial es el primer piso del pabellón C del Hospital Udaondo. Su objetivo es la promoción de los cuidados paliativos y la asistencia a pacientes con enfermedades crónicas o en etapas avanzadas, desde una perspectiva del cuidado integral que busca acompañar a la persona enferma y su familia, brindando bienestar físico, psíquico y espiritual. Asimismo, esta asociación busca difundir el enfoque del cuidado, la importancia de una perspectiva comunitaria y del autocuidado⁷.

La restauración de este edificio se realizó con financiamiento externo y, una vez habilitado, se convirtió en el área de trabajo e investigación del equipo de Cuidados Paliativos del Hospital. El espacio cuenta con una habitación de internación equipada con camas y baño propio; un aula de usos múltiples que la asociación utiliza para clases y reuniones, una sala de reuniones de equipo más reducida, un consultorio individual y una oficina administrativa. Sumado a esto, hay un balcón exterior amplio con piso de madera que alberga una sala vidriada. Cabe destacar que, pese a que el área fue inaugurada en 2015 y tiene las instalaciones necesarias, la sala de internación no era utilizada para tal fin durante el período de la investigación, por no contar con el equipo de enfermería necesario para su habilitación y funcionamiento.

Al momento de iniciar el proyecto de restauración de este espacio físico, María Eugenia Caglio, coordinadora de EV desde su gestación, era miembro de Pallium en calidad de terapeuta ocupacional y fue consultada -según me comentó en una charla informal- sobre la organización espacial que debería tener esta área, para su adecuación a la lógica de la rehabilitación trabajada desde la asociación. Una vez concluidas las obras, el director de Pallium le ofreció la posibilidad de armar un dispositivo socio-terapéutico y ella propuso, en cambio, que sea de Medicina Integrativa, proyecto que sería aprobado y se materializaría con la creación de Espacio Vital en 2016. Por medicina integrativa se entendía, no sólo una perspectiva holística y de incorporación de otros saberes, sino como “un discurso diferente (...) que rescata un poco la voz de los pacientes desde otro lugar, los saberes, la cultura general de la gente, y propone pensar una medicina donde, a su vez,

⁷ Información recuperada de <https://www.pallium.com.ar/quienes-somos/> acceso 27 de febrero de 2022.

se busque evidencia de que sirvan otros modos de pensar la salud y la enfermedad” (Eugenia, entrevista, 11 de mayo de 2021).

Desde entonces, los días miércoles de cada semana, Espacio Vital cobra vida en el primer piso del Pabellón C del Udaondo y en distintos sectores del hospital que recorreremos juntos a lo largo de esta tesis⁸. Se constituye como un área de medicina integrativa que brinda distintas “terapias complementarias” -según la denominación en campo- y otras actividades con el fin de ofrecer un espacio de bienestar, donde pacientes, familiares, personal del hospital y comunidad en general -a quienes se denomina “usuarios”- puedan encontrar un camino para “estar mejor, cualquiera sea su situación de salud de base” (registro de campo, 03 de julio de 2019). Es importante destacar que se trata de un dispositivo, porque esto significa que no se constituye en un espacio de trabajo formal del hospital, cuya unidad mínima sería un equipo de trabajo (registro de campo, 9 de octubre de 2019), sino en una iniciativa de trabajo puntual. Esto redundaba en que su coordinadora no sea miembro de planta del hospital, sino que esté empleada por Pallium y que los distintos terapeutas y facilitadores de actividades realicen su labor en calidad de voluntarios, sin remuneración.

Ahora bien, para entender cómo un área de medicina integrativa, donde se brinda reiki, osteopatía y reflexología -entre otras actividades que profundizaremos en el apartado siguiente-, funciona en un hospital público, con la autorización de la dirección del mismo y teniendo acceso -casi- ilimitado para brindar sus servicios en las distintas áreas de internación y de tratamientos ambulatorios, es preciso abordar el lugar de la coordinadora de EV.

La relación intrínseca de Eugenia con EV la escuché en nuestras conversaciones informales y en las formales, la vivencié a lo largo de todo el trabajo de campo y la oí en boca de terapeutas y usuarios, quienes referenciaban su figura, siempre, al comienzo de cualquier alocución relacionada sobre EV: hablaban de su rol en la organización de los turnos, en “hacer que todo funcione”, en estar “al tanto de todo”, en “cuidarlos”, en ser el nexo entre ellos y el hospital, “no se puede hacer nada sin Eugenia”⁹. Ahora bien, elegir por dónde contar nuestra historia tiene algo de estrategia, de reinterpretación, de pensar

⁸ El funcionamiento de Espacio Vital, tal como es reflejado en este trabajo, comprende el período de investigación, entre noviembre de 2018 y abril de 2020. Con la irrupción de la pandemia de COVID-19, el funcionamiento de este dispositivo pasó a ser virtual y retomó sus actividades presenciales entre 2021 y 2022.

⁹ Citas extraídas de encuentros reflexivos: 24 de abril de 2019; 22 de mayo de 2019; 03 de julio de 2019.

quién es nuestro interlocutor. En suma, es un relato, una reconstrucción en constante transformación. Eugenia elige iniciar el relato sobre la trayectoria que la trajo hasta aquí, a ser coordinadora de EV, hablando de sus inicios en la danza y de su interés por todo lo relacionado a las “prácticas corporales” (entrevista, 11 de mayo 2021). Es una mujer de 40 años aproximadamente, pero puede ubicársela en esa categoría de personas a las que es muy difícil identificarles la edad; de sonrisa fácil, escucha atenta y andar pausado, aun cuando está con prisa; esbelta, con cabello castaño, largo y lacio, tez blanca. Su relación con las prácticas corporales desde su infancia la llevó a descubrir la terapia ocupacional; realizó su carrera en la Universidad Nacional de Buenos Aires y, luego de concluirla, optó por continuar su formación profesional en una residencia básica del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí comenzó a interesarse por el dolor crónico, por diferentes formas de abordar los procesos de rehabilitación. Al finalizar la residencia básica en Terapia Ocupacional, en un hospital general de agudos, donde fue jefa de residentes, prosiguió su trayectoria en una residencia pos-básica en cuidados paliativos. Interesada en continuar profundizando sus conocimientos en dolor, eligió esta especialización por su carácter interdisciplinario y por ser la “formación sistemática más cercana al tratamiento del dolor” con una “mirada humanista”. Realizó esta segunda residencia en el Hospital Tornú y se convirtió en la primera terapeuta ocupacional en ser jefa de residentes.

Las residencias de servicio de salud se caracterizan por ser programas de capacitación en servicio y formación profesional que se equiparan a una carrera de posgrado. En este marco, durante su residencia pos-básica, Eugenia comenzó a colaborar con Pallium Latinoamérica como docente en los cursos ofrecidos por la organización. Es preciso destacar los vínculos institucionales de esta nueva inserción: el director de Pallium Latinoamérica es, al mismo tiempo, coordinador de la residencia pos-básica en cuidados paliativos, con sede en el Hospital Tornú y en el Hospital Udaondo de CABA, en donde también es jefe del departamento de docencia e investigación.

Luego de concluir la jefatura de la residencia pos-básica en cuidados paliativos, Eugenia ingresó al equipo de Pallium como docente y como terapeuta para el equipo asistencial. Al mismo tiempo, empezó a sistematizar una forma propia de pensar la rehabilitación ligada a su trayectoria, más asociada a la dimensión corporal desde una perspectiva integral. Realizó cursos en distintas técnicas manuales como eutonía, tai-chi

y bioenergética¹⁰. Lo común de estas prácticas era su vínculo con el cuerpo y su perspectiva holística. Con todo, en el proceso de repensar una forma de atención que ligara las técnicas tradicionales de rehabilitación aprendidas en su formación como terapeuta ocupacional a estas otras perspectivas, se interesó por la medicina integrativa y la adoptó como enfoque en su quehacer profesional, “en esta mirada más holística, más integral y demás, imposible no estar asociada con la medicina integrativa” (entrevista, 11 de mayo 2021).

Así, en el momento en que le ofrecieron armar un espacio socio-terapéutico en el Hospital Udaondo, Eugenia encontró la posibilidad de poner en práctica aquello que venía trabajando de manera privada, siendo además un proyecto propio que ya había pensado para el Hospital Tornú pero que no pudo realizar¹¹: a saber, llevar adelante un dispositivo de “terapias de bienestar”. Esta iniciativa, también, le permitió plasmar su experiencia como coordinadora de equipos y ejercer un “liderazgo con habilidades blandas”, centrado en la escucha y en generar “sentido de pertenencia” en el grupo de trabajo. Esto último, veremos a lo largo del escrito, le ha sido sumamente difícil de conseguir por el carácter itinerante de los voluntarios y por la afiliación previa de éstos a otras asociaciones.

Como mencioné al inicio de este apartado, Eugenia fue quien propuso que este espacio sea de medicina integrativa y no un dispositivo socio-terapéutico como era la propuesta original de Pallium, que no contemplaba la incorporación de prácticas terapéuticas complementarias. Sumado a esto, fue quien decidió “demarcarse de los cuidados paliativos” (registro de campo 19 de diciembre de 2018) y brindar atención no sólo a pacientes que estuvieran atravesando enfermedades graves o terminales, sino también a familiares, otros pacientes, personal del hospital y miembros de la comunidad; en suma, a quién quiera que tomara conocimiento del espacio y solicitara asistencia. Así,

¹⁰ Las siguientes descripciones de las prácticas mencionadas buscan brindar una orientación no exhaustiva sobre las características generales de cada una de ellas:

Eutonia: “Es una disciplina corporal basada en la experiencia del propio cuerpo. Conduce a la persona hacia una toma de conciencia de sí misma y propone un aprendizaje para la regulación del tono muscular, adecuándolo a cualquier situación de la vida” <https://eutonia.org.ar/> Recuperado el 18 de febrero de 2022.

Tai-chi: “Es un arte marcial interno e integral cuyo principio fundamental es la suavidad: el practicante aprende a moverse de manera natural, relajada y fluida” <https://chinoargentina.org.ar/> Recuperado el 18 de febrero de 2022.

Bioenergética: “Es una terapia psicoterapéutica basada en el trabajo con el cuerpo (unidad funcional mente-cuerpo), creada por Alexander Lowen (1910-2008), médico psicoterapeuta” <http://www.bioenergetica.org.ar/> Recuperado el 18 de febrero de 2022.

¹¹ Las razones que imposibilitaron la concreción de proyecto resultan inciertas; sin embargo, la información que pude recoger de los dichos de Eugenia hace suponer que las causas obedecieron al cierre del área del dolor, espacio en que podría haberse desarrollado, por falta de fondos.

Eugenia se propuso orientar el trabajo de EV hacia una perspectiva de la rehabilitación basada en la comunidad, en la cual prima un enfoque de atención que brinda herramientas a las personas para que gestionen su propia salud y, al mismo tiempo, piensa a la comunidad como proveedora y responsable de la salud de todos sus miembros. Esto se traduce, en EV, en la premisa de generar un “lugar para estar mejor, sea cual sea la situación de salud de la cual se parta” (registro de campo, 9 de octubre de 2019).

Ahora bien, hasta acá hemos recorrido la historia de la coordinadora de Espacio Vital, dando cuenta de su rol preponderante en la gestación de este dispositivo y cómo éste se vincula con su trayectoria profesional. En este sentido, cabe remarcar que, en la cotidianeidad de la gestión de EV hay escasa retroalimentación entre la coordinadora y Pallium sobre lo que allí sucede, como tampoco hay comunicación cotidiana con el equipo de cuidados paliativos del Hospital pese a tener pacientes en común. No hay diálogo en relación con el proceso de atención o una planificación de la complementariedad entre procesos terapéuticos. Esta situación se evidenció a lo largo de todo el trabajo de campo y fue tema de largas conversaciones con Eugenia ¹² y con los voluntarios de EV, quienes expresaban sus dudas con respecto a la organización o al rol de Pallium al no tener relación directa con la asociación; en muchas oportunidades expresaron “no saber bien qué era Pallium”, ni conocer al equipo de cuidados paliativos. Esta dinámica está marcada desde el surgimiento del dispositivo; en palabras de Eugenia, “fue más que de algún modo yo tomé la propuesta, el espacio que era un espacio vacío y abierto a posibilidades y lo propuse en este sentido y fluyó, no tuvo ninguna objeción” (entrevista, 11 de mayo de 2021). En otra oportunidad, conversando con el equipo de voluntarios, expresó que le gustaría tener “más apoyo institucional (...) hay una escisión muy grande entre lo que pasa acá y el equipo de cuidados paliativos” (registro de campo, 19 de diciembre de 2018). En este sentido, tener más apoyo redundaría en una inserción mayor en el hospital, generar visibilidad en las acciones del dispositivo y alcanzar la complementariedad con los procesos de atención llevados adelante por el equipo de cuidados paliativos

¹² Si bien Espacio Vital contaba con aval institucional, la falta de interés desde Pallium sobre lo que allí sucedía, generaba incertidumbre sobre la continuidad del dispositivo a futuro. En varias charlas con Eugenia, surgió la posibilidad de escindir EV de Pallium -quizás perdiendo el nombre-, e insertarse como equipo en otra institución.

A lo largo del trabajo de campo tuve la oportunidad de conocer al director de Pallium. No pude entrevistarle por la irrupción de la pandemia del COVID-19, pero es quién me brindó su aval para realizar la investigación. Lo he cruzado en pasillos, tanto a él como al equipo de cuidados paliativos, pero solo asistió a uno de los eventos realizados desde Espacio Vital, una charla de medicina tibetana. En esa oportunidad explicitó el aval del hospital y la asociación para el evento y su compromiso con la medicina integrativa y el cuidado en el final de la vida (registro de campo, 8 de mayo de 2019). En conversaciones posteriores a este evento, Eugenia afirmó que esa había sido la única vez en que recibió el aval de manera pública. En el día a día de EV, ella afirma que considera esta no realimentación como la confirmación de que “estamos haciendo las cosas bien” y que “aunque no entiendan muy bien lo que hacemos, me dejan hacer” (registro de campo, 19 de diciembre de 2018).

Con respecto a la relación de EV con la gestión del hospital en sí misma -no así con sus trabajadores-, ésta se da a través de Pallium. Eugenia tuvo la posibilidad de presentar el dispositivo en el Ateneo de la institución en una oportunidad, pero no tiene diálogo directo con la dirección. Sí se encarga de comunicar sus actividades en ocasiones que sean pertinentes, como la organización de la Primer Jornada Saludable de EV, en la cual se ocuparon los espacios verdes del hospital para brindar reiki y reflexología al aire libre y difundir el dispositivo.

Con todo, Espacio Vital funciona semanalmente los días miércoles, porque es el día que Pallium le da a Eugenia para desarrollar este dispositivo especialmente. Ella, como pudimos observar, es la piedra angular por la cual esta propuesta está activa desde 2016 y, como veremos más adelante con el relato de situaciones concretas, es quien busca nuevas propuestas continuamente, intenta consolidar un equipo de voluntarios estable y comprometido con una visión común del rol del dispositivo. En el rol de Eugenia, su relación con Pallium, la autonomía con la que desarrolla este dispositivo, podemos empezar a vislumbrar las características de este dispositivo que nos permiten pensarlo como una micropolítica de bienestar -cuidado y autocuidado-. Tal como se mencionó en la introducción, el trabajo en los servicios de salud se caracteriza por la gran autonomía del personal de la salud en las micro decisiones que requieren sus tareas cotidianas y por tratarse de un tipo de labor que implica el involucramiento subjetivo de quienes la realizan, un “trabajo vivo” (Merhy, 2021; Spinelli, 2010). Es por este motivo que diversos autores proponen pensar el trabajo en salud dentro de una dimensión

molecular/micropolítica (Camargo Macruz, 2014; Franco, 2006), donde las acciones cotidianas de los diferentes actores operan en los intersticios de la macropolítica de las decisiones institucionales. En este sentido, como veremos a lo largo de todo el trabajo, Espacio Vital opera en esa dimensión micropolítica con características propias que le otorgan su singularidad dentro del hospital y del trabajo en salud.

1.1.1 Terapias complementarias: servicios y dinámicas cotidianas en EV

En el período en que se realizó esta investigación¹³, en EV se ofrecían semanalmente reiki, reflexología, osteopatía fluido-energética y una clase de trabajo corporal -denominada “corporal” por los actores en campo-. Junto a estas actividades regulares, durante esa misma etapa se realizaron los siguientes eventos especiales: charlas sobre medicina ayurvédica, medicina tibetana, medicina integrativa, clase de Tai-Chi y la realización de la Primera Jornada Saludable de EV. Sin embargo, las actividades y terapias complementarias brindadas en este espacio no son las mismas desde el comienzo. Inició ofreciendo reiki, tres talleres de memoria, tejido y maquillaje, clases de canto, tangoterapia y las clases de corporal. También contó con la participación de una payamédica que asistía al “Hospital de Día” con pacientes ambulatorios que recibían medicación oncológica. Con el tiempo, los talleres fueron dando paso a las actividades de carácter regular ya mencionadas, el servicio de osteopatía fluido-energética se sumó en 2017, mientras que el equipo de reflexología lo hizo en 2018.

Esta variación de prácticas está estrechamente relacionada a la condición de voluntarios de quienes las brindan y al período acotado de tiempo en que EV ofrece sus servicios, los días miércoles de 10 a 17hs. Estas dos características configuran en EV una dinámica particular, las actividades pueden estar un tiempo y luego dar paso a otras nuevas, los equipos de las distintas terapias complementarias se van actualizando. En el transcurso de la investigación, los equipos de reiki y reflexología cambiaron completamente sus voluntarios. De esta manera, 11 mujeres de entre 27 y 65 años formaron parte del equipo de reflexología en distintos momentos; 15 mujeres de entre 25 y 65 años participaron del equipo de reiki, más 3 hombres de entre 45 y 70 años. Por su parte, el equipo de osteopatía fluido-energética estaba conformado por Pilar de 35 años y Mónica de 65, siendo las únicas dos voluntarias que permanecieron en EV durante toda

¹³ Entre noviembre de 2018 y marzo de 2020.

la investigación. Esta breve caracterización nos permite afirmar que, casi la totalidad del equipo de EV estaba compuesto por mujeres. En los capítulos siguientes, donde se abordará a cada uno de los grupos, veremos sus procesos de transformación y las motivaciones de las voluntarias para ofrecer sus terapias de manera gratuita en el Hospital.

En este punto, cabe señalar que tanto el equipo de reikistas como el de reflexología pertenecían en un comienzo a otras asociaciones civiles. Los reikistas provenían de “Reiki en Hospitales” y las reflexólogas de la “Escuela de Reflexología”¹⁴. Estas dos asociaciones nucleaban practicantes de ambas disciplinas y brindaban servicio en distintas instituciones de salud, tanto en hospitales como en otros ámbitos. Abordaré estos procesos y algunas disputas a las que asistí durante la investigación en los capítulos correspondientes a cada una de estas terapias, pero cabe destacar que, al finalizar el trabajo de campo, EV contaba con un equipo propio de reikistas y con reflexólogas no asociadas a ninguna otra organización.

Ahora bien, la forma de atención de EV adquiere dos modalidades bien marcadas que presentan sus particularidades en cada una de las actividades. Por un lado, en el primer piso del Pabellón C se ofrecen con turno previo sesiones individuales de osteopatía y reflexología; sesiones individuales de reiki por orden de llegada, de 14 a 16hs. y clases grupales de “corporal” a las 14hs. En todos los casos en los que se requiere turno, los mismos son organizados exclusivamente por Eugenia y ella hace un seguimiento personalizado de las necesidades de cada persona que llega, sugiriéndole itinerarios terapéuticos adecuados a la situación particular. En osteopatía fluido-energética, los procesos de atención pueden constar de varias sesiones y los usuarios regulares coordinan sus turnos con las osteópatas, pero éstos están sujetos a la confirmación final de la coordinadora que lleva la agenda de cada servicio. En el caso de la clase de corporal, quien la brinda es la propia Eugenia y, si bien el horario es fijo, se hace un seguimiento por grupo de Whatsapp de los asistentes regulares. En el capítulo 4 veremos que este grupo es central para la construcción de un tipo de socialización y acompañamiento específico que se da en esta clase.

La segunda modalidad de atención es el motivo por el que muchos voluntarios de reiki y reflexología toman la decisión de realizar sus terapias en este hospital. Estos dos

¹⁴ Los nombres de las asociaciones fueron modificados para este escrito, al no ser los espacios de realización de la investigación, ni contar con acuerdos que permitan la mención de las denominaciones reales.

grupos de voluntarios tienen la posibilidad de ir “a sala”, es decir, brindar reiki o reflexología en el “hospital de día” a los pacientes mientras están recibiendo medicación oncológica, y en las salas de internación a quienes están alojados por distintas patologías o recuperándose de una intervención quirúrgica. En el caso de reflexología realizan su terapia principalmente en el Hospital de día y en la sala de internación general para mujeres denominada “clínica médica”. Esto sucede porque el equipo de reflexólogas nunca superó las 5 voluntarias en el mismo período y las sesiones de reflexología duran aproximadamente 20 minutos, por lo cual deben distribuirse en los diferentes espacios y no les alcanza el tiempo dentro de su horario de atención -de 10 a 12:30hs- para abarcar más pacientes en otras áreas.

Por su parte, los reikistas desarrollan sus actividades por la tarde a partir de las 14hs. En ese horario suele haber muy pocos pacientes en el hospital de día, la medicación oncológica se recibe en este espacio por vía intravenosa y todo el proceso puede demorar entre 2 y 6hs, por lo que la mayoría de los pacientes toman turnos por la mañana. Por este motivo, el recorrido del equipo de reikistas inicia en esta sección del hospital y luego van a “clínica médica mujeres”, “clínica médica hombre” y a las salas de cirugía. No siempre llegan a cubrir todas las salas, esto depende de la cantidad de pacientes y familiares que soliciten reiki durante el trayecto. Las características de atención del grupo de reikistas permite que puedan brindar la terapia a una mayor cantidad de pacientes en estos recorridos; las sesiones duran 10 minutos y el equipo de voluntarios oscila entre 7 y 16, dependiendo del día. En el capítulo 2 veremos en profundidad las dinámicas de este grupo.

Me gustaría detenerme en este punto. La dinámica de “ir a sala” -como le dicen los voluntarios-, es decir, tener la posibilidad de encontrarse con pacientes en salas de internación o tratamientos ambulatorios, poder interactuar con ellos y brindarles una “terapia complementaria” durante su internación o estancia ambulatoria, no es algo que suceda regularmente en otros hospitales de CABA de esta misma manera. Diversos trabajos realizados en ámbitos hospitalarios de la ciudad (Saizar, 2019; Bordes y Saizar, 2014; Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013) dan cuenta de que la forma de inserción habitual de las terapias complementarias en estas instituciones suele ser a través de un servicio particular, por la iniciativa de algún profesional biomédico específico o en espacios socio-terapéuticos particulares. Esto implica que, en esos casos, la iniciativa de llevar adelante estas terapias en hospitales no suele contar con aval institucional, como sí

es el caso de EV -con sus particularidades y negociaciones-, y esto redundante en que no suelen tener libre acceso para atender a pacientes internados o ambulatorios. Sobre este tópico en particular, muchos voluntarios de EV que son, al mismo tiempo, voluntarios en otros hospitales, comentan lo siguiente:

Acá tenemos acceso a casi todas las áreas del Hospital... eso en otros espacios no pasa (Patricia, reikista, encuentro reflexivo, 22 de mayo de 2019).

este espacio es perfecto en todo sentido, porque nosotros podemos venir, manifestarnos, nos dan la oportunidad de estar en contacto con los pacientes... y estamos libres, en el sentido de que tenemos la elección de ir a la sala que no todos los lugares te dejan (Laura, reikista, encuentro reflexivo, 12 de junio de 2019).

Acá podemos atender pacientes, podemos ir a sala, yo estoy en el Hospital B y ahí no tenemos contacto con pacientes, atendemos a las psicólogas, en una salita de dos por dos (Sandra, reikista, encuentro reflexivo, 12 de junio de 2019).

Acá tenemos este espacio divino, tenemos luz, un lugar para tener nuestras cosas... yo en el Hospital C, estoy escondida en una salita que parece un armario, no puedo guardar nada porque no es nuestra, nos la prestan si está libre (Sara, reflexóloga, registro de campo, 02 de enero de 2019).

Con todo, podemos decir que esta modalidad de atención, que se presenta como particular y constitutiva de EV, se ha conformado no sólo por la aceptación institucional del dispositivo, sino por un entramado de negociaciones con trabajadores del hospital, enfermeras principalmente, que está sujeto a un constante proceso de reactualización. Tanto la coordinadora como el equipo de reikistas que estuvo desde el comienzo de la propuesta, recuerdan ese período como un momento de dificultad, donde tuvieron que hacerse conocer y dar cuenta del aval institucional en cada área para poder brindar las terapias. “Tuvimos que ir abriendo espacios”, me comentó en una oportunidad Patricia, una de las coordinadoras del primer equipo de reiki. “Acá estamos hace dos años y fuimos generando una relación con enfermeras y médicos [...] pero hace un tiempo tuvimos un problema con la jefa de enfermeras en clínica médica que ya se resolvió, pero bueno” (Registro de campo, 22/05/2019). Abordaré estas negociaciones en profundidad en los siguientes capítulos, pero aquí es preciso mencionar que esta dinámica de inserción de EV en el Hospital, que se dirige con personas particulares en ámbitos específicos, está relacionada con la dinámica del trabajo en servicios de salud. Como vimos en la introducción, no es posible pensar a este hospital -y a ninguno- como una entidad homogénea, sino que son organizaciones complejas, plurales, con múltiples dimensiones, lógicas laborales, interrelación de disciplinas y saberes y tensiones intersectoriales por la

gestión. El propio trabajo en salud es un “trabajo vivo” (Merhy, 2021) que involucra saberes, valores y la propia subjetividad de quienes lo llevan adelante, desarrollándose con cierta autonomía e improvisación (Spinelli, 2010; Franco, 2006); y es allí, en ese nivel microsociedad, en la interacción específica entre actores concretos, donde se dirimen los accesos efectivos a estas “otras” terapias.

Ahora bien, hasta acá he referenciado en líneas generales cada una de las actividades que lleva adelante EV y sus modalidades de atención. Es posible comenzar a bosquejar quiénes son los actores individuales y colectivos de este campo. Por un lado, tenemos a Eugenia, la coordinadora y artífice del dispositivo; Pallium Latinoamérica como la institución que presenta el marco de posibilidad para que estas actividades se desarrollen en este hospital particular, a partir de los vínculos profesionales de su director; las dos asociaciones que nuclean practicantes de reiki y reflexología, Reiki en Hospitales y la Escuela de Reflexología; los grupos de reikistas, reflexólogas y osteópatas; los trabajadores sanitarios, dentro de los que se destacan las enfermeras de las salas -frente a la ausencia de interacción con médicos- y los usuarios de este dispositivo. Dentro de este último grupo, encontramos a pacientes del hospital, familiares, público general -que suele reducirse a personas que viven en las cercanías del hospital- y trabajadores -enfermeras, principalmente, médicos y radiólogos-.

En los capítulos siguientes abordaré cada una de las terapias regulares que brinda el espacio, al tiempo que intentaré dar cuenta de las dinámicas, relaciones entre terapias, negociaciones con otros actores y de las características de los ya mencionados. Sin embargo, antes de adentrarnos aún más en EV, es preciso resaltar que la interacción con los profesionales biomédicos es escasa. De hecho, un comentario jocoso recurrente entre los terapeutas es que “parece un hospital sin médicos”; todo lo que sucede en EV discurre en aquella dimensión del hospital donde los médicos no son protagonistas, donde la temporalidad es más pausada (Mattingly, 1998), la dimensión del cuidado, de la supervisión de la medicación, del simplemente “estar” allí en calidad de paciente internado o ambulatorio, donde los profesionales de la salud que llevan adelante las intervenciones y supervisan son, principalmente, las enfermeras. A lo largo de la investigación he registrado interacciones con médicos que no pasan del saludo formal o el comentario “al pasar”; pero no hay vínculo ni interacción entre quienes dirigen los cursos de acción de los tratamientos biomédicos a los que se someten los pacientes, y quienes intervienen en sus procesos de salud-enfermedad-atención desde las terapias

complementarias. Frente a esto, cabe preguntarse por la particularidad de Espacio Vital y su accionar en esa “otra trama” del hospital¹⁵. En el próximo apartado nos adentraremos en una dimensión sensorial que nos brindará respuestas a esta pregunta.

1.2 “Acá pasa algo, es como magia”: entre sonidos, colores y magnolias

Al poco tiempo de iniciada la investigación, cuando ya había construido un vínculo estrecho con todos los miembros del equipo, quienes me consideraban “una más”. Cuando las enfermeras comenzaron a saludarme en los pasillos y comentarme situaciones de la cotidianeidad y cuando me encontré sumergida en la práctica de saludar con abrazos a los usuarios regulares, siempre dispuestos a charlar conmigo entre sus sesiones, empecé percibir los matices de una dinámica propia de EV. Hasta ese momento, podía dar cuenta de que había algo de índole sensorial; se trataba de un modo de interacción particular entre todos los actores que formaban parte de EV, en cualquier rol que asumieran y que se manifestaba en encuentros pausados, atentos. Una dinámica que incluía no sólo el intercambio entre personas, sino la vinculación con espacios físicos, con sonidos y olores que atravesaban y permeaban a EV como un todo. Esa percepción inicial me llevó a considerar la importancia de los sentidos que suelen quedar por fuera en las investigaciones etnográficas (Stoller, 1989), tales como la audición y el olfato que se presentaban como necesarios para abarcar aquello que estaba vivenciando. Considerar la dimensión sensorial me permitió comprender de manera integral a EV en tanto fenómeno social, llegando a intersticios donde la comunicación y la construcción de sentidos no era con palabras (Howe, 2014). Así, esta perspectiva me llevó a preguntarme y a preguntar entre terapeutas y usuarios, ¿qué es lo particular de EV? ¿qué es eso que pareciera unir la diversidad de prácticas, de espacios, de personas y conformar lo que parecía configurar una suerte de unidad?

Esta “unidad” se manifiesta bajo la forma de un proceso, un *fluir*, un conjunto de *cosas* en movimiento (Ingold, 2012) en el curso diario de Espacio Vital. Cuando sus actividades se inician los miércoles por la mañana, los espacios se pueblan de sonidos, olores, sonrisas y escuchas atentas que se entrelazan con colores, mensajes de aliento

¹⁵ Comentario de Eugenia en registro de campo, 09 de enero de 2019.

plasmados en las paredes y plantas, muchas plantas. Si alguien, con mirada atenta, se abstraiera del trajín cotidiano de este espacio tan plural, diera cuenta de este entramado y osara seguirlo, podría atravesar el jardín central del hospital donde -probablemente- se quedaría atónito unos segundos ante la imponentia de un árbol antiquísimo en el centro, una magnolia cuyas hojas superan por mucho el alto de los edificios. Si se encontrara en los primeros días de octubre, también se vería invadido por el olor de esas flores blancas, más grandes que la palma de una mano. Pasado este breve trance, nuestro observador anónimo podría dar cuenta de los detalles de este “pulmón verde”, más plantas, bancos para sentarse y murales coloridos en las paredes. Luego, el recorrido lo llevaría a atravesar la puerta del Pabellón D, subir las amplias escaleras de caracol de mármol y, atraído por la luz clara que entra por las ventanas, se podría ver tentado a ingresar al Hospital de Día (ver figura 1).

Una vez adentro se vería inmerso en una melodía armoniosa, una mezcla de sonidos dados por el trinar de los pájaros, el correr del agua y el tintineo de algunas campanas. Rápidamente, esta sonoridad se entrelazaría con palabras que salen de la televisión, colgada en medio de la sala. Esta distracción le permitiría mirar a su alrededor: una sala con 12 sillones individuales, grandes, reclinables, de cuerina verde petróleo; algunos de ellos ocupados por personas de distintas edades, cuya similitud pasa por estar conectados a una vía intravenosa a máquinas con pequeñas bolsitas de líquido colgando. Pero, en vez de detenerse en estas personas es probable que nuestro observador se viera obnubilado por la luz natural que ingresa por las grandes ventanas que rodean al recinto, en las paredes se pueden ver *mandalas* de colores vivos, pintados a lápiz y acompañados de frases tales como “Paz interior – Disfrute – Relajación – Calma, todo está bien, hoy hay paz en tu corazón”; también es posible ver cuadros de pinceladas en tonos pastel. Ajustando su observación podría dar cuenta que hay dos mujeres, sentadas delante de los sillones, masajeando los pies de algunas de las personas que los ocupan, quienes se recuestan con almohadillas de semillas en los ojos; detectaría que el sonido armonioso proviene del celular de una de estas dos mujeres. Si se atreviera a entablar conversación, tendría la oportunidad de charlar con Sandra, la jefa de enfermería de aquel lugar, quien le diría que los *mandalas* fueron pintados por pacientes, en una actividad realizada hace ya un tiempo largo por Espacio Vital; contaría -orgullosa- que los cuadros color pastel los pintaron ellas -las enfermeras- cuando se remodeló este espacio en 2016, porque pensaron que era necesario que el lugar fuera acogedor.

Pero, algo llamaría a nuestro observador para que reinicie el recorrido. Dejando el pabellón D podría encaminarse al pabellón A, allí es probable que la humedad en las paredes, la oscuridad de los pasillos y el ruido del ir y venir de personas, lo distrajera de su observación. Si lograra recomponerse, hallaría la estrechísima y empinada escalera caracol que lo conduciría al tercer piso; donde el camino lo guiaría hasta la clínica médica mujeres y se encontraría con habitaciones grupales, con mujeres acostadas en camas individuales. Nuevamente, no sabría por qué su percepción lo trajo hasta aquí, pero en una de las salas reconocería a otra de estas mujeres, masajeando los pies de una paciente, con música armoniosa y entablando una conversación sobre la necesidad de relajarse para poder recuperar la fuerza del cuerpo. La conversación se entrelazaría con un aroma dulzón, floral, proveniente de los aceites con que se realizan los masajes.

Luego, desandaría sus pasos, volvería a admirar la magnolia y, escogiendo el camino de su izquierda ingresaría al pabellón C. Ahí, en el primer piso se abriría ante él un espacio silencioso, vacío, meticulosamente decorado y cuidado, cuadros de colores pasteles pintados a mano, plantas de interior, paredes de un blanco impoluto con un sillón y dos sillas antiguas recuperadas. En este primer espacio se encontraría con dos puertas cerradas, en la primera de ellas vería un cartel: “Consultorio de Osteopatía, no golpee, aguarde a ser atendido”. Pero, seguramente, nuestro observador se vería atraído por la puerta frente a ésta, la cual se abre a un imponente balcón-terraza con vistas a la magnolia, restaurado con piso de madera y ocupado por más de 100 plantas de diferentes variedades. Allí vería a Patricia, encargada de la limpieza de este pabellón, y para quien esas plantas son su devoción y siempre está dispuesta a hablar largamente sobre ellas y hasta regalar algún gajito. Coronando el balcón-terraza se alza un jardín de invierno, una sala compuesta por paredes vidriadas y amoblada con una mesa blanca, sillas celestes, un colchón-sillón con almohadones tejidos y más cuadros de colores pasteles. Tanto los almohadones como los cuadros son obra de distintos talleres realizados al comienzo de Espacio Vital.

Atravesando el jardín de invierno, nuestro observador ingresa a una nueva sala blanquísima con camillas divididas por grandes cortinas. En este espacio prístino la luz tenue de una lámpara de sal tiñe todo de un color rosado, sumado a un aroma dulzón que inunda el espacio. Allí, podría verse tentado a quedarse escuchando la conversación entre dos mujeres, una de ellas recostada en una camilla, mientras la otra apoya sus manos alrededor de su cabeza hablando bajito con los ojos cerrados. Pero la situación sería

demasiado íntima y optaría por continuar su recorrido, al salir de esta habitación un pasillo lo llevaría a un nuevo espacio con un sillón, cuadros y plantas. Desde allí podría vislumbrar otra sala, donde un grupo de 5 personas se mueven lentamente por el espacio, contorsionando sus cuerpos, sonriendo, siguiendo una música suave y las palabras de una mujer esbelta que guía el movimiento.

Pese a estar tentado a sumarse a la lenta danza, la percepción lo llevaría al primer espacio de este pabellón. Allí encontraría congregadas a unas 8 personas, hombres y mujeres, haciendo una rueda *mawashi*¹⁶; posicionados en una ronda uno al lado del otro, cada uno con la mano derecha a su costado con la palma arriba y la izquierda con la palma para abajo, ambas conectando con las manos del que está al lado. Todos tendrían los ojos cerrados y se escucharía a uno de ellos decir: “nos conectamos con la alquimia mágica, la energía cósmica y la energía terrenal”. Pasados unos minutos, todos romperían la ronda y se oírían algunos suaves “gracias, gracias, *namasté*”. Luego de este encuentro, podría seguir a este grupo de personas a quienes acompañaría a recorrer los espacios ya visitados; en estos lugares pondrían música nuevamente y se congregarían alrededor de pacientes, enfermeras y acompañantes, pidiéndoles suavemente que cierren los ojos y se relajen para luego posicionar sus manos en distintas partes del cuerpo. En su recorrido, este grupo iría dejando un rastro de aromas -dulzones, florales, cítricos- como una estela posible de seguir.¹⁷

¹⁶ La rueda *mawashi*, círculo de reiki o rueda de reiki, es una técnica japonesa para realizar reiki en forma grupal. <https://www.reikiactivo.com/reiki/tecnicas/tecnicas-de-reiki-tradicional-japones/mawashi-reiki> Recuperado el 21 de julio de 2021.

¹⁷ Los párrafos precedentes son una reconstrucción etnográfica basada en diversos registros de campo, las citas literales fueron extraídas de los registros de campo del 21/11/2018 y 10/04/2018.

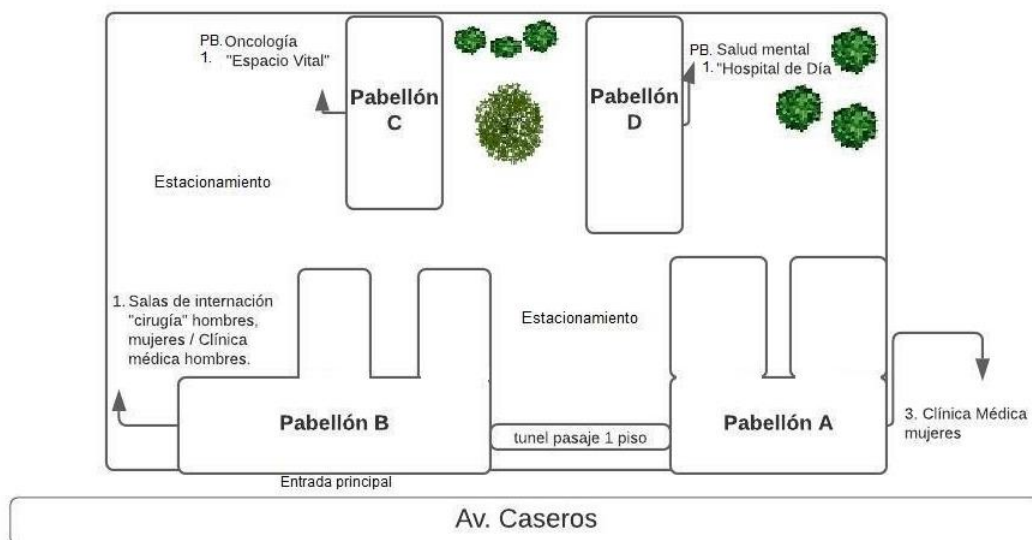


Figura nº 1: Plano del Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo"

Fuente: elaboración propia

Los colores, espacios, olores y demás sensaciones que aparecen dando cuerpo a una sensorialidad que caracteriza la atmósfera y la experiencia vivida en EV, representan una de las dimensiones de esa dinámica que estoy intentando plasmar; la otra dimensión, que cierra el círculo de esa experiencia que se pretende integral, consiste en los discursos de la coordinadora, los terapeutas y los usuarios sobre EV en torno a "eso que pasa". Así, la coordinadora, frente a situaciones que encuentra difíciles de explicar, tales como la llegada de algún terapeuta en un momento de necesidad del EV sin tener conexión previa alguna o la existencia misma de este dispositivo en un Hospital Público, plantea que están relacionadas con "la magia que fluye acá" (registro de campo, 19/12/2018). En otras oportunidades, "eso que pasa" se queda en el ámbito de lo *no dicho*, pero expresado con miradas y sonrisas cómplices o referenciado como "eso que circula", "lo que hace que todo funcione acá". Significarlo como "magia" es algo que también hacen los terapeutas:

Lo que pasa acá es esa magia... y la verdad es que es vivenciarla... es estar dentro de esa magia, no hay una explicación, hay algo... la energía de grupo, algo que acompaña a todos juntos (Marcela, reikista, encuentro reflexivo 12/06/2019).

A mí me pasaron cosas con dos pacientes acá en el hospital que hasta yo pienso wow...es magia (Mónica, osteópata, encuentro reflexivo, 24/04/2019).

(Espacio Vital) Es la sumatoria de todos los que trabajamos en él, la energía de todos lo hace "tan especial, tan mágico", una energía que circula y une a los que estamos en sala con los que están acá (Claudia, reikista, encuentro reflexivo 22/05/2019).

En este sentido, la palabra magia viene a dar cuenta de lo que no es posible explicar en palabras, algo que “todos saben” pero que no tiene traducción en un lenguaje hablado, aunque sí en el de los gestos y las sonrisas cómplices. Por otro lado, la referencia al espacio físico, las plantas, los sonidos, los aromas es expresada tanto por terapeutas como por usuarios a la hora de hablar sobre la particularidad de Espacio Vital. Josefina, una usuaria esporádica, relata su llegada al lugar como algo “extraño”, vio un cartel pegado en una farmacia y, al llegar a EV, se encontró un cuadro con un colibrí que es su “animal favorito, es un mensajero”. Asimismo, indica, “acá también hay algo, no sé, las plantas, hay muy buena onda” (registro de campo 23/10/2019). Por su parte, Marita, una usuaria regular de todas las terapias, cuenta que “esto no lo vi en ningún lado lo que pasa en Espacio Vital”, sumado a esto menciona las interacciones que se dan, “hay muy buena sociabilidad con todos, inclusive con la chica que atiende las plantas” e indica la importancia del espacio físico: “el lugar es precioso y eso atrae mucho (...) no parece que fuera parte del hospital” (entrevista, 25/09/2019). De la misma manera, Julieta, que es usuaria de EV desde el primer año y, además, paciente oncológica del hospital decía lo siguiente:

vos entras acá, a esta parte y te das cuenta que hay un buen ambiente y buena onda, y eso que he venido los días de lluvia, viste que son re tristes. (...) Y aparte te querés quedar, no te querés ir. Igual todo el hospital tiene buena energía, a pesar de todo, menos el pabellón aquel que no me gusta (hace referencia al Pabellón A) (Entrevista, 11/12/2019).

Más adelante en la charla, relacionó esta dimensión con el tratamiento biomédico que llevaba adelante:

es el mismo síntoma igual eh, pero vos ves más iluminado, eh... las paredes más lindas, hay cuadros colores, hay más espacio y es - lo tomás distinto aparte ahora por ejemplo vienen las chicas no sé si ahora estarán haciendo reflexología a los pacientes (Entrevista, 11/12/2019).

En este mismo sentido, los terapeutas reflexionan sobre la importancia de estas dimensiones:

Espacio vital es un “hogar”, una casa donde los pacientes vienen a reencontrarse consigo mismos y aprender a sanar de la mano de profesionales que los acompañan (Carlos, reikista, encuentro reflexivo 22/05/2019).

El lugar nos hace a nosotras, nosotras hacemos el lugar y el espacio, dónde vayamos se genera algo... (Bety, reflexóloga, encuentro reflexivo 03/07/2019).

Espacio vital es el espacio físico, es cómodo para trabajar, hay cordialidad, hay armonía. Está a nuestro servicio, es un lugar de pertenencia. El rol de la coordinadora que se preocupa porque tengamos todos los materiales y nos permite poner música, perfumes, lámparas de sal (Juliana, reflexóloga, encuentro reflexivo 03/07/2019).

Tengo la esperanza de que, luego de las descripciones precedentes, el lector se haga una idea de esta dimensión, algo difusa, que estuve tratando de seguir en estas líneas. Si bien, como vimos, los distintos actores que componen EV dan cuenta de su existencia, no encuentran palabras para significarlo, parecería entrar “en el ámbito de lo inefable, de lo que solo puede ser sentido, vivido en carne -y alma- propia, algo que los excede y que, por su naturaleza, no puede ser desvirtuado por las palabras” (Martin, 2007:41). En el apartado siguiente, intentaré significar esto, relacionándolo con una categoría que, si bien no apareció hasta este momento, es intrínseca a lo que sucede en EV: “espiritualidad”.

1.3 Eso *no dicho*: la espiritualidad situada

Hay algo que se conforma en el devenir de todo aquello que se mencionó en el apartado anterior que puede ser ligado a la idea de espiritualidad. No obstante, abordar esta noción se presenta como una tarea titánica, se han derramado ríos de tinta en el intento de significarla, caracterizarla, otorgarle un lugar en el mundo de lo social y dotarla de los sentidos necesarios para que funcione como categoría de entendimiento¹⁸. Pareciera imposible de asir, de seguirle el rastro, al tiempo que aparece en marcos sociales heterogéneos. Por tanto, no es objetivo de esta tesis intentar definir qué es o no es la *espiritualidad*, sino entender cómo este concepto opera en las prácticas y discursos situados (Toniol, 2017) de Espacio Vital y se vincula con esa dimensión sensorial que hemos intentado plasmar en estas páginas. Siguiendo a Asad (2001) -tal como hicieron Giumbelli (2011) y Toniol (2017, 2018)- en su observación sobre la religión como categoría, se entiende que toda definición de la espiritualidad es un acto, es decir, que la misma es definida en contextos específicos, sociales e históricos por personas que tienen motivaciones múltiples para significarla de tal o cual manera.

¹⁸ Para una introducción a las diferentes aristas de esta discusión, véase: Veer, 2009; Giumbelli, 2011; Ammerman, 2013; Huss, 2014; Giumbelli y Toniol, 2017; Toniol, 2018; Clot-Garrel y Griera, 2019, entre muchos otros.

Entonces, ¿qué relación tiene la espiritualidad con esa dimensión sensorial que se abordó en el apartado anterior y con la experiencia que constituye EV? Podemos decir que, desde las cosmovisiones que las sustentan, las terapias complementarias/alternativas que brinda Espacio Vital están ligadas al “marco interpretativo”¹⁹ de la *Nueva Era* (Carozzi, 1999); es decir, a las ideas de búsqueda de bienestar, autoconocimiento, equilibrio y autosanación, y a una noción subyacente de energía o fuerza vital (Viotti, 2018) que es posible pensar como una “expresión de lo sagrado” (Idoyaga Molina, 2015: 31). No obstante, nada de esto es plasmado al momento concreto de brindar atención a los *usuarios*. En estas situaciones, las terapias son asociadas a sus posibles injerencias inmediatas en el bienestar, sin hacer referencia alguna a la idea de energía y, mucho menos, espiritualidad: “es una terapia natural que los ayuda a relajarse”; “son unos masajitos que lo ayudan a relajarse”; “es el hipotálamo, este punto que te toco, ahora te masajeo acá y se van a liberar endorfinas y te vas a sentir mejor” (Registro de campo, 14/11/18). Podemos afirmar que, en este caso, las terapeutas reconfiguran sus prácticas para adaptarlas al contexto hospitalario, basadas en sus experiencias –particulares y colectivas- de trabajo en ámbitos similares (Bordes y Saizar, 2018) y a la insistencia de la coordinación de EV sobre el carácter complementario de su tarea. La noción de “identidades precautorias” acuñada por Wright (2008) para referir a las estrategias simbólicas de presentación social de las religiones periféricas en la esfera pública, nos permite pensar estas maneras de referir a las diferentes terapias como un enmascaramiento o reinterpretación de sus relaciones con la espiritualidad para todos aquellos que no las practiquen. Un ejemplo concreto lo brindó la propia coordinación de EV que, al comentarles la tarea realizada por éste a los pacientes oncológicos, indicó que el objetivo del espacio es brindar diferentes terapias complementarias con el fin de “optimizar” los tratamientos médicos, las “terapias farmacológicas”. Continuó diciéndoles, que esto es “otro lado”, es decir, es algo por fuera del tratamiento biomédico, es tratar de armonizar, de estar un poquito mejor sea cual sea la situación en la que se está. “La salud es un círculo, uno tiene que estar bien para ayudar al otro” afirmó, y retomó la idea de que esto -las terapias de EV- ayuda en la “búsqueda del bienestar” que,

¹⁹ De acuerdo con María Julia Carozzi, el concepto de marco interpretativo “designa esquemas de interpretación u se define por su función orientadora y organizadora de la experiencia” (1999:21). Es decir, “un esquema de interpretación que simplifica y condensa el “mundo allí afuera” mediante la selectiva puntuación y codificación de objetos, situaciones, eventos, experiencias y secuencias de acciones que se encuentran en el medio donde uno está presente” (Snow y Benford, 1992 en Carozzi, 1999)

partiendo del escalón que se parta, siempre se puede estar un poco mejor (Registro de campo, 03/07/2019).

Ahora bien, considerando esto, cabe preguntarse si basta con que el reiki, la reflexología y la osteopatía bioenergética puedan estar asociadas al ámbito de *lo espiritual* por sus orígenes y los sentidos que le atribuyen sus practicantes para hablar de espiritualidad en el trabajo realizado en Espacio Vital y cuál es la vivencia de los usuarios acerca de esta dimensión cuando sólo se les habla de relajación, armonización, equilibrio y bienestar. Para dar respuesta a estos cuestionamientos y considerando la dimensión sensorial ya referida, considero que *lo espiritual* de Espacio Vital no puede ser buscado solo en las interacciones específicas entre terapeutas y usuarios, ni en las cosmovisiones que sustentan las terapias, ni en las representaciones de los usuarios; sino que es posible hallarlo en el conjunto de todo eso, más el espacio físico, las charlas al pasar que se dan en él, y el conglomerado de los aromas y sonidos que colaboran en la creación de una atmósfera singular. Este ambiente puede asociarse a lo que Martín (2007a) denominó como “textura sagrada” al hablar de la religiosidad popular, la cual apuntaría a una dimensión diferencial del mundo-habitado que se expresa por los actores en actos concretos, en prácticas de sacralización.

Las prácticas de sacralización, entonces, no vienen a designar una institución, una esfera o un sistema de símbolos, sino heterogeneidades reconocibles en un proceso social continuo en un mundo significativo, y por ello, no "extraordinario" ni radicalmente otro. Texturas diferenciales, heterogeneidades reconocibles que activan en momentos específicos y/o espacios determinados (Martin, 2007a:49).

Esta conceptualización nos permite pensar -pese a la diferencia de los contextos analizados- en lo que sucede en EV, en ese “algo”, esa “magia” que es imposible abordar desde una experiencia individual de la espiritualidad, pero que resuena con la idea de lo trascendental colectivo, social (Ammerman, 2013). En este sentido, propongo pensar esa totalidad en tanto conjunto de interrelaciones entre personas, espacios, objetos y sensaciones, como una *textura espiritual* que es intrínseca a Espacio Vital al tiempo que lo distingue del resto de las áreas del Hospital Udaondo y se cuela entre los intersticios institucionales a partir de los recorridos de sus terapeutas. Sostengo que es una dimensión que sólo se hace visible si se atiende al devenir de las *cosas* que la componen (Ingold, 2012), de las “materias-flujo” (Deleuze y Guattari, 2004 en Ingold, 2012); es decir, los sucesos, los hilos vitales que, sin necesidad de conectarse, conforman un entramado, una malla, una textura (Ingold, 2012). Así, la espiritualidad en EV atraviesa las

individualidades de terapeutas y usuarios y, al mismo tiempo, transforma el mundo-habitado del Udaondo en momentos concretos, en días particulares, en prácticas específicas.

En la introducción de este trabajo postulé que EV podía ser considerado como una micropolítica de bienestar -de cuidado y autocuidado-. Sumo a esta afirmación que lo particular de esa micropolítica es la generación de esta textura espiritual que transforma al espacio hospitalario en momentos concretos a través de los itinerarios de los actores y de la circulación de aromas, gestos y sonidos. Aquí cabe reafirmar que se piensa a la micropolítica como un conjunto de acciones concretas en un contexto determinado, que abren paso a un “proceso de singularización” (Guattari y Rolnik, 2006), es decir, un proceso social objetivo que se desprende de un estrato de resonancia, de discusiones teóricas, de nuevas formas de pensar algo ya instituido y da lugar a la puesta en práctica de esas discusiones. En este caso particular, se trata de acciones tendientes al cuidado, de prácticas terapéuticas no biomédicas, llevadas adelante dentro de un hospital público, por un grupo de terapeutas, con el fin de brindar bienestar a pacientes en diferentes estadios de sus procesos de salud-enfermedad. Acciones enmarcadas en un dispositivo de atención, Espacio Vital, que busca poner en ejercicio una manera de concebir la relación entre la biomedicina y otras prácticas terapéuticas, la medicina integrativa. Así, en este entramado, se abre un marco de posibilidad para la vivencia de otras formas de experimentar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y la búsqueda individual y colectiva de bienestar.

Con esta unidad, esta textura espiritual que conforma EV como punto de partida, en los próximos capítulos nos adentraremos en esas dinámicas cotidianas mencionadas al pasar hasta ahora. Seguiremos cada una de las prácticas terapéuticas a través de los distintos espacios del hospital, conoceremos los equipos y los diferentes actores que habitan este entramado, y las negociaciones y disputas que allí se dirimen.

CAPÍTULO N°2

“El hospital me cuida”: reiki entre negociaciones y cuidados

Sólo por hoy
No te enojés
No te preocupes
Sé agradecido
Trabaja diligentemente
Sé amable con los demás
5 principios del Reiki Usui

2.1 Siguiendo las huellas de Espacio Vital: Clínica médica y cirugía

Es miércoles a las 14hs y me dirijo al primer piso del pabellón C. Subo unas amplias escaleras caracol y se abre ante mí un espacio tranquilo, meticulosamente decorado y cuidado -cuadros de colores pasteles pintados a mano, plantas de interior, paredes de un blanco impoluto-, con un sillón y dos sillas antiguas recuperadas. La primera puerta tiene un cartel que dice “Consultorio de Osteopatía, no golpee, aguarde a ser atendido”; a través de la ventana se ve una luz tenue que me indica que hay una sesión en curso. La siguiente puerta pertenece a la oficina administrativa del área de Cuidados Paliativos. Del otro lado, una puerta me lleva a un imponente balcón-terraza, restaurado con piso de madera y ocupado por más de 100 plantas de diferentes variedades, las cuales son obra y orgullo de Patricia, la encargada de limpieza del Pabellón C. Coronando el espacio, se alza un “jardín de invierno” (ver figura 2) compuesto por paredes vidriadas y amoblado con una mesa blanca, sillas celestes, un colchón-sillón con almohadones tejidos y cuadros de colores pasteles, estos almohadones fueron confeccionados por pacientes en un curso de tejido que se brindó en los comienzos de EV.

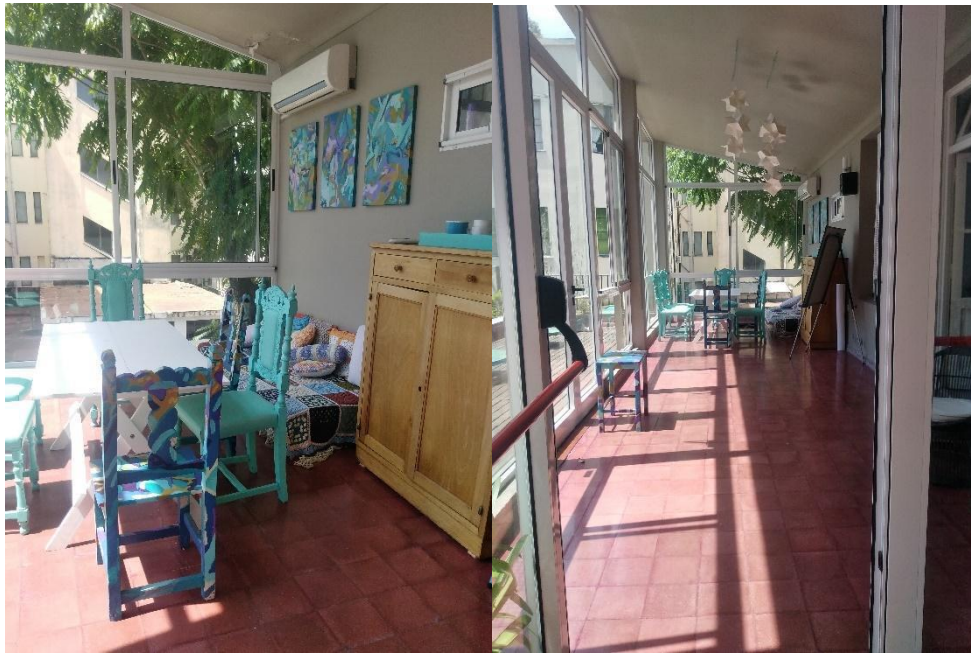


Figura nº 2: Imágenes del “jardín de invierno” ubicado en el Pabellón C del hospital

Fuente: www.pallium.com.ar Recuperado el 24 de noviembre del 2019

Desde este espacio se puede acceder a un consultorio, una sala grande dividida en cuatro por cortinas de tela. De un lado hay 3 camas de internación completas, sin usar; del otro están las dos camillas que las osteópatas utilizan en el turno mañana y las reflexólogas en el turno tarde. Salgo por la segunda puerta de este consultorio y camino por un pasillo interno, paso por una segunda sala de espera que está adelante del consultorio de Cuidados Paliativos y cuenta con una amplia ventana, un sillón de dos cuerpos, mesa ratona y un mueble con juegos de mesa, también hay un cuadro de gran tamaño, de colores grises y negros, pintado y regalado por un ex paciente. Enfrente hay un aula grande que Pallium utiliza para reuniones de equipo y donde Espacio Vital brinda para sus clases de “corporal”²⁰, en este momento está vacía. Sigo avanzando hasta la entrada del pabellón y veo un pequeño grupo de gente congregada, todos vestidos con una remera blanca por encima de la ropa, con un logo violeta de manos entrelazadas que indica “Reiki en Hospitales”, son el equipo de reikistas de Espacio Vital. En esta oportunidad, están Juan, el coordinador del equipo del Hospital Udaondo, de 45 años, y Alfredo, de 73 años, uno de los socios fundadores de la organización. Junto con ellos, están Graciela, Luciana, Adela, Lucrecia, Josefina, de entre 40 y 60 años. Todos se

²⁰ Esta actividad se abordará en el capítulo cuatro.

preparan para salir “a sala” pero antes, se reúnen en el consultorio para hacer una rueda “*mawashi*”²¹, se colocan en ronda y me invitan a participar; cada uno con la mano derecha a su costado con la palma arriba y la izquierda con la palma para abajo, ambas conectando con las manos del que está al lado. Cerramos los ojos, Juan dice “nos conectamos con la alquimia mágica, la energía cósmica y la energía terrenal” (registro de campo, 10/04/2018); pasados unos minutos todos empiezan a romper la ronda y se escuchan algunos suaves “gracias, gracias, *namasté*”.

Concluido este breve ritual de inicio de jornada, acompaño al equipo en su recorrido habitual por el hospital. Por su parte, Alfredo se queda en el consultorio para atender a los usuarios eventuales que pudieran llegar. Iniciamos el recorrido en el Hospital de Día, donde se administra la medicación oncológica, en este horario solo quedan tres pacientes cada uno con un acompañante. El equipo ingresa y Julieta toma la palabra, les pregunta a todos los presentes si quieren recibir reiki, indicando “somos de ‘Reiki en Hospitales’, reiki es una terapia natural que los ayuda a relajarse y es totalmente gratuito, son 10 minutos” (registro de campo, 26/06/2019). Dos de los pacientes y sus acompañantes aceptan, Julieta se acerca con una planilla y les pregunta su nombre, edad y si alguna vez recibieron reiki. Luego, los reikistas se acercan de a dos por persona para realizar la sesión, se bajan las luces y se coloca música suave, con sonido de olas, pájaros y campanas, similar a la usada por las reflexólogas en el turno mañana. Por cada persona que va a recibir la sesión, un reikista se acerca al oído y susurrando le dice “ahora vamos a cerrar los ojos, intentar relajarnos, dejar la mente en blanco”. Cabe destacar que no necesariamente cada reikista utiliza exactamente la misma frase para iniciar la sesión, pero sí una de características semejantes apelando a la relajación y ausencia de pensamientos. A continuación, los dos reikistas apoyan sus manos en diferentes partes del cuerpo del paciente -cabeza, frente, cuello, pecho, abdomen, espalda alta y baja, rodillas, pies, cambiando la ubicación después de aproximadamente un minuto. Pasados 10 minutos, los reikistas retiran las manos y uno de ellos se acerca nuevamente al oído del usuario, “lentamente vuelvo al cuerpo, empiezo movimientos con las manos, pies cabeza” (registro de campo, 26/06/2019). Una vez que todos terminan, se apaga la música y

²¹ La rueda *mawashi*, círculo de reiki o rueda de reiki, es una técnica japonesa para realizar reiki en forma grupal.

<https://www.reikiactivo.com/reiki/tecnicas/tecnicas-de-reiki-tradicional-japones/mawashi-reiki>

Recuperado el 21 de julio de 2021.

encienden las luces; quienes recibieron reiki agradecen efusivamente. El equipo se reagrupa, se acercan a la planilla donde cada uno plasma sensaciones que tuvieron sobre la persona que atendieron, escriben “muy nerviosa/tensión/bloqueo en chackra 1/relajada/se liberó”. Julieta se retira un poco del grupo y comienza a sacudirse los brazos y agitar las manos, “para limpiar la energía”, me dice; el resto del equipo realiza movimientos similares y se colocan esencias de olores florales en las manos. Luego, todos van a una habitación contigua con Mariana, la enfermera del turno tarde y proceden a pasarle reiki todos juntos, el procedimiento es idéntico al realizado a los otros usuarios. Lo hacen de esta manera porque ya tienen un vínculo con ella y, al ser una sola, cuentan con el tiempo para dedicárselo enteramente. Cuando alguien del equipo está atravesando alguna situación personal, también realizan sesiones grupales.

Cuando salimos del Hospital de Día, el camino nos lleva al Pabellón A, atravesamos un segundo pulmón verde del Hospital e ingresamos por la puerta de acceso interna. El contraste de este edificio con el que acabamos de dejar y el Pabellón C es notable, ya no se ve un espacio cuidado, sino unos pasillos antiguos, derruidos, humedad en paredes y techo, con mucha gente yendo y viniendo. Nos dirigimos al tercer piso por una estrechísima escalera, dado que hay una fila larga en el ascensor. Al girar a la derecha, una hoja de papel sobre una puerta de madera indica el ingreso a “clínica médica mujeres”, al entrar se abre ante mis ojos un pasillo ancho, a mi izquierda se encuentra una sala vacía y a mi derecha la sala de enfermeras. Saludamos a Natalia, una de las enfermeras del sector que también es usuaria de Espacio Vital, y ella se apresura a decirles a los reikistas que habló “con la paciente de la 306, que hoy Josefina volvió temprano y ya está en la 307 y que la señora de la 309 está con muchos dolores”. Avanzamos hacia las habitaciones y el equipo se divide, 4 reikistas entran a una habitación y el resto a otra; esta área está destinada a internación para mujeres, hay 4 habitaciones con entre 4 y 5 camas cada una, separadas por biombos en la mayoría de los casos, a excepción de la habitación más grande -en la que acabamos de entrar- que es doble y cuenta con 5 camas, las dos primeras están divididas por un panel, pero las tres restantes están colocadas una sobre cada pared sin separación alguna. Cada cama tiene una pequeña mesita al costado y cada habitación cuenta con una televisión colgada.

Cuando ingresamos a la estancia, las reikistas proceden a ofrecer reiki de la misma manera que en el área de oncología y consiguen la aceptación de, al menos, una paciente

por habitación, incluidas aquellas mencionadas por Natalia. Luego de haber completado todas las habitaciones, nos internamos en los laberintos del Hospital y, después de atravesar un largo pasillo luminoso con grandes ventanales, llegamos al sector de cirugía. Primero ingresamos en “Cirugía mujeres”, donde se abre ante nosotras un corredor que lleva a 8 habitaciones de entre 4 y seis camas cada una, sin ninguna división. Ni bien entramos, viene una chica joven caminando con el suero y les dice, “¿ustedes son las de reiki? Yo quiero”. Algunas de las reikistas entran a la habitación con ella y otras van a la siguiente, donde una paciente les dice “ay, yo estaba esperando que entren, sí, sí quiero” (registro de campo, 14/11/2018). En el resto de las habitaciones hacen lo mismo.

Al finalizar, nos dirigimos a las salas de “Clínica médica hombres” y “Cirugía hombres” en los cuales el equipo utiliza la misma estrategia. En el último sector, entro en una de las habitaciones con Juan, Graciela, Luciana, Adela y Lucrecia, al momento en que uno de los pacientes acepta la sesión entra un médico, de aproximadamente 35 años. Si bien el médico no realiza ningún comentario, ante su presencia, Juan le dice al grupo, “vamos, dejemos trabajar a los médicos” y proceden todos a salir de la habitación disculpándose apresuradamente. Cuando salimos, me dice que “la prioridad la tienen siempre los médicos, así que si tienen que hacer algo nosotros nos vamos” (registro de campo, 14/11/2018). Después de esta situación, cuando el resto del equipo termina en las otras habitaciones, nos dirigimos nuevamente al Pabellón C donde comparten una merienda para cerrar la jornada, mientras contabilizan la cantidad de pacientes atendidos ese día, sumando un total de 31 sesiones de reiki. Veremos en los siguientes apartados que esta relación con los médicos responde a las experiencias pasadas de los reikistas en otros servicios de salud, que configuran las estrategias de inserción en este tipo de espacios institucionales, las cuales priorizan el habitar los intersticios del hospital, la trama donde lo central son las prácticas de cuidado cotidianas y no los diagnósticos y prescripciones de tratamiento.

2.2 Reiki: reconfiguraciones discursivas, estrategias de permanencia

En este apartado nos adentraremos en las particularidades del reiki y del equipo que lo lleva adelante en el hospital, en los recorridos e historias de sus practicantes, daremos cuenta del rol clave de las enfermeras del hospital para la inserción de EV en las diferentes áreas de internación, y cómo los pacientes vivencian y significan el poder contar con este servicio mientras están internados atravesando alguna situación de salud.

El origen del reiki está documentado a finales del siglo XIX, en Japón, asociado a la figura de su “descubridor” Mikao Usui²²; su popularización en Occidente se dio en el marco del movimiento *New Age*, para luego pasar a formar parte de las denominadas medicinas alternativas y complementarias (CAM, en sus siglas en inglés) categorizadas y reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005). Reiki es la traducción de los caracteres en japonés y significa *energía vital universal*, describiendo *rei* lo universal, el aspecto ilimitado de esa energía y *ki* la fuerza vital que fluye a través de todas las cosas. La práctica implica la invocación y transferencia de esa energía, a través de un practicante iniciado en esta disciplina -reikista- que oficia de canal, hacia otra persona, animal, vegetal u objeto, con el fin de equilibrar la energía de éste, pudiendo, según esta cosmovisión, ayudar a sanar su cuerpo físico y mental. Para llevar a cabo la práctica, el reikista invoca a esta fuerza vital y esboza una serie de símbolos que son celosamente cuidados por los practicantes, para luego imponer sus manos en diversos puntos -preestablecidos por la disciplina- del cuerpo del paciente por un determinado lapso de tiempo que, en las vertientes más tradicionales, es de 3 minutos por punto (véase figura 3). Así, el reiki forma parte de aquellas prácticas terapéuticas que afirman la existencia de una energía universal sanadora (McGuire, 1993; Idoyaga Molina, 2005; Viotti, 2018). De igual modo, comparte con la reflexología y con la osteopatía fluido-energética, la concepción de que la “individualidad mente-cuerpo-espíritu tiene capacidades naturales de auto-sanación, las cuales necesitan ser desarrolladas, reforzadas o desbloqueadas” (McGuire, 1993:150). En esta línea, quienes adoptan este principio en

²² Las versiones sobre su origen son varias, pero hay consenso en considerar a Mikao Usui (1865-1926) como aquel que, en un estado de meditación profunda, recibió los *símbolos* que permiten la transmisión de *energía vital*. El mito alrededor de este momento originario y hechos posteriores que dieron forma a la práctica también tiene múltiples versiones, a las que no se hará referencia por no ser central para las significaciones que el equipo de reikistas de EV le otorga a su práctica. Para más información, ver: Miles, 2003 y Stein, 2004 o <http://www.usuireiki-ogm.com/>

el reiki piensan que las enfermedades o padecimientos son expresiones de desequilibrios energéticos que podrían ser equilibrados por la *energía vital*; sin embargo, afirman que “la energía es sabia” y esto no necesariamente debe redundar en una “mejoría” en el caso de una enfermedad, sino que puede, por ejemplo, acelerar un fallecimiento y hacer que éste no sea un proceso agónico.

Las sesiones de reiki en el consultorio de Espacio Vital en el pabellón C se dan en una sala individual ocupada únicamente por una camilla, un mueble y una lámpara con luz cálida. La duración de las sesiones en esta sala es de entre 20 y 30 minutos -lo cual difiere drásticamente del tiempo que se destina a esta práctica en las salas de internación que, tal como vimos, es solo de 10 minutos por paciente-. Inician con una brevísima conversación con el usuario²³, donde se le explica qué es una “terapia natural que ayuda a relajarse” y no se consulta en profundidad por las motivaciones de la persona para solicitar la práctica, es decir, no se busca ahondar en el por qué están allí. Luego, se le pide que se recueste boca arriba en una camilla, sin calzado, y se le informa que pueden sentir el apoyo de las manos en diferentes partes del cuerpo y que, a la mitad del procedimiento, se les pedirá que se coloquen boca abajo. A continuación, se apagan las luces, quedando únicamente la lámpara encendida y se coloca música suave, con sonidos de agua, pájaros o instrumentos de viento. Con la persona ya en la camilla, el reikista le pide en susurros que cierre los ojos e intente “relajarse, poner la mente en blanco, si un pensamiento viene agradecerle y dejar que se vaya”. En la siguiente media hora que dura la sesión no se da interacción verbal alguna, el reikista primero pasa las manos por encima del cuerpo del usuario, sin tocarlo, haciendo un movimiento de “limpieza” que busca eliminar residuos energéticos. Acto seguido hace movimientos rápidos con las manos en el aire de manera casi imperceptible, y coloca ambas manos encima de la cara de la persona -intentando no hacer contacto-; con estos movimientos “dibuja” en el aire los símbolos sagrados²⁴ necesarios para canalizar la *energía vital*, esto puede hacerlo sin

²³ Cabe recordar aquí que “usuarios” es la categoría nativa que se utiliza en Espacio Vital para referir a quienes participan de las diferentes actividades, independientemente de si son pacientes del hospital, personal, acompañantes o público general.

²⁴ En el mito de origen del reiki Usui -que es la rama del reiki más extendida en Buenos Aires y la practicada por todos los actores de este campo- Mikao Usui, en una búsqueda por hallar nuevas formas de sanación, subió al Monte Kurama en Japón donde, luego de realizar 21 días de ayuno y meditación, recibió de parte de unos seres de luz una serie de símbolos que le permitirían canalizar la energía universal para sanar. Estos símbolos son el centro de la formación de los y las reikistas (Saizar, 2005).

necesidad de expresar los movimientos en el aire; en el hospital, eligen no mostrarlo para “no llamar la atención” o hacerlo únicamente si el usuario no los está observando. La reconfiguración de los aspectos “visibles” de las diferentes prácticas, es una de las características de EV, en tanto micropolítica en el marco de un hospital, veremos esto en profundidad en el apartado siguiente.

A continuación, cada 2 o 3 minutos el reikista cambia las manos de posición -pasa por el resto de la cabeza, el cuello, la boca del estómago, la ingle y, luego, le pide que se gire lentamente y pone sus manos en 4 posiciones distintas a lo largo de la espalda. En total, suelen ser 12 posiciones en cabeza, espalda y torso y, a veces, también colocan sus manos sobre los pies y rodillas llegando a un total de 16 posiciones (ver figura n° 3).

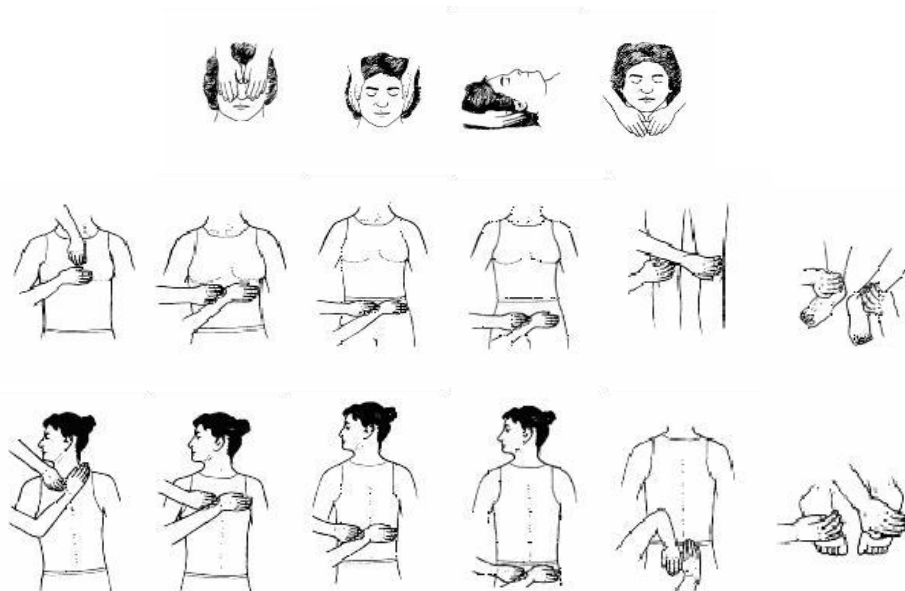


Figura n° 3: Disposición de las manos y áreas de cuerpo focalizadas en la práctica del reiki

Fuente: Manual de Reiki nivel 1 – Espacio holístico “Atma shala”

Una vez finalizado el procedimiento, el terapeuta se acerca nuevamente al oído de la persona y le dice en susurros “lentamente vuelvo al cuerpo, muevo las manos, los pies, la cabeza”, y espera a que el usuario abra los ojos y se reincorpore en la camilla. Cuando esto sucede, se apaga la música y se enciende la luz y pregunta: “¿cómo te sentiste, querés decirme algo?”. A veces las personas responden cosas tales como “me fui a otro lugar”, “me quedé dormida”, “sentí calor en la espalda” -o en otro lugar- “sentí frío”. Luego de esto, la sesión termina sin ninguna respuesta por parte del reikista. Esta falta de diálogo o

“devolución” entre terapeutas y usuarios es característica del modo en que se despliega las estrategias micropolíticas de EV, una suerte de hacer sin palabras, dejar que las prácticas terapéuticas actúen por sí mismas, sin acompañarlas de una búsqueda de interpretación, esto se verá con mayor claridad con el caso de la reflexología en el capítulo 3.

Mi experiencia personal con el reiki en este espacio durante la investigación podría ser descripta con las mismas palabras que utilizaron otros usuarios. Realicé la sesión un día en que el recorrido en las salas fue breve, porque había pocos pacientes en cada una de ellas y el equipo decidió aprovechar el espacio para brindarle reiki a una de las integrantes que estaba angustiada por cuestiones personales; luego de esta sesión, me ofrecieron “pasarme” reiki a mí porque ya les había expresado mi voluntad de vivir esta experiencia en otra oportunidad. Recibí reiki de dos reikistas en simultáneo, por lo que la sesión duró 15 minutos; experimenté una sensación de calor en los cuatro puntos de la cabeza y cuello, y en el punto ubicado sobre la boca del estómago. En ese momento me abandonó todo pensamiento y quedé envuelta en una sensación de relajación tal que podría haber estado dormida, pero aún podía escuchar -como a lo lejos- el sonido de la música que salía de uno de los celulares de las reikistas, con los pájaros cantando y el agua corriendo entre las piedras. Cuando finalizó la sesión describí las sensaciones vividas de la misma forma que otros usuarios: “Me fui, se me apagó la cabeza... sentí una sensación de calor en muchos puntos”. Al ser una experiencia plenamente sensorial, donde se promueve el dejar de lado todo pensamiento, cada sesión se vivencia como algo único del momento presente. Luego, claro está, estas podrán ser asociadas a otras experiencias vividas pasadas o futuras.

Esto es un punto clave para dar cuenta de cómo el reiki se lleva adelante en el hospital, toda la práctica se centra en la idea de *energía* y equilibrio energético, los y las reikistas se consideran a sí mismos canales para que la *energía vital* pueda llegar a la otra persona y “hacer su trabajo”; en este sentido se expresaba una de las reikistas de EV: “nosotros no hacemos nada, es la energía, es sabia, sabe a dónde tiene que ir” (registro de campo, 13/07/2019). Es esta energía la que oficia como un agente sanador que ingresa al cuerpo y actúa sobre los “bloqueos” o “desequilibrios”. Así, toda la acción terapéutica del reiki reside en este agente, el cual va a actuar independientemente de los saberes que puedan tener los usuarios y del discurso que brinden los practicantes; este factor es el que

permite a los reikistas reconfigurar su práctica para poder insertarse en el hospital (Bordes y Saizar, 2018; Toniol, 2018) al punto de borrar cualquier referencia a la palabra *energía*, “acá no podemos hablar de energía, acá hablamos de terapia natural, de armonía” (registro de campo, 20/02/2019), sin que esto suponga una pérdida en la eficacia terapéutica que se le atribuye al reiki. La energía va a hacer su trabajo sin importar que quienes la reciban no sepan nada sobre ella.

2.3 El equipo de Reiki de Espacio Vital: de energía vital a terapia natural

Tal como se mencionó en el primer capítulo de este trabajo, reiki fue la primera práctica regular introducida en Espacio Vital en 2016, en paralelo a otras actividades como talleres de maquillaje, canto y tejido que luego se dejaron de realizar. Al igual que en el caso de reflexología, todos los practicantes de reiki hasta mediados de 2019 pertenecían a la asociación “Reiki en Hospitales”, con la cual la coordinadora de EV tenía contacto a partir de su trabajo previo en otros hospitales de CABA. Durante el período de investigación el equipo de reiki mantuvo una dinámica que dificulta el intento de cuantificar a sus voluntarios, si bien en total sumaron entre 15 y 18, la variación fue tal que algunos sólo asistieron al hospital un solo mes o dos o tres miércoles esporádicos. No obstante, el grupo más regular estaba compuesto en organización jerárquica por Alfredo, un hombre de más de 70 años codirector de la asociación, Juan de 40 años aproximadamente, co-coordinador del equipo en EV junto con Julieta de 50 años, y el resto de las voluntarias regulares eran Graciela, Luciana, Adela, Lucrecia, Josefina y Alejandra de entre 40 y 65 años quienes también tenían períodos de asistencia irregular. Es decir, cada miércoles, era difícil prever cuántos y quiénes de las reikistas iban a asistir para prestar servicio en el hospital.

“Reiki en Hospitales” es una organización que convoca reikistas que cuenten con el grado de “maestros” o, al menos, los tres niveles reglamentarios de la disciplina, con el objetivo de ofrecer reiki en distintos servicios de salud principalmente de la Ciudad de Buenos Aires, aunque -al momento de la investigación- estaban comenzando a extenderse a otros sectores de Provincia de Buenos Aires y del resto del país. En este sentido, no es una organización que se encargue de formar en reiki, pero sí forman en servicio a quienes se suman, entendiendo que ofrecer reiki en hospitales u otras instituciones biomédicas o

de cuidado tiene una especificidad particular que requiere de una reconfiguración del discurso en torno a la disciplina y, también, de la propia ritualidad con que la práctica se realiza.

Es preciso decir unas breves líneas sobre Reiki en Hospitales para poder entender la dinámica propia del equipo de EV y su particular forma de brindar reiki en estas instituciones. Es una asociación de reikistas autoconvocados que desde 2011 ofrece esta práctica en distintos hospitales y centros de salud y acción comunitaria (CESAC)²⁵ a partir de la iniciativa de una maestra de reiki, quien obtuvo inserción en la guardia de un hospital de CABA e invitó a Alfredo y Marcela -la otra codirectora de la asociación-. Alfredo me comentó que esta primera iniciativa fue maravillosa, que llegaron a ser 19 voluntarios que trabajaban en un servicio de guardia, pero que esta maestra de reiki “no se sacaba la ropa hindú ni por casualidad” y, en un momento, llegaron a “llevar hasta cuencos tibetanos y campanitas a la guardia” y ahí el jefe de servicio les dijo que no podían estar más sin autorización del director del hospital. Frente a esto, ellos armaron un proyecto que presentaron al comité de bioética de dicha institución y fue aprobado, pero el director les dijo “bueno, pero tienen que tener matrícula municipal y eso era como decirnos váyanse”. Esta primera experiencia marcó para “Reiki en Hospitales” los límites de la inserción en instituciones biomédicas, la necesidad de reducir al mínimo los aspectos rituales o performáticos de la práctica y las distintas instancias de legitimación con las que podrían verse en conflicto -dirección del hospital, comité de bioética, gobierno de la ciudad, etc.-, es decir, en términos de Wright (2008) configurar “identidades precautorias”. En EV, vemos que esto se constituye en parte central del dispositivo como micropolítica, cuyas características son: no entrar en conflicto con los límites impuestos por la biomedicina permite actuar en los intersticios del hospital, irse cuando llegan los médicos, no dar diagnósticos, ni recomendar tratamientos. Ahora bien, para “Reiki en Hospitales” esta primera experiencia comenzó a configurar la forma en que hoy brindan reiki en instituciones sanitarias, luego de irse de ese primer espacio continuaron con el servicio en un departamento del dolor de otro hospital de CABA y decidieron armar la asociación, en un afán de “darle más formalidad” a su labor; crearon un logo, hicieron una búsqueda

²⁵ Al momento de la investigación contaban con inserción en 21 CESAC y Hospitales, incluidos dos establecimientos en Provincia de Buenos Aires (Mar Azul, Pinamar) y uno en Rosario (Alfredo, registro de campo 20/02/2018).

de antecedentes en otras partes del mundo y armaron una presentación –“hasta tuvimos un power point”-. Así, fueron estableciendo los lineamientos de la asociación para la práctica de reiki en hospitales y la estructura jerárquica que cada equipo conformado debería tener, compuesta por un coordinador/a y un equipo de voluntarios. En este punto, la maestra de reiki que había movilizó la iniciativa se escindió del grupo por “no estar de acuerdo con las formalidades” (Alfredo, registro de campo, 20/02/2018).

Ahora bien, la incorporación de estos equipos de reikistas en cada espacio hospitalario es particular y se logra a partir del contacto con médicos y profesionales de la salud que van conociendo en los servicios de salud previos, haciendo uso de los devenires y los intersticios, característicos de la micropolítica de los servicios de salud (Merhy, 2021). Los voluntarios suelen participar, en la medida de sus posibilidades, en el equipo de más de un servicio de salud, pero la dinámica que adquiere el trabajo de cada grupo responde al nivel de inserción logrado, al acceso a pacientes y espacios. En algunos hospitales lo consiguen a partir de las áreas de salud mental y los talleres comunitarios, pudiendo ofrecer reiki solo a los participantes de éstos; en otros acceden a algún servicio donde les dan un espacio para reiki, y en otros sólo tienen la posibilidad de brindar reiki a los profesionales de la salud -psicólogas o enfermeras, según sus comentarios- y no a pacientes o asistentes al hospital. Esto último lo ven de todas maneras como positivo porque “si ellas están bien y logran incorporar reiki a sus prácticas cotidianas, eso se va a traspasar a su atención con los pacientes”, desde una perspectiva de autocuidado, de cuidarse para poder cuidar a otros. No obstante, en el Udaondo es en el único servicio donde tienen acceso a las diferentes salas de internación y de oncología con un alto grado de autonomía, como vimos en el primer capítulo. Por este motivo, dentro de Reiki en Hospitales la inserción en el Udaondo se consideraba un caso particular, el ideal aspiracional de esta asociación para su trabajo en estos establecimientos. Esto provocaba que muchos voluntarios quisieran formar parte de este equipo y no de otros, pero también suscitaba fricciones internas que, con el tiempo, llevaron a la disolución del vínculo entre EV y esta asociación.

Esta brevísima caracterización de la historia de esta asociación de reikistas nos permite contextualizar su modo de atención en EV. Como quedó plasmado en los apartados precedentes, el discurso sobre el reiki en EV lo presenta como una “terapia natural”, una “armonización” para “sentirse mejor”, pero nunca hace mención a la noción

de “energía”. Las sesiones de reiki que en una consulta particular durarían entre 30 y 40 minutos, son reducidas a 10 -o a 20 en consultorio-; en tanto que los símbolos que performan los practicantes para invocar a la energía sanadora se hacen en secreto, se ocultan, se realizan en el interior de la boca con la lengua, o en movimientos veloces con la mano al costado del cuerpo del reikista. Esta reconfiguración de la práctica en espacios biomédicos ha sido reseñada en otras investigaciones en Argentina (Saizar y Bordes, 2018) y en Brasil (Toniol, 2018). Tal como se mencionó anteriormente, es posible pensar estos “ocultamientos” y modificaciones de la práctica, a partir de la noción de “identidades precautorias” (Wright, 2008) que nos permite interpretar el cómo, para estos reikistas particulares, estas reconfiguraciones se originaron a partir de la propia experiencia en servicio. Precisamente, fue en esa experiencia inicial en un hospital donde vivenciaron cuál era el límite al que podían llegar con la performatividad convencional de su práctica –“ropa hindú” y cuencos tibetanos no-, y cuáles eran los códigos a los que debían adaptarse para permanecer sin conflicto en esos intersticios institucionales. Así, crearon una formación en servicio y un equipo a partir de la adaptación de su discursiva y su práctica, su presentación de sí mismos (Goffman, 1970) con la confección de remeras blancas con un pequeño logo y placas con sus nombres. Para llevar el reiki a aquellos que “más lo necesitan” lo despojaron de todas las características visibles que no fueran aceptadas en ámbitos biomédicos, confiando en que la potencia sanadora de la energía vital no necesita de ellos para realizar su labor terapéutica. Así, estas estrategias que despliegan las reikistas para su ejercicio en hospitales son características de una micropolítica que, en EV, se expresa en la articulación de diferentes terapias, personas, ambientes. El reiki -y el resto de las terapias- se reconfigura para habitar el espacio hospitalario y opera en la dimensión molecular del hospital. Pero, entonces, ¿qué motiva a estos voluntarios a ofrecer reiki de la manera en que lo hacen? ¿qué nociones tienen sobre su disciplina?

Para los y las reikistas de Espacio Vital, el reiki es, ante todo, amor. Es amor, es dar, es compasión, es conexión con otros, es magia:

Reiki es amor (...) Es experimentar el sentido de la unidad, el despojarte de lo que sos, de lo que el otro es. Es una comunión, común unión. Desapareces vos, desaparece el otro, son un todo.

Yo siempre lo definí como magia, a mí siempre que me preguntan les digo que es como magia, porque la magia no tiene explicación y el reiki para mí tampoco tiene explicación.

Vos la magia no la ves, la sentís cuando ves al mago, te quedas obnubilada... y a mí me pasó eso cuando conocí el reiki, me obnubiló.

Es amor y dar, es ayudar es dar, es compensación, es un ida y vuelta, o sea... yo le pido a Dios que me deje ser un canal para compensar a ese ser y, a la vez siempre vas a recibir un mensaje vos, porque es una retroalimentación, es que va y viene...” (Registro de encuentro reflexivo, 22/05/2019).

Esta idea de dar, de conexión con otros, de retroalimentación es intrínseca a la historia del reiki, plasmada en su mito de origen. A grandes rasgos, éste indica que su creador luego de curar a muchos enfermos en su pueblo con la técnica que le había sido brindada por fuerzas superiores, empezó a notar que recaían en su enfermedad o adicción. Entonces, entendió que para que los efectos perduraran debía mediar una devolución por parte de los receptores de la energía, debían dar algo a cambio -a otros, al universo- que compensara lo recibido. Sin intención de analizar este mito de origen, es posible trazar una línea directa entre esta narración y la idea de devolución/ conexión/retroalimentación que expresan los reikistas, que nos permite pensar en el reiki como un intercambio, donde la cosa intercambiada es una energía intangible -que podríamos asociar a la categoría de *hau* (Mauss, 2009)-, cuya eficacia depende de la concreción del ciclo dar-recibir-devolver.

Esta idea de conexión con otros, devolución, reciprocidad -referenciada, también, en otras investigaciones (Clot-Garrel y Griera, 2019)-, no necesariamente implica en la cosmovisión del reiki que quién recibe la energía deba devolverle “algo” -que puede ser algo tangible o intangible- al reikista, sino que debería iniciarse un ciclo virtuoso de dar algo a otros. Este es el centro de las motivaciones de los practicantes para brindar reiki gratuitamente en hospitales; las narrativas sobre sus trayectorias vitales localizan al reiki apareciendo en sus vidas en momentos cruciales, donde no encontraban cómo continuar, y hallaron en esta práctica un nuevo camino que los transformó a ellos, a sus prioridades, a sus relaciones consigo mismos y con otros. Así, como el reiki afectó tan radicalmente sus biografías se ven motivados a dar a otros aquello que les fue dado a ellos. La relación entre la práctica -reiki- y sus trayectorias vitales es algo que comparten con el equipo de reflexología, por lo cual, esta dimensión será abordada en profundidad en el capítulo 3.

En este punto, retomando ese círculo virtuoso de dar-recibir-devolver, surge el interrogante de ¿cómo pueden devolver los pacientes si no están al tanto de nada de esto, si para ellos sólo reciben una terapia natural? Esto es resuelto de manera tajante por los

practicantes de reiki de EV, la gratitud expresada en palabras, en sonrisas, en pequeños gestos, en la relajación después de una sesión, en la voluntad de querer recibir reiki en más de una oportunidad, es una devolución más que suficiente. La alegría que les produce poder ver ese impacto positivo en personas que están atravesando situaciones de salud es referenciada por todos, y ponderada como lo más gratificante de su práctica en hospitales.

La búsqueda de ese encuentro con pacientes, de esa gratificación de dar y ofrecer bienestar, se transformó en el eje de disputas dentro del equipo de reikistas de EV en la primera parte del 2019, pues dentro de los devenires y estrategias que caracterizan a esta dimensión micropolítica/molecular, las negociaciones no sólo se dan con la biomedicina, y los actores en que ésta se expresa, sino entre los propios voluntarios de Espacio Vital. Las fricciones comenzaron entre las reikistas y Juan, el coordinador; fueron creciendo y se extendieron a Alfredo. Por un lado, ellos decían que al equipo sólo les importaba “ir a sala”, atendían a pacientes de más “sin cuidarse a sí mismas”; es decir, sin dejar de prestar servicio cuando se sentían mal de alguna manera o cuando sentían sus energías disminuidas y nunca querían cubrir el puesto de consultorio en el Pabellón C, por lo que no sabían trabajar en equipo. Ellas, por su parte, indicaban no sentirse escuchadas y no tener contacto directo con la coordinación de EV, aludiendo que el ego de Juan empañaba la tarea que hacían en el hospital. A esto se sumaban las fricciones entre la coordinación de EV y “Reiki en Hospitales”, las cuales radicaban en el modo de presentación del equipo ante los pacientes en las diferentes áreas del hospital, quienes sólo referenciaban a la asociación sin mencionar a Espacio Vital, y a la mediación constante de sus directores en las dinámicas del grupo. Recordemos del primer capítulo que Eugenia buscaba conformar un equipo consolidado, y esto no era posible por las disputas internas de Reiki en Hospitales y por su incidencia directa en el modo de atención que no daba espacio al diálogo. El conflicto escaló rápidamente y desde Espacio Vital se generó una capacitación en cuidados paliativos para el equipo de reiki, con la intención de lograr esa conexión con el dispositivo, sus objetivos y la modalidad de atención esperada, no tan centrada en “cantidad” de pacientes atendidos sino en el contacto y conexión con cada uno de ellos.

Finalmente, luego de un período donde las reikistas dejaron de asistir en protesta a la permanencia de Juan como coordinador, el conflicto se dirimió con la disolución del vínculo entre Espacio Vital y Reiki en Hospitales. Luego de esto, Eugenia llevó adelante una búsqueda de boca en boca para armar un equipo particular de reikistas de EV.

Lucrecia y Luciana fueron las primeras en sumarse a este nuevo grupo que comenzó a consolidarse en noviembre de 2019, después de que cortaron su vínculo con “Reiki en Hospitales”. En poco tiempo se incorporaron dos mujeres más, una de ellas esposa de un paciente oncológico del hospital; otra, una vecina que se enteró de la búsqueda por una de las usuarias de EV y, finalmente, se sumó un reikista traído por esta última. Así, con este equipo más reducido de 5 personas, Espacio Vital constituyó su propio grupo a partir de la experiencia en el trabajo previo con “Reiki en Hospitales”, encarnada en las figuras de Lucrecia y Luciana.

Lo expuesto en este apartado nos permitió ver distintos procesos que hacen a la particularidad de la inserción del reiki en una institución biomédica: en primer lugar, las reconfiguraciones discursivas y performáticas que “Reiki en hospitales” realizó a consciencia para poder garantizar su permanencia en este ámbito. En segundo lugar, cómo la estructura generada por esta asociación, con sus procesos estandarizados y lineamientos estrictos, entró en conflicto cuando su puerta de acceso en este hospital fue un dispositivo de medicina integrativa, con su propia lógica para el trabajo con terapias complementarias. Pese a este conflicto, que derivó en un quiebre en la relación, el equipo en hospitales” fue clave para la consolidación de “Espacio Vital” en el Hospital.

2.4 Abriendo camino entre intersticios institucionales: negociaciones con el equipo de enfermería

La salida de Espacio Vital desde el Pabellón C hacia las diferentes áreas del hospital, el “ir a sala” tan valorado por reikistas, se gestó a partir del ingreso de reiki al dispositivo. Si bien hubo iniciativas previas concretas en el área de oncología y el hospital de día, la llegada del reiki como práctica regular específicamente dirigida a pacientes ambulatorios o internados fue la pieza clave para el reconocimiento de EV en todo el hospital. Lograr esta dinámica particular fue un proceso que tuvo como punto de partida la aceptación institucional del dispositivo, pero que se consolidó en negociaciones con trabajadores del hospital, enfermeras principalmente, que estaban sujetas a un constante proceso de actualización.

El equipo de reikistas que estuvo desde el inicio de este dispositivo, recordaba esos comienzos como un período de cierta dificultad, donde tuvieron que hacerse conocer

y dar cuenta del aval institucional en cada área específica para poder brindar las terapias. “Tuvimos que ir abriendo espacios”, me comentó en una oportunidad Julieta, una de las coordinadoras del primer equipo de reiki, “acá estamos hace dos años y fuimos generando una relación con enfermeras y médicos (...) pero hace un tiempo tuvimos un problema con la jefa de enfermeras en clínica médica, que ya se resolvió” (Registro de campo, 22/05/2019). Ese problema al que hace mención sucedió por un cambio en el equipo de enfermería, la nueva jefa desconocía el trabajo de EV y a los reikistas y se opuso tajantemente a que ingresen a clínica médica. Esto se resolvió luego de que Eugenia conversó con ella y le explicó la lógica de EV; para el momento de la investigación, esta enfermera era usuaria regular de EV. Las negociaciones se reactualizaban ante el cambio de turnos en los diferentes equipos de enfermería, asistí a una de ellas cuando intentando ingresar al área de “cirugía hombres” y no se permitió el acceso por el horario. En ese momento, Juan me comentó que “los enfermeros no quieren que estemos después de las 4, porque dicen que los pacientes tienen que descansar” (20/02/2018).

Estas negociaciones ofician de ejemplo para adentrarnos en la importancia de “las enfermeras” para el acceso de este dispositivo en el hospital, a quienes los practicantes de las diferentes terapias denominaban como “las dueñas del hospital”. Esto sucede porque coordinan el trabajo cotidiano en cada una de las salas de internación o tratamiento, y conocen el estado diario de cada paciente y sus historias. Además, aconsejaban a los reikistas y reflexólogas sobre a qué persona atender ese día, sea porque su estado de salud lo requería o porque ellas ya le habían sugerido que “se hagan reiki” porque les “va a hacer bien”. Siguiendo nuevamente a Mattingly (1998), las enfermeras son quienes dirigen esa “otra temporalidad” del hospital no asociada a la rapidez y dinámicas específicas de los médicos, y sí al cuidado, a la escucha, a la búsqueda de bienestar, esa misma dimensión en la que actúa Espacio Vital. La autora menciona que en los hospitales hay dos temporalidades, la habitada por médicos donde se tratan las enfermedades, se diagnostica e indican tratamientos y la otra, la de las “prácticas invisibles”²⁶ donde enfermeras, terapistas ocupacionales -y, reikistas, reflexólogas y osteópatas, sumaría en este caso- atienden la “experiencia del padecimiento” a partir de “pequeñas atenciones,

²⁶ La autora, en el idioma original del texto, utiliza la expresión “Underground practice”, que se podría traducir como “prácticas subterráneas”. No obstante, se decide traducir “prácticas invisibles” atendiendo al sentido que cobra esta expresión en la argumentación de la autora. Véase, Mattingly, 1998:22.

actos de generosidad” (Mattingly, 1998:22), es decir, acciones de cuidado que no se registran en historias clínicas, pero que son determinantes para el proceso de salud-enfermedad-atención y las vivencias del padecimiento. Asimismo, la gran autonomía con la que llevan adelante su labor cotidiana (Spinelli, 2010; Franco, 2006) las posiciona en el lugar de ser quienes pueden abrir o cerrar las puertas a estas “otras” terapias en el hospital.

La importancia de las enfermeras para el ingreso de reikistas y reflexólogas a las diferentes áreas del hospital fue evidente desde el comienzo de la investigación y, en su devenir, pude asistir al fortalecimiento del vínculo entre EV y enfermería y al impacto de éste en la atención a los pacientes. En un principio, en las recorridas con los distintos equipos, pude notar que siempre se avisaba a las enfermeras que estuvieran de turno en la sala de enfermería de cada área, se les pedía permiso para entrar -que siempre era concedido con mucha cordialidad, como algo habitual en la dinámica cotidiana- y la interacción no pasaba de allí. Con el tiempo, comencé a ver cómo las enfermeras se interesaron más con las terapias que brindaba EV y se convirtieron ellas mismas en usuarias del dispositivo. Primero fueron las enfermeras de “hospital de día” -en el primer apartado de este capítulo vimos como Mariana recibía una sesión de reiki en medio del recorrido del equipo-; luego, de a poco, se sumaron las enfermeras de “clínica médica mujeres”. Hacia el final de la investigación, era habitual encontrarlas en el Pabellón C esperando sus sesiones de reflexología u osteopatía fluido-energética -por lo general, reiki recibían en la sala al igual que los pacientes-. Muchas de ellas se animaron a asistir después de ver los cambios en sus pacientes, o porque sus compañeras tomaron la iniciativa o tenían algún conocimiento previo sobre estas prácticas. Catalina, de hospital de día, mientras esperaba su sesión de reflexología me decía que ella se había hecho en su primer embarazo.

Así que cuando empezaron -reflexología- les dije a los pacientes háganse porque es buenísimo y están mucho mejor, hay un paciente que la hija está súper contenta, porque no salía y desde que empezó a hacerse sale a caminar, de a poquito (registro de campo, 24/04/2019).

Sandra, de clínica médica, quien decidió probar después que todas sus compañeras le dijeran que lo haga, pensaba en la relación de estas prácticas y su propio trabajo.

Todo esto de las terapias alternativas hay que hacerlo, hay que aprovecharlo. Uno viene muy cargado, acá en el hospital está todo muy cargado, la gente viene, con sus energías, se enojan mucho, creen que nosotros tenemos la culpa de lo que les pasa y no... (registro de campo, 20/03/2019).

Por su parte, Marta, jefa de enfermeras de hospital de día, consideraba que “todo esto es un buen complemento, a los pacientes les hace muy bien, dicen que pasan mejor la medicación” (registro de campo, 06/11/2019).

Este nuevo vínculo entre algunas enfermeras y EV derivó, rápidamente, en un involucramiento en la atención a los pacientes. Tal como vimos en el recorte etnográfico al comienzo de este capítulo, las enfermeras de hospital de día y clínica médica empezaron a brindar información sobre los pacientes a reikistas y reflexólogas. Al llegar a las salas, se tornó habitual que los practicantes les consulten si ya tenían identificados a pacientes que quisieran recibir las terapias y, muchas veces, las respuestas eran positivas. En esta línea, les comentaban cosas tales como, “ya te dejé preparada a la de la cama 307”, “Camila ahora está en la cama 309, lo vio al médico hoy, está dolorida, las está esperando” (registros de campo; 26/06/2019 -10/04/2019), o incluso les decían que “convencieron” a la paciente de tal o cual cama. Así, las enfermeras se constituyeron en el vínculo ideal entre EV y los pacientes, e incluyeron a estas terapias como parte de la producción de cuidado que caracteriza su labor (Franco y Merhy, 2011). Es en esta interrelación donde se da la máxima expresión de EV como una micropolítica de bienestar -cuidado y autocuidado-, que involucra a pacientes, enfermeras y quienes ofrecen prácticas terapéuticas no biomédicas. Cabe destacar que, al momento de la investigación no había sucedido que las enfermeras de este hospital se convirtieran ellas mismas en practicantes de reiki o reflexología e incorporaran estas terapias a sus tareas cotidianas, si bien es algo referenciado en diversas investigaciones en otras partes del mundo (Snyder y Lindquist, 2006).

2.5. “El hospital me cuida”

Considero que es clave pensar en términos de producción de cuidado y posicionar las acciones de EV en esa temporalidad del hospital habitada por enfermeras, terapistas y todos aquellos que pasan tiempo con los pacientes; que llevan adelante las prácticas

concretas de la biomedicina -administración de medicamentos, realización de estudios, prácticas de rehabilitación, etc.-, junto a todo un universo de prácticas de cuidado y escucha, que hacen a la experiencia de los pacientes en el hospital y configuran su relación con la institución y la medicina en sí misma. Podría escribirse una tesis completa sobre la noción de cuidado y su relación con el rol de las mujeres en la sociedad, pero en este espacio es interesante pensarlo, siguiendo a Tronto como “un conjunto de actividades sociales que incluyen todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo así podemos vivir en él tan bien como sea posible. Dicho mundo incluye nuestro cuerpo, nuestro yo y nuestro ambiente, todo lo que intentamos entrelazar en una compleja red que sostiene la vida” (1993:103, traducción propia). El cuidado como práctica, que puede ser pensado de manera colectiva, como algo que se construye con otros y de manera relacional, el cuidado de otros también es autocuidado.

“El hospital me cuida” (registro de campo, 08/05/2019), me dijo Cecilia en una de nuestras tantas charlas a lo largo de los primeros 6 meses de la investigación. Se trataba de una mujer oriunda de Misiones, de 45 años y con una sonrisa contagiosa. La conocí en “clínica médica” cuando transitaba su sexto mes de internación y era una usuaria habitual de reflexología y reiki, nunca supo precisarme qué tenía específicamente ni todas las intervenciones quirúrgicas que atravesó en su larga internación. Cuando nos encontramos por primera vez se alimentaba a través de una sonda intravenosa hacía varios meses, pues estaba esperando una cirugía que le reconectaría el intestino nuevamente. Hablé largas horas con ella, siempre estaba dispuesta a conversar pues “se aburría” y le gustaba charlar conmigo. Me contó que se enfermó, le “explotó la panza” cuando la señora para la que había trabajado como empleada doméstica con “cama adentro” por más de 25 años falleció, y la hija la echó de la casa donde había vivido todo ese tiempo. En esa situación crítica, un dolor de estómago agudo la trajo de urgencia al Udaondo y nunca más salió. También me contó que, en un momento tuvo la posibilidad de irse a continuar el tratamiento fuera del hospital, pero no tenía a dónde ir y eso le provocó ataques de pánico que la llevaron a tener que usar oxígeno. Sin embargo, afirma, “los médicos me decían que no había nada orgánico, que era todo de la mente”; luego, con ayuda del equipo de salud mental pudo darse cuenta que “tenía miedo de irse del hospital” pero, al momento de nuestras charlas, lo vivenciaba como una etapa superada y estaba ansiosa por irse cuando estuviera bien.

Acá estoy feliz, me atienden, se preocupan por mí... una de las enfermeras se llevó mis peluches para lavarlos en la casa (...) Todo lo que me da el hospital me ayudó a recuperarme, las chicas de reiki, de reflexología, la monjita que está armando un grupo de tejido y quiere que yo enseñe, las enfermeras que me miman, todo me hace sentir mejor. El hospital me cuida (registro de campo, 08/05/2019).

Luego de tantos meses, Cecilia era la “paciente estrella” para las enfermeras y para el equipo de reikistas. La acompañé junto con ellas en sus últimos días de internación, en su primera comida sólida en el área de cirugía y pudimos ser testigos de la felicidad con la que salió del hospital, ansiosa por tener su propia bicicleta y empezar un emprendimiento de cocina. Cuando no estuvo más en las recorridas habituales por clínica médica, reikistas y enfermeras se preguntaban por cómo estaría; se pasaban informaciones nuevas sobre ella. Todo su largo proceso como paciente del hospital y su recuperación fue vivenciado como algo colectivo del que enfermeras, reikistas, reflexólogas, monja y antropóloga formamos parte.

Traigo la historia de Cecilia en representación de tantas otras, de los muchos pacientes que consideran que el reiki, la reflexología y la osteopatía fluido-energética son servicios que el hospital les brinda para que estén mejor, para que puedan atravesar sus procesos de salud y enfermedad con bienestar, sin tantas dolencias. La complementariedad terapéutica que propone Espacio Vital se dirime allí, en esa temporalidad distinta habitada por quienes acompañan a los pacientes durante sus internaciones y diversos tratamientos biomédicos, se acuerdan del nombre de sus hijos, sus mascotas, acomodan almohadas y regañan cuando es necesario, entre otras tantas micro-prácticas de cuidado. Más allá de las intervenciones, medicamentos, de los complejos sistemas de diagnóstico y la especialización de sus diferentes ramas, la biomedicina está también conformada por cuidadoras y cuidadores que escuchan atentamente a los pacientes, que están al tanto de sus tratamientos y sus vivencias, y es allí donde estas “otras” prácticas y terapias encuentran su lugar. En esta investigación no hay médicos, ni médicas, no hay grandes diagnósticos, pero sí hay múltiples relaciones cotidianas, personas acompañando, cada una desde sus propios saberes, los procesos de salud y enfermedad, las recuperaciones y los fallecimientos.

CAPÍTULO N°3

"Hoy hay masajitos": reflexología y complementariedad terapéutica en tratamientos oncológicos prolongados

3.1. Pacientes en tratamientos oncológicos: tejiendo la complementariedad

En el presente capítulo conoceremos al equipo de reflexología, analizaremos sus particularidades y motivaciones, y el lugar de esta práctica en los procesos de salud, enfermedad, atención de los pacientes oncológicos.

Ya se ha mencionado en diferentes instancias de este escrito la particularidad del trabajo en salud en hospitales, a la autonomía e involucramiento de los trabajadores de la salud como característica de lo que Merhy (2002) denominó “trabajo vivo”, haciendo referencia a la importancia de la relación con otros y del encuentro en la producción de cuidados. Esto, se afirmó, es central para la lectura de Espacio Vital como una micropolítica del bienestar -cuidado y autocuidado-, y otorga un marco para pensar en las prácticas de terapeutas que hemos visto hasta este momento y seguiremos profundizando en este capítulo. No obstante, me gustaría retomar esta idea de encuentro, de relación con *otros*, porque en este caso ese *otros* refiere a pacientes, a personas que están atravesando padecimientos, transitando procesos de salud-enfermedad, a sus familiares o acompañantes que sortean trámites y burocracias. Desde las ciencias sociales y la propia biomedicina se escribió mucho sobre la importancia de la relación médico-paciente, la incidencia que una mala comunicación y una deficiente atención a factores personales, familiares, sociales, emocionales puede incidir en el desarrollo de un padecimiento (Mattingly, 1998); además, se ha hablado del rol supuestamente pasivo de los pacientes, quienes reciben indicaciones de tratamientos, de medicación, de modificaciones de hábitos, estilos de vida y están sujetos a intervenciones. Pero ¿cuál es el lugar de las estrategias, las combinaciones de prácticas que llevan adelante los propios pacientes al mismo tiempo que los tratamientos biomédicos? ¿cómo vivencian sus tránsitos por estos espacios hospitalarios? En este capítulo, volveremos al hospital de día, para centrarnos en las narrativas de algunas personas que estaban atravesando tratamientos oncológicos,

para dar cuenta del lugar que le otorgan a la reflexología en sus procesos de salud-enfermedad.

Las enfermedades son fenómenos sociales que se constituyen a partir de la interacción de procesos biológicos, prácticas sociales, sentidos, experiencias, dentro de determinados contextos de relaciones particulares y globales (Good, 1994). En este sentido, su surgimiento supone un quiebre en el devenir de la vida cotidiana, un cambio de ritmo, de temporalidad, que implica nuevas prácticas y hábitos manifestándose como una biografía interrumpida (Luxardo, 2006). El cáncer, como otras enfermedades crónicas, acarrea cargas simbólicas y significados que influyen en el cómo se lo experimenta (Kleinman, 1996; Schávelson 1992); independientemente de cuál sea el tipo que se esté atravesando. Lleva consigo el simbolismo de la amenaza, lo acechante; es algo que surge en el interior, corroe el cuerpo, las trayectorias y los proyectos a futuro y se experimenta como lo otro absoluto (Laplatine, 1999; Luxardo, 2006). Es, en gran medida, impredecible y enfrenta a quienes lo padecen y su entorno con un proceso cargado de incertidumbre, de representaciones sobre los riesgos de los tratamientos y la falta de control sobre la muerte (Luxardo, 2005).

Es en este contexto que las personas elaboran narrativas sobre sus procesos de salud-enfermedad, entretejen estrategias terapéuticas en busca de una resolución posible, donde la supuesta o real incompatibilidad entre distintas formas de atención o saberes sobre la salud no tiene lugar (Menéndez, 2003). Estas narrativas permiten darle forma al sufrimiento, establecer su origen en un espacio-tiempo, hallar las causas posibles del surgimiento de la enfermedad, constituyéndose en un proceso activo en el que las experiencias pasadas son ordenadas para lidiar con el presente y brindar información para el futuro (Garro, 2003). Así, estos relatos son de central interés no sólo por articular representaciones sociales que dan cuenta de modos de percepción y significado, o porque otorgan acceso a nociones, valores y emociones de quienes los elaboran (Luxardo, 2005) sino porque son, en sí mismos, discursos con su dimensión performativa y de acción (Rossi, 2011) que forman parte central en la producción de cuidado que se da en la interrelación de distintos actores. La relación entre estas narrativas que intentan hacer inteligible el padecimiento y su experiencia es de reciprocidad; se configura en “tramas

terapéuticas” (Mattingly, 1998) que son intrínsecas a los procesos de salud-enfermedad-atención.

Estas breves líneas sobre cáncer y narrativas nos permiten contextualizar los relatos de los pacientes de Hospital de día y Espacio Vital. Quienes aparecerán a continuación estaban atravesando el padecimiento en instancias de cierta de gravedad; de hecho, dos de los pacientes fallecieron durante la investigación. En este sentido, es menester mencionar que el Udaondo goza de un gran prestigio dentro de la comunidad biomédica para el tratamiento de enfermedades gastroenterológicas, y es común que los pacientes lleguen a este hospital luego de haber iniciado sus trayectorias diagnósticas y terapéuticas en otros establecimientos.

Conocí a Marcelo y su esposa Valeria en marzo de 2019, él estaba recibiendo quimioterapia para tratar el cáncer de colon que le habían diagnosticado a mediados del año anterior y, al mismo tiempo, una de las reflexólogas de EV, Susana, le hacía reflexología; conversaban sobre la “retención de líquidos” que le producía el tratamiento y cómo ese síntoma había mejorado enormemente desde la semana anterior, que había sido su primera sesión con ella. En este primer encuentro no conversamos mucho, pero asistí a un intercambio por demás interesante entre Susana y Silvia -una mujer de 60 años aproximadamente y también paciente oncológica- a la cual se sumó Valeria.

Mientras recibe reflexología, Silvia le comenta a Susana que tiene en la casa una planta de *kalanchoe*²⁷ porque se la regaló un paciente de oncología que conoció en el Argerich, que la toma hace 8 años y dice que es excelente para el cáncer, pero que ella no sabía cómo tomarla. Susana le dice que ella atiende a una paciente que la toma, pero que no sabe cómo. Se suma Valeria a la conversación, le pregunta a Silvia por la planta, dice que ella leyó y que se toma igual que el *Aloe Vera*²⁸, mezclada con fruta en un licuado a la mañana, pero que no la pudo conseguir. Silvia le dice que le puede traer, que la planta se reproduce un montón e hizo gajitos; luego le comenta que ella tomaba *graviola*²⁹ por recomendación de “un médico de la UBA, que está más con la fitoterapia” y que es muy buena, pero le costaba conseguirla (registro de campo, 27/02/2019).

²⁷ Kalanchoe es una planta de la familia de las crasuláceas, a la cual se le atribuyen propiedades curativas para diversos padecimientos, entre ellos el cáncer. Estas propiedades no están probadas científicamente.

²⁸ El Aloe Vera es una planta del estilo de las suculentas, cuya pulpa gelatinosa es utilizada para fines cosméticos y terapéuticos. Sus potenciales propiedades para el tratamiento del cáncer no están probadas científicamente, pero son de conocimiento común entre algunos pacientes.

²⁹ La graviola es un fruto tropical, conocido como un “superalimento” por sus minerales y propiedades antioxidantes.

Luego de esta conversación, cuando nos vamos juntas del hospital de día, Susana me dice que esa planta es excelente y que su paciente particular mejoró mucho tomándola. Esta persona “tiene metástasis, pero no le encuentran el tumor y [afirma] que los valores le bajaron de 400 a 60”³⁰. No le dijo nada de esto ni a Valeria ni a Silvia, veremos en los próximos apartados que, al igual que el equipo de reiki, las reflexólogas evitan en sus conversaciones con pacientes dentro del hospital cualquier recomendación o sugerencias de tratamientos posibles. Esto forma parte de las estrategias de permanencia en servicios de salud que abordamos en el capítulo anterior.

El miércoles siguiente me reencuentro con Marcelo y Valeria y conversamos mientras él recibía la medicación; Valeria estaba preguntándole a Natalia si “la señora flaquita le había dejado una planta”, pero la enfermera le dijo que no había visto ninguna. En base a esto, iniciamos una conversación con ella y Marcelo sobre su trayectoria. Me contaron que eran de Entre Ríos y aclaró que nunca tuvo nada, ni fue al médico hasta que empezó a tener síntomas y le diagnosticaron cáncer después de recorrer varios consultorios. Eso “cambió todo” e iniciaron el tratamiento allá, pero la oncóloga, “que podría ser muy buena pero no sabe tratar a las personas”, los derivó rápidamente al Udaondo “porque es el mejor lugar para esto”. Allí lo operaron como primera medida y tuvo una mala experiencia con las enfermeras de cirugía que lo despertaban bruscamente y no lo acompañaban al baño; “yo nunca antes había ido a un médico, esta vez fui porque ella me insistió y en ese momento de vulnerabilidad me surgieron todos los miedos que yo le tenía, horrible”. No obstante, me dice que luego todo mejoró en el Udaondo, que el médico que lo atiende es muy bueno, pero ahí no terminaron los problemas. Mencionó que “el primer medicamento no funcionó”, y cuando fueron a solicitar el nuevo al banco de medicamentos no pudieron dárselo porque era muy costoso y como él tenía domicilio en Entre Ríos debía solicitarlo allá. Pese a esto, la persona que los atendió les indicó que, si podían hacer el cambio de lugar de residencia a CABA, podría realizar la solicitud. Por intermediación de familiares, pudieron hacer el cambio de domicilio, pero todavía así el medicamento era difícil de conseguir. “Nos salvó una enfermera de Entre Ríos, consultamos a todo el mundo, desesperados, y ella tenía 7 dosis que un paciente le había

³⁰ En la conversación no me explicita a qué refieren estos valores, pero su descenso marcaría una “mejoría” en la enfermedad que sería inexplicable frente al diagnóstico biomédico previo.

regalado, eran más de \$700 mil y nos las regaló”. Valeria contó que después necesitaban una “ampollita” para la aplicación que también estaba en falta, y en este caso lograron contactar al fabricante “y nos regaló una caja entera, la dejamos acá para quien sea que la necesite, somos conscientes que no todos se pueden mover como hicimos nosotros”. Con ese tratamiento continuaban cuando los conocí, con la esperanza de que “funcione”, dado que en el futuro cercano había programada una segunda cirugía. No obstante, Valeria me contaba que ella hacía de todo y que “menos pasarme la medicación, hago todo igual que él”. Es decir, lo acompañaba en todos los tratamientos no farmacológicos: por un tiempo tomaron *aloe vera* por la mañana, “pero con la medicación y eso vivía en el baño, ya estoy cansado” me decía Marcelo, y en ese momento estaban tomando té de moringa³¹ que sólo pudieron conseguir en Buenos Aires. Les consulto si hablaron con el médico sobre esto y me dijeron que no, que es todo natural; no hay contraindicaciones y “todo suma”, pero que igual no sabe si funciona porque no lo pudo mantener en el tiempo hasta ahora. Tal como mencionó, “a mí me gusta probar de algo a la vez, para ver si funciona”. Con respecto a reflexología, Marcelo decía que le “encantan los masajitos”, que se siente mucho mejor cuando lo atiende Susana y “la medicación me hace menos mal”, pero que no exploró ninguna otra práctica por fuera del hospital.

La historia de Marcelo es ejemplificadora de otras muchas historias con las que me encontré en EV de personas con cáncer, así como de las idas y vueltas entre distintos centros de salud, la búsqueda incansable de la medicación y, luego, las pruebas y error de los tratamientos, las malas experiencias en contraste con las buenas, el cuidado apareciendo entre los intersticios de la atención; todo lo cual sucede tejiendo redes entre personas sin nombre, trabajadores de la salud, familiares y otros pacientes. En esta red de cuidado circula información, se transmiten saberes cuyos orígenes se pierden en algún lugar de la cadena y que, a veces, buscan legitimarse en la palabra autorizada de la biomedicina como escuché en el “me lo recomendó un médico de la UBA”. De igual forma, de estos conocimientos se afirma una inocuidad amparada en una naturalidad representada como benéfica, pese a que se llevan a la práctica en paralelo a tratamientos

³¹ Las hojas de moringa pertenecen a un árbol de origen indio y se cree que tiene propiedades “anti-tumorales”. Se la consume en infusión.

biomédicos sin contradicción aparente, todo lo cual transcurre con un diálogo escaso o nulo con los médicos tratantes.

En estas narrativas que entretejen estrategias de cuidado, de búsqueda de bienestar, Julieta, una paciente con cáncer de colon en un estadio avanzado que era usuaria de EV, me cuenta que siempre consumió cannabis, pero que ahora lo hace para relajarse porque la ayuda con los efectos adversos de la quimioterapia. También lo hace Fernando, un hombre de 27 que transitaba un cáncer de esófago, “pero yo eso no se lo digo al médico, una vez le pregunté y no me dijo mucho, yo consumo aceite [de cannabis] y me hace bien”. Por su parte, Raúl -luego de asistir a una conversación entre Eugenia y otra usuaria de EV sobre el *kalanchoe*- le dijo que él no quería saber nada con plantas ni con cannabis, “yo no le tengo confianza, aparte ¿para qué? yo ya sé lo que viene, ya hice las paces, una planta no me va a salvar”. La contestación de la coordinación demarca los límites de Espacio Vital con relación a otras prácticas no biomédicas no contempladas dentro de la propuesta y antepone la legitimidad de la ciencia en primer lugar.

A diferencia del *kalanchoe*, el cannabis está mucho más estudiado y está comprobada su eficacia para el tratamiento del dolor y de síntomas específicos de epilepsia o parálisis cerebral, pero que tampoco es una cura (...) imagínate si es importante tenerle confianza a la medicación para que funcione efectivamente, con estas cosas, plantas, si no le tenes confianza no van a funcionar (registro de campo, 27/03/2019).

El uso de “medicinas no convencionales” en personas con cáncer, al mismo tiempo de la realización de tratamientos biomédicos es recurrente (Idoyaga y Luxardo, 2005). En las narrativas de pacientes del hospital de día y EV aparecen como estrategias que les permiten ejercer un rol activo, “hacer algo”, frente a la incertidumbre producida por el advenimiento de la enfermedad, los cambios en la cotidianeidad que supone su tratamiento y su sintomatología asociada. Los saberes sobre plantas con propiedades curativas y las prácticas como la reflexología son ponderadas por su capacidad de hacerlos sentir mejor. Así, el sentido que les otorgan dentro de sus itinerarios terapéuticos entra en diálogo con la propuesta de EV de constituirse en un espacio de bienestar, para estar mejor, independientemente de la situación de salud que se esté atravesando.

Todo esto sucede en el hospital, en esa otra trama que no es la de los médicos y su tiempo apremiante, sino en la que habitan otros trabajadores de la salud, voluntarios, familiares, acompañantes y pacientes (Mattingly, 1998). Una trama que se constituye en

una lógica del cuidado (Mol, 2008) donde la esperanza se convierte en una práctica que implica la intención de crear vidas que valgan la pena vivir; aún en medio del sufrimiento, aún si no es posible la curación. La creación de comunidades de cuidado que expanden los mundos clínicos y familiares (Mattingly, 2010). En este marco, la reflexología, emerge como una estrategia, entre otras, que los pacientes utilizan en pos de morigerar los síntomas de los tratamientos farmacológicos o en la búsqueda de “sumar” y ayudar a la eficacia de ese tratamiento que no deja de ser el principal.

3.2. Siguiendo las huellas de Espacio Vital: el Hospital de día

Es miércoles por la mañana, día en que Espacio Vital cobra vida en el hospital, y entro caminando por el estacionamiento hasta llegar a la imponente y antiquísima magnolia (figura 4). Esta está ubicada en medio del Pabellón C ³² donde funcionan los consultorios médicos de oncología y el pabellón D, en el que se encuentra el Hospital de día hacia donde me dirijo. El espacio que rodea la magnolia es uno de los pulmones verdes del hospital; cuenta con bancos para sentarse y diversas plantas que se distribuyen sobre un manto de pasto que en su conjunto crean un entorno natural para distraerse, evadir la mirada y respirar aire fresco. En la pared del fondo hay un mural con árboles pintados y un río que, si bien se ve algo desgastado, amplía la sensación de naturaleza e imprime color en contraste con las paredes del resto de los edificios.

³² Ver gráfico n° 1 en página n° 15.



Figura n° 4: El árbol de magnolia ubicado entre el Pabellón C y D y el mural descripto.
Fuente: Fotografías propias tomadas el 28 de agosto de 2019.

Ingreso al edificio del Hospital de día por un estrecho pasillo, y en el lado derecho puedo ver una pequeña cartelera con algunas fotos de médicos sacadas en el patio que acabo de atravesar; arriba de las fotos cuelga una pequeña placa que dice “salud mental”. Enfrente hay dos puertas correspondientes a los consultorios de psicología y psiquiatría. Avanzo por el pasillo, doblo a la izquierda y subo por una amplia escalera caracol; en el recibidor del primer piso atravieso una puerta vidriada y me encuentro con un mostrador con dos personas solicitando turnos. Los atiende Sandra, la jefa de enfermeras del hospital de día, una mujer de aproximadamente cincuenta años, pelo corto, mirada severa; se encarga de los turnos, la llegada y distribución de medicación. La saludo mientras avanzo hacia la sala grande donde los pacientes vienen a recibir su tratamiento oncológico.

Al cruzar la puerta me invade un sonido armonioso, se escuchan pájaros, agua correr y algunas campanas, que rápidamente se ve entrelazado con palabras que salen de la televisión, de lo que distingo como un programa de noticias. Entra luz natural por las grandes ventanas que rodean al recinto, acompañada por luz cálida artificial. En las paredes se pueden ver hojas de papel con *mandalas* de colores vivos, pintados con lápices de colores, acompañados de frases tales como “Paz interior”, “Disfrute”, “Relajación” “Calma, todo está bien, hoy hay paz en tu corazón” (registro de campo, 21/11/18); éstos

fueron realizados por los propios pacientes, en una actividad única que propuso Espacio Vital. En la sala hay 12 sillones individuales grandes, reclinables, de cuerina verde petróleo; 8 de ellos están ocupados por personas conectadas a su medicación a través de vías intravenosas, cubiertos con mantas polares a la altura de sus piernas o todo el cuerpo. Arriba de los sillones, se pueden ver tres cuadros pintados con colores pasteles -azul, rosa, verde, amarillo, celeste-, asemejando un escenario natural de manera abstracta. Estas pinturas, contó Sandra, las pintó junto con el equipo de enfermeras para la inauguración del Hospital de Día en 2017; anteriormente, esta área estaba en otro lugar del hospital, más chica y sin tanta luz natural. Sandra comentó que el cambio fue muy positivo, que pintaron los cuadros para “ponerlo lindo”. En relación con esto, una de las pacientes recuerda el espacio anterior con cierto desagrado: “Iba a un cuarto allá, estábamos todos amontonados, tenía un agujero así en la ventana del baño nos cagamos de frío, siempre la buena onda de las enfermeras, pero igual el lugar era horrible”. Con respecto al nuevo espacio mencionaba que cuando lo vio por primera vez “enamorada estaba, decía ‘ay qué lindo lugar, Ma’ (...) viste que es el mismo síntoma igual, pero vos ves más iluminado las paredes, más lindas, hay cuadros, colores, hay más espacio y lo tomás distinto” (Gabriela, paciente oncológica, entrevista 6/11/19). En el interior de la sala, Elizabeth, una de las enfermeras, va y viene controlando las vías, cambiando las medicaciones y haciendo chistes sobre que “no bajan”, o la vía no entra, o que se porten bien “sino, enema”; los pacientes se ríen con ella y responden a sus chistes.

Sentadas delante de dos personas, a simple vista masajéándoles los pies, se encuentran dos mujeres de aproximadamente 50 y 40 años, ambas con batas blancas. Son Carolina y Francisca, reflexólogas de Espacio Vital que están haciendo reflexología a los pacientes mientras reciben la medicación oncológica. La música armoniosa que oí al entrar proviene del celular de Carolina, en algún momento me comentó que la usa para intentar que la persona se abstraiga de su alrededor y se relaje. Las sesiones de reflexología duran entre 15 y 20 minutos, dependiendo de cada paciente “y lo que me diga el pie”, comenta Francisca. El pie, me cuentan, “es como un mapa que refleja todos los puntos y órganos del cuerpo” (registro de campo, 03/07/19). Entonces, ellas³³ ven o

³³ Recordemos aquí que en Espacio Vital todas las reflexólogas que trabajan como voluntarias son mujeres, nos adentraremos en el perfil del grupo en el apartado siguiente.

sienten dónde hay un problema y ahí trabajan. Cuando Francisca termina con el hombre que estaba atendiendo y que se quedó dormido, se acerca a otro y le pregunta si quiere “hacerse reflex”, él le responde que no sabe qué es y ella le dice “son unos masajitos que lo ayudan a relajarse”. Luego de dudar unos segundos, el hombre acepta y ella le pide que extienda los pies; acto seguido le saca las medias y le da una almohadilla de semillas, por si quisiera taparse los ojos. Carolina, por otra parte, les ofrece reflexología a dos pacientes que rechazan la oferta y, finalmente, se acerca al último señor que le sonrío y extiende los pies, no era la primera vez que se atendía. Francisca y Carolina se concentran exclusivamente en los pies de quienes están atendiendo, veo que al inicio de la sesión anotan datos de cada paciente en una planilla -luego me voy a enterar que anotan sexo, edad aproximada y, después de la sesión, registran lo que sintieron con las manos- y pueden tener una breve conversación trivial, charlar sobre síntomas específicos o malestares, pero sin adentrarse nunca en la enfermedad o el tratamiento que están llevando adelante.

Al final del recinto, una puerta conecta con la sala de espera para familiares, me acerco y, mientras observo las dos hileras de libros que hay disponibles de distintos géneros -novelas, filosofía, juegos, etc.- una mujer de aproximadamente 40 años me sonrío. La reconozco como la hija del último paciente que empezó a atender Carolina, le consulto cómo está su papá y me dice “re bien, estaba contento hoy que venía porque ‘es el día de los masajitos’” (registro de campo, 08/05/2019). Me cuenta que le costó mucho convencerlo de dejarse hacer reflexología, pero ahora le encanta y está mucho mejor, “tiene más energía, camina más y no le dan náuseas la semana después de recibir la medicación” (registro de campo, 08/05/2019). La relación entre la reflexología y la disminución de efectos adversos de la medicación oncológica es referenciada por la gran mayoría de los pacientes que experimentan esta práctica, también indican sentirse “más relajados” en las largas horas que dura el pasaje de medicación. Asimismo, las enfermeras y la coordinadora de EV afirman que, desde que llegaron las reflexólogas, muchos pacientes piden tener su turno de medicación el día miércoles, tanto es así que muchas veces no pueden hacer lugar a los pedidos por no contar con los sillones suficientes.

En esta relación entre reflexología, medicación, efectos/síntomas, podemos encontrar el punto de conexión entre el tratamiento biomédico y las terapias ofrecidas por

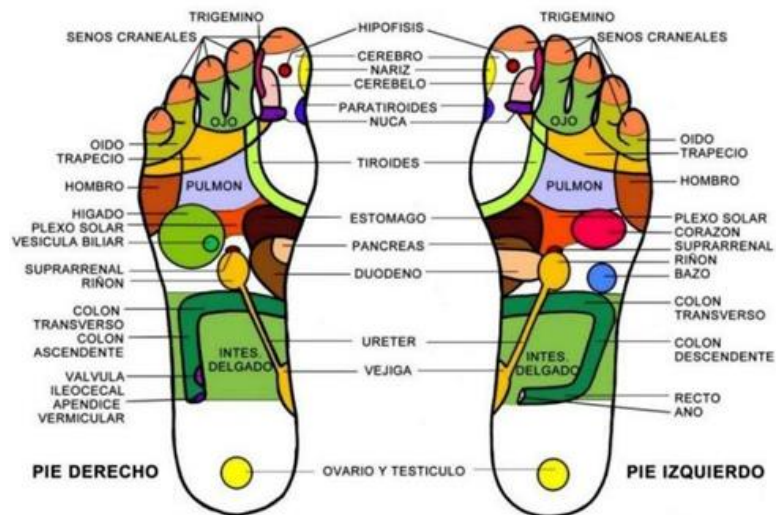
EV, es allí donde se juega la complementariedad y radica la eficacia terapéutica de estas prácticas. Si bien no es objeto de este estudio adentrarnos en el debate sobre la eficacia de las terapias ofrecidas en este espacio, se entiende por eficacia terapéutica a “la capacidad de una práctica determinada de afectar la enfermedad de manera deseable” (Waldram, 2000:606). En este sentido, es interesante ver cómo esta dimensión aparece en el discurso de pacientes que experimentaron la reflexología y cómo esa eficacia, que comprueban en la disminución de efectos adversos, determina su accionar -cambiar el día de la medicación- en el marco de una búsqueda de soluciones pragmáticas a su situación de salud (Menéndez, 2003). Tal como vimos en el primer apartado, la complementariedad terapéutica entre tratamientos biomédicos y las terapias ofrecidas por EV se encuentra en los itinerarios de cada paciente/usuario y no en la articulación entre los profesionales que llevan adelante los distintos tipos de atención. Ahora, nos adentraremos en la reflexología, para entender la particularidad de su ejercicio en EV.

3.3 Reflexología: la importancia del contacto

De acuerdo con la narrativa histórica nativa, la reflexología posee un origen difuso, puesto que se han hallado sus inicios tanto en el Antiguo Egipto, como en China y poblaciones originarias de América (Shaw, 1987; Botting, 1997). Pese a estos vestigios dispersos que son resignificados por diferentes escuelas de formación en reflexología, en adición a otros antecedentes de investigaciones realizadas por médicos alemanes, ingleses y canadienses, hay consenso entre los practicantes en referir al trabajo del estadounidense William H. Fitzgerald (1872-1942), médico otorrinolaringólogo, como un hito fundacional de esta práctica que se ha expandido en diferentes contextos culturales, convirtiéndose en una de las terapias alternativas/complementarias de mayor difusión e inserción en ámbitos biomédicos (Bordes, 2006). A inicios del siglo XX, Fitzgerald identificó una relación entre la aplicación de presión en ciertos puntos de manos y pies y un efecto de calma y anestesia en otras áreas del cuerpo; así, propuso una división del cuerpo en diez zonas cuyas terminaciones era posible encontrar en los pies y los dedos, afirmando la correspondencia entre éstas y los distintos órganos y sistemas del cuerpo. Unos años más tarde, una discípula suya, Eunice Ingham (1889-1974), combinó sus

conocimientos sobre técnicas de masajes con estas zonas y consolidó las bases para la práctica de la reflexología (Botting, 1997).

Por su parte, la definición que dan las reflexólogas de EV sobre su práctica no difiere de este desarrollo histórico previo ni de la que referencian otras investigaciones contemporáneas (Bordes, 2006, 2012a, 2013): “el pie es un mapa de todo el cuerpo, ahí podemos ver qué se necesita y trabajamos... viendo el pie podemos saber si hay algún tema a nivel físico, emocional o espiritual”. Dicho de otro modo, “es un mapa de las zonas reflejas del cuerpo, si tocamos un punto se corresponde con un punto del organismo” (registros de campo, 03/07/19). En estos fragmentos se plasma esa asociación entre el pie y el resto del cuerpo -que no sólo remite a la dimensión física y biológica (Bordes, 2013), como veremos más adelante-; es decir, el pie se configura como una cartografía del organismo (ver figura nº 5). A través del contacto de una búsqueda táctil con los dedos a lo largo de toda la planta del pie y el empeine, identifican -usando distintas técnicas- durezas internas, “globitos” o, inclusive, callosidades en la piel que son consideradas como “signos” de desequilibrio que indican la necesidad de aplicar allí el tratamiento.



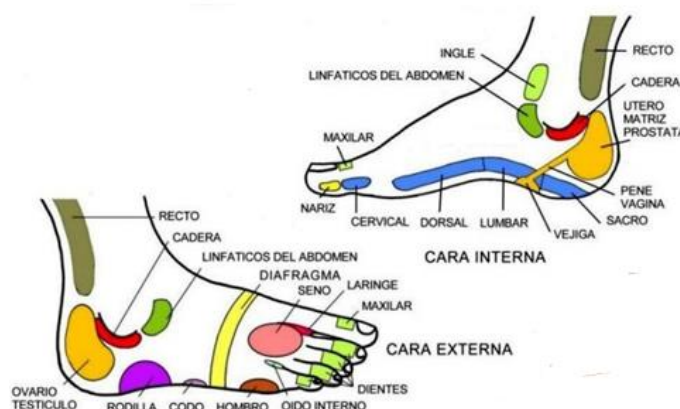


Figura nº 5: “Mapa” del pie de reflexología podal

Fuente: <http://www.cetaos.com/> Recuperado el 11 de abril de 2023.

Para esclarecer esta dinámica, me adentraré en una sesión de reflexología en EV en la cual oficié de paciente durante el trabajo de campo.

Solicité la sesión ese día en particular porque había despertado con un persistente dolor de cabeza y, dado que quería experimentar por mí misma la terapia, me pareció una circunstancia idónea, por asemejarse a las motivaciones que me habían referido otros usuarios de reflexología. Susana estaba en el consultorio con su ambo blanco con puntillas amarillas; “el amarillo es el color de la paz”, dijo la primera vez que lo noté. Cuando llegué, ella ya había prendido una lámpara de sal y se podía percibir un olor dulzón y algo floral en el aire, seguramente había colocado unas gotas de esencia en la lámpara como la había visto hacer en otras oportunidades antes de las sesiones. Sin mediar conversación, me pidió que me recueste en la camilla sin zapatos, ella se sentó en la punta a la altura de mis pies y comenzó a aplicarme crema en los mismos. Mientras hacía esto, preguntó por qué había decidido hacer hoy la sesión puesto que ya había recibido su ofrecimiento en más de una oportunidad, le comenté de mi malestar en la cabeza, pero no hizo mayores preguntas. Comenzó a masajearme los pies, a tocar suavemente, pero con firmeza las callosidades de los dedos y el talón, haciendo unos micro movimientos circulares; al tiempo que realizaba esto, me preguntaba dónde dolía. En un punto particular -llegando al talón, del lado externo del pie- le mencioné que sentía cierta molestia y me explicó que tenía una contractura cervical que seguía hasta el ciático, que seguramente esto fuera la causa de mi dolor de cabeza. A continuación, indicó que en el punto en cuestión advertía

algo así como piedritas y me pidió que preste atención a la sensación distinta cuando hacía presión. Efectivamente, pude sentir que había una especie de aspereza cuando ella tocaba ese punto, a diferencia de otros. Por lo general, este tipo de explicación no era habitual y Susana me lo comentó porque estaba al tanto de mi investigación, pero no era una devolución que se hiciera a los pacientes regulares de acuerdo con lo que había presenciado en otras sesiones suyas. Después de este intercambio se quedó callada, mientras continuaba con sus masajes a lo largo de toda la planta de ambos pies y en los empeines. Por lo tanto, decidí no forzar la charla porque las sesiones suelen ocurrir en silencio y logré dejarme llevar por la sensación placentera de la terapia. La sesión duró 20 minutos en total, por la tarde sentí un fuerte dolor en la parte baja de la cintura, pero al otro día me levanté sin ningún malestar. La semana siguiente le comenté esto a Susana y quien dijo que ese dolor agudo después de la sesión podía suceder, pero que era parte del proceso de sanación que activó la reflexología en el cuerpo; también me sugirió volver a hacer otra sesión si el malestar persistía (Registros de campo, 10/04/19 – 17/04/19).

A las sesiones de reflexología, como la precedente, que se ofrecían en el primer piso del Pabellón C podía acceder cualquier persona que solicitase un turno –llamando al teléfono de contacto, que era el de Eugenia, o acercándose a EV-, de manera gratuita, pero solían hacerlo pacientes o familiares que habían conocidos al equipo en el hospital de día, usuarios regulares de EV y personal del hospital -enfermeras, una radióloga y una médica-. La descripción presentada refleja en gran medida el devenir de este tipo de sesiones, centradas en la realización de la práctica, con una interacción verbal entre el usuario y la terapeuta reducida a preguntas concretas sobre malestares o molestias, y con la ausencia casi total de una devolución interpretativa sobre la situación de salud que se pudiera haber percibido. En este sentido, en caso de ser consultadas por los usuarios en búsqueda de una devolución, las respuestas suelen ser escuetas y evasivas, intentando no dar información que pueda ser tomada como un diagnóstico o como una afirmación determinante sobre la dolencia. Esto es particular de la práctica de reflexología en EV, puesto que la disciplina brinda interpretaciones posibles a lo percibido en cada sesión, pero esta parte se omite en el hospital, siendo una de las reconfiguraciones a las que está sujeta para su inserción en este ámbito. Así, la interacción entre terapeuta y usuario que supone la práctica de la reflexología en EV es sensorial, táctil; se produce en un

intercambio entre cuerpos donde las palabras son relegadas a un segundo lugar y los sentidos que sustentan la práctica para sus terapeutas no son puestos en juego. Si tienen interpretaciones, ideas, hasta diagnósticos posibles, se guardan y quedan para las charlas de equipo o el llenado de planillas, pero no son de ninguna manera comunicados a los usuarios. Con relación a este punto, las palabras del equipo de reflexología en una presentación en hospital de día son esclarecedoras³⁴; luego de explicar cómo trabaja la reflexología aclararon que lo que realmente importa es “el contacto, podemos trabajar en las manos o la cara si no les gusta que les toquemos los pies o están muy sensibles, lo importante es el contacto” (registro de campo, 03/07/19). La coordinadora de EV sumó a esta explicación que lo importante “es retomar el contacto, tocarse, abrazarse, que siempre hace bien”.

Tanto en el fragmento de una sesión en consultorio, como en la descripción de las sesiones en hospital de día, queda claro que la práctica de reflexología en EV se centra principalmente en el contacto con los pies, el tratamiento en sí mismo y no incluye el diálogo entre paciente y terapeuta como parte de la búsqueda de un diagnóstico. Es interesante destacar esta “ausencia”, puesto que en investigaciones previas (Johannessen, 1996; Bordes, 2012a, 2013) se ha referenciado la existencia de dos instancias en una sesión de reflexología: un primer momento “objetivo” y un segundo momento “intersubjetivo”. En el primero, el terapeuta lleva adelante los masajes, la búsqueda de signos físicos y visuales en los pies, e implementa las técnicas manuales que colaboran en el “desbloqueo” de aquello que encuentren; todo ello acompañado por un manejo del entorno (mediante música, aromas, interacciones verbales en tonos bajos, etc.) que busca la relajación del paciente. La segunda instancia implica un breve interrogatorio donde se le pregunta al paciente sobre lo que le sucede, sus pareceres con respecto a la dolencia que motivó la consulta. La información resultante de este intercambio es interpretada por el terapeuta junto con lo observado en la sesión. Luego, genera una devolución sobre lo “descubierto” donde brinda al paciente herramientas interpretativas, no con base en

³⁴ Estas presentaciones del equipo y Espacio Vital se daban cada un cierto período de tiempo no estipulado de antemano, cuando se presentaba un recambio generalizado de pacientes en el hospital de día o el equipo daba cuenta de una falta de interés de los pacientes. El objetivo era dar a conocer la práctica, el trabajo de EV e invitar a los pacientes y sus familiares.

síntomas ni enfermedades sino en un modelo holístico que sustenta la práctica en su conjunto.

En el caso de las sesiones en EV, tal como vimos, el segundo momento no se presenta de la misma manera en que lo han descripto otros autores (Johannessen, 1996; Bordes, 2012a, 2013). Al contrario, esto se debe a un pedido expreso de la coordinación de EV de no efectuar recomendaciones o diagnósticos de ningún tipo y a la propia formación en la terapia de quienes conforman el equipo, que configura “identidades precautorias” (Wright, 2008), de la misma manera que analizamos para el caso de los reikistas. No obstante, que la instancia intersubjetiva no aparezca en la manera en que se configura la práctica de reflexología no supone una pérdida para las reflexólogas, puesto que el objetivo primario es la búsqueda de bloqueos y la aplicación de técnicas manuales para el restablecimiento del equilibrio del organismo, concebido como un todo integrado del cuerpo físico, la mente y las emociones (Cartwright y Torr, 2005; Bordes, 2013). A continuación, nos adentraremos en las particularidades del equipo de reflexólogas de Espacio Vital para desentrañar estas concepciones.

3.4 Reflexología en Espacio Vital

Como se comentó en los capítulos precedentes, todas las practicantes de EV realizan su servicio como voluntarias, no obteniendo ninguna remuneración monetaria ni certificación por sus tareas; por este motivo hay recambio habitual de personas que se ofrecen a brindar este servicio. Esto implica que las trayectorias personales e individuales de quienes componen los equipos no sean centrales para la tarea llevada adelante en EV, pero sí lo son sus conocimientos compartidos sobre la práctica y los acuerdos de cómo desarrollarla en este espacio en particular. Durante la investigación que se llevó adelante entre 2018 y 2020, once mujeres de entre 27 y 65 años³⁵, aproximadamente, formaron parte del equipo de reflexología en diferentes momentos y sólo una de ellas permaneció durante todo el período. Al comienzo del estudio, el equipo se dividía en 2 reflexólogas que atendían exclusivamente en consultorio -Ana y Edith-, dos en hospital de día –

³⁵ Todas ellas de clase media, nacidas en localidades de AMBA o CABA, con la única excepción de una de las practicantes nacida en Misiones.

Carolina y Francisca-, y Helena que lo hacía en el área de internación de mujeres, es decir, en “clínica médica”. Con el devenir de los meses, de este equipo original sólo quedó Francisca y luego llegaron cuatro nuevas integrantes: Susana que fue ocupando los distintos espacios; Perla que dividió su tiempo entre el hospital de día y el consultorio; y, Daniela y Rita que trabajaron con Francisca en el hospital de día. Este segundo equipo fue al que acompañé durante la mayor parte de mi permanencia. No obstante, hacia el final de la investigación, de estas tres nuevas incorporaciones sólo quedaba Daniela y más tarde se sumó al equipo una practicante más, Marcela, quien se encargaba exclusivamente del consultorio.

Ahora bien, ¿qué tienen en común las reflexólogas de Espacio Vital? Todas ellas, a excepción de Daniela y Marcela, se formaron en la Escuela de Reflexología (ER). Una organización que tiene inserción en al menos otros dos hospitales centrales de Capital Federal y otros centros de salud, donde brinda reflexología en algunos servicios con el aval de los médicos responsables. El contacto de EV con esta organización se da por la propia formación de su coordinadora, quien conoció el trabajo que realizaban en uno de los hospitales durante su residencia y, al momento de incorporar la terapia entre las actividades del área, decidió que el perfil de practicantes de esta escuela podía ser idóneo para los fines que estaba buscando. Sin embargo, si bien las practicantes fueron instruidas por esta institución, desde Espacio Vital se buscó siempre generar un equipo propio que no hiciera referencia a otros espacios a la hora de presentarse a los usuarios, como vimos con el equipo de reiki. En este sentido, el acuerdo con la ER radicaba en permitir que las reflexólogas llevaran un registro de los pacientes atendidos -sin datos personales, sólo indicando edad, sexo y las impresiones que tuvieran ellas de la condición de salud luego de realizada la sesión-, y que estos registros fueran compartidos con la organización, la cual controla la cantidad de pacientes atendidos en hospitales públicos.

Al ser consultadas por este registro, la mayoría de las reflexólogas de EV no tenían una idea clara de su finalidad. No obstante, Carolina, Helena y Susana, que llevaban un tiempo largo como voluntarias en los distintos espacios en que la ER presta servicio, afirmaban que el objetivo era contar con un listado de personas atendidas en hospitales por sí, en un futuro, se conseguía el reconocimiento oficial de la práctica, “como están reconocidas la homeopatía y la acupuntura” (registro de campo, 14/11/18). De llegar ese

momento, este registro sería de utilidad para dar cuenta de la larga inserción de la asociación en instituciones biomédicas y les permitiría constituirse en referentes en la materia. “Por eso tenemos que sumar horas y estar en muchos hospitales, porque si sale tenemos antecedentes”, me comentaba Helena en uno de nuestros primeros encuentros (registro de campo, 14/11/18). La búsqueda de legitimación dentro del sistema de salud argentino, a través del “reconocimiento oficial”, tema/tópico ampliamente trabajado por Bordes (2020), nos permite pensar en la vulnerabilidad de estas experiencias de inserción reflexología o reiki en hospitales, que dependen -en gran medida- de iniciativas individuales de personas concretas, como vimos en el primer capítulo, y en qué estrategias buscan los practicantes de estas disciplinas para legitimar su lugar dentro de un esquema de complementariedad terapéutica.

Ahora bien, el compartir este espacio formativo con una orientación específica en reflexología clínica, pensada para el trabajo en servicios de salud, impacta directamente en las representaciones de estas reflexólogas sobre su disciplina y, más aún, sobre la relación que tiene o debería tener con la biomedicina. En conversaciones de pasillo, charlas individuales o grupales, el posicionamiento al respecto siempre fue claro y tajante: la reflexología es una terapia complementaria, no alternativa; “nosotras no somos sanadoras, no curamos, no somos médicas, ni enfermeras”, afirmaba Francisca en uno de nuestros encuentros reflexivos; “no es una terapia alternativa, es complementaria”, la apoyaba Perla. Esta afirmación que se presenta como la premisa de su práctica en EV es concordante con la explicación de lo que sí es la reflexología.

“Es ayudar al paciente a encontrar su equilibrio y que saque su sanador interno, es un complemento a la medicina.”

“Las reflexólogas son facilitadoras, ayudan a que la persona sane desde algún punto – físico, emocional, espiritual-, se trabaja en varios planos”.

“Es una terapia que va desde el amor, desde donde se trata de ayudar a que la persona armonice lo que la está obstaculizando, lo que le obstruye la energía y no la deja avanzar.”

“Es un mimo al alma que activa la farmacia natural del cuerpo” (Susana, Francisca, Perla y Daniela, registro de campo, 03/07/19).

En estos fragmentos es posible hallar una relación entre la finalidad de la disciplina expresada por estas practicantes y lo referenciado en estudios precedentes (Johannessen, 1996; Bordes, 2012a, 2013); es decir, la reflexología busca activar un proceso de autosanación en la persona que, si bien tiene un correlato físico, está integrado con otros “planos” como el emocional y el espiritual. Así, el rol de las practicantes es el de iniciar el proceso aun cuando el resultado está fuera de su control (Bordes, 2012a).

La particularidad de su formación en reflexología clínica no impide que estas reflexólogas incursionen en otras disciplinas o técnicas holísticas (Fadlon, 2005; Koch y Binder, 2013) que ya Douglas (1996) postulaba como un nuevo estilo de pensar, más “delicado”, centrado en la sensibilidad, la búsqueda de técnicas no invasivas y la concepción de la salud como algo integral. En este universo de sentido se individualizan los procesos de salud-enfermedad, dado que un mismo síntoma o enfermedad puede tener distintas causas relativas a la trayectoria particular de cada persona. Así, en un listado no exhaustivo, las reflexólogas también están formadas en Reiki, Chi-kung, Tai-chi, Yoga, Eutonía, Meditación, Biodecodificación, siendo el reiki la disciplina que casi todas realizan. Esta combinación nutre y sienta las bases para determinadas nociones sobre la salud, la enfermedad y las formas de atención y cuidado que subyacen en las prácticas de estas voluntarias: “La salud es estar en armonía con lo que hacés, pensás y sentís”, “la enfermedad es un desequilibrio” (Registro de campo, 03/07/19). Ahora bien, con respecto a las enfermedades puntuales o dolencias particulares, los discursos de las reflexólogas se tornan más específicos. Por ejemplo, Susana indicó que “las enfermedades son afectos, es decir, te afectan. Están ligadas a cosas que te afectaron, así, la psoriasis tiene que ver con la piel y con falta de contacto, de abrazos y cariño en la infancia”. En la misma línea, Perla dijo que muchos síntomas o enfermedades pueden tener una relación con la trayectoria vital de cada individuo. Pero, al mismo tiempo, se podrían hallar coincidencias en esas causas emocionales entre distintas personas “la diabetes se relaciona con falta de dulzura, ausencia del rol materno; la celiaquía con ausencia del padre; la sordera con la idea de que hay algo que no se quería escuchar”. Esta asociación entre dolencias y relaciones familiares, experiencias emocionales específicas configura un discurso común en el equipo de reflexología y es central en las charlas cotidianas después de las sesiones; momento en que intercambian experiencias con pacientes, tanto del hospital como

particulares. Así, genera una etiología particular de las enfermedades que, tal como indicara Bordes (2013), no necesariamente son compartidas y en el caso específico de EV tampoco socializadas con los usuarios.

Llegado a este punto, conocemos a quiénes conforman el grupo de reflexólogas de Espacio Vital, cómo es la atención, cuáles son sus narrativas sobre su propia práctica y sabemos que comparten un espacio educativo común, pero también una formación heterogénea procedente de diferentes experiencias. No obstante, hay algo más que une a este equipo, a este grupo de mujeres de diferentes edades que trabajan voluntariamente en un hospital público ofreciendo reflexología: el significado que le otorgan a la terapia en sus trayectorias vitales, asociado a un sentimiento de libertad y gratitud que también es compartido por gran parte de las reikistas de EV, tal como fue mencionado en el capítulo 2.

Francisca es cosmetóloga y pedicura, se encontró con la reflexología y “con todo este mundo” porque su hija mostró interés y ella quiso acompañarla; Carolina cuenta que tenía un hermano enfermo al que le hacía masajes en los pies, y él le decía que le hacía muy bien, que tenía que hacer eso y fue así como buscó y encontró la reflexología. Perla tiene una historia similar, su esposo tuvo un ACV y durante su recuperación comenzó a hacerle masajes en los pies y ahí descubrió este mundo; por otro lado, Susana empezó para acompañar un tema “psicológico de uno de sus hijos”. En suma, las historias se repiten consignando el inicio en la disciplina a partir de su rol como cuidadoras de sus familias. A raíz del descubrimiento de la reflexología salieron de sus casas, ganaron independencia -de sus parejas y/o familias- y llevaron el rol de cuidadoras a otros ámbitos; en el camino, sus historias también se transformaron. “Yo no tomaba un colectivo y ahora voy a cualquier lado que me digan”, afirmaba Francisca en uno de nuestros encuentros reflexivos, secundada por Perla, que entre risas decía “Yo no tomaba subte y ahora lo uso para ir a la Escuela -de reflexología-” y agregaba “Ahora mis hijos me preguntan dónde estoy, ¿estoy en mi curso, no estoy para nadie, se empoderó mamá y sonaste’”. En un tono más serio, Susana afirmó “Yo tardé 25 años para estar acá (...) yo no viajaba sola, de papá a mi marido. Y me fui a Munro a las 8 de la noche, primero me asusté, después dije ¿qué estoy haciendo?, después pensé... Estás aprendiendo, cállate y seguí” (Registros de campo, 03/07/19)

De este modo, para estas mujeres la reflexología fue la puerta de entrada a una modificación del lugar que ocupan en sus distintos espacios de sociabilidad. Asimismo, muchas empezaron a tener sus propios pacientes, dejaron trabajos que no las satisfacían, complementaron lo que ya venían haciendo o comenzaron a monetizar su labor como reflexólogas por primera vez. Es en este contexto que, para ellas, “ser voluntario es como una forma de agradecimiento de todo lo que se ha recibido”. Es decir, “es dar con el alma todo lo que tenés” y, de esta manera, “recibimos más de lo que damos, en el agradecimiento, en ver que están bien” (registros de campo, 21/11/18 – 03/07/19). Estas trayectorias, marcadas por el rol tradicional asignado a las mujeres en la sociedad no es novedoso, diversas investigaciones (Woodhead y Helaas, 2000; Woodhead, 2007; Sointu y Woodhead, 2008; Sointu, 2012) han dado cuenta y problematizado la feminización de este “ambiente holístico” (Blázquez Rodríguez y Cornejo Valle, 2014), en el cual predominan las mujeres en rol de usuarias y practicantes. En idéntica dirección, Sointu (2012) hace hincapié en la noción de cuidado y en cómo estas prácticas ligadas a la salud holística esgrimen un discurso centrado en la sensibilidad, la empatía y las relaciones, que no hace más que reproducir las representaciones tradicionales del cuidado como algo inherentemente femenino. En este sentido, las trayectorias del equipo de reflexología de EV abonan esta lectura, dado que su inserción como practicantes se presenta estrechamente ligada a su rol como cuidadoras en todos los casos. No obstante, estos abordajes también se preguntan por las historias de estas mujeres, tanto practicantes como usuarias, y en cómo su inserción en este universo puede leerse como una búsqueda de sentido, de sí mismas, una reconfiguración de su lugar dentro de sus círculos de sociabilidad y su expansión (Sointu, 2012; Blázquez Rodríguez y Cornejo Valle, 2014). Así, si bien estas trayectorias parecieran sólo ampliar el rol de cuidado fuera de las fronteras de lo familiar, la reflexología aparece como un camino en el que estas mujeres se encuentran con otras, vencen miedos y limitaciones, y reescriben sus historias particulares. En este marco, cuidar a otros, brindar herramientas para el autocuidado es, también, una forma de pensar en sí mismas y cuidarse. Esto entra en sintonía con el objetivo de EV de ser un lugar donde cada quien pueda encontrarse con uno mismo y aprender a sanar. El cuidado de otros y el autocuidado están estrechamente entrelazados.

En el presente capítulo conocimos historias de pacientes y de reflexólogas, entendimos cómo se configura la complementariedad terapéutica en este campo a partir de la propia experiencia de usuarios de reflexología. Asimismo, asistimos a las reconfiguraciones a las que se ve sujeta la reflexología para su desarrollo en el hospital, a la ausencia de diálogos, diagnósticos, interpretaciones. Al tiempo que vimos emerger canales de comunicación entre usuarios y terapeutas a partir del contacto. Esto nos permitirá adentrarnos en la última dimensión -y no por eso menos importante- que le otorga su particularidad a Espacio Vital y lo caracteriza como una micropolítica de bienestar -cuidado y autocuidado-, la dimensión corporal.

CAPÍTULO N°4

El cuerpo más allá del cuerpo: Pabellón C, el espacio de Espacio Vital

4.1 El cuerpo en perspectiva ¿analítica?

Cuando inicié la investigación en Espacio Vital buscaba dar cuenta de los sentidos, las representaciones, las relaciones sociales que configuraban este dispositivo, esta experiencia de saberes y prácticas no biomédicos desarrollándose cotidianamente en un hospital público. Rápidamente las dinámicas de este lugar marcaron el ritmo de la investigación y me vi envuelta en una vivencia de trabajo de campo que me llevaba a poner mi propio cuerpo como herramienta de conocimiento y me invitaba a depositar la atención en lo sensorial y corporal para poder abarcar la complejidad de lo que allí pasaba, a dejarme “afectar” (Favret-Saada, 2005). No obstante, no fue hasta después de cerrado el período de investigación que tuve la posibilidad de buscarle el sentido a esta experiencia corporizada y al cómo constituía una dimensión característica de EV, en tanto micropolítica de bienestar -cuidado y autocuidado-. Ya vimos cómo el cuerpo, el contacto, se convertía en parte central de la comunicación entre reflexólogas y usuarios, en este último capítulo iremos un paso más allá y abordaremos dos maneras distintas de experimentar esta dimensión corporal en EV, la osteopatía fluido-energética y las clases de “corporal”. Antes, un breve interludio teórico que nos servirá de andamiaje para entender las perspectivas corporales subyacentes a cada una de estas actividades.

Con el advenimiento de la modernidad capitalista y el proceso de secularización en Occidente, el lugar del cuerpo, que hasta fines del siglo XVII podía ser considerado como el reservorio del alma, se fue transformado y pasó a formar parte de la dualidad mente/cuerpo, es decir, un objeto separado del sujeto, del ser, de la conciencia. El nacimiento de la clínica y la medicina moderna configuró al cuerpo como “una entidad objetiva” del orden individual, el objeto/máquina por excelencia de sus intervenciones (Kleinman, 1988:11; Turner, 2008). Para la perspectiva foucaultiana, el cuerpo en las sociedades de control es un objeto de poder, es la arena donde el poder y el control se manifiestan (Foucault, 1979). La organización del tiempo, el espacio, la vida y la muerte propias de la modernidad requerían de la internalización de las reglas sociales; para

Foucault, esto supuso dos tipos de procesos, por un lado, el disciplinamiento del cuerpo, la anatomo-política, orientada al control de los cuerpos individuales y llevada adelante por profesionales médicos y sociales. Lo que en tiempos más recientes se consideran prácticas de “estilo de vida”, o de auto-cuidado, deseadas para prevenir la enfermedad -ejercicios, dietas, etc.-. El otro proceso, interconectado con el primero, orientado a la regulación de las poblaciones, es la biopolítica, caracterizada por la instauración de reglamentaciones de higiene y salubridad y el modelo de control o “panóptico”, instaurando dualismos que aún rigen en la actualidad y configuran las prácticas y formas de existir: la normalidad/anormalidad, salud/enfermedad, bienestar/malestar (Foucault, 1966). Así, la medicalización de la sociedad moderna contribuyó a la construcción de un cuerpo cultural, racional y secular, separado de la mente o el espíritu. En oposición, Foucault da cuenta de cómo en el período clásico la prerrogativa del cultivo del ser no escindía las prácticas de autocuidado del cuerpo físico con las de educación de la mente y el espíritu (Turner, 1992).

La perspectiva foucaultiana nos permite historizar y entender el lugar del cuerpo en las sociedades modernas occidentales -así como las nociones de “estilo de vida” y “bienestar”-, y el rol de la biomedicina en la construcción del cuerpo-objeto escindido del sujeto. Esta configuración también ha permeado en el abordaje del cuerpo desde las ciencias sociales que, en muchos casos, priorizan el estudio de las acciones de los sujetos o del sistema social o se enfocan en la dimensión discursiva (Turner, 2008). En un posicionamiento dualista, el cuerpo formaría parte de la naturaleza, entrando en la esfera de la biología, mientras que la cultura sería el dominio de las ciencias sociales. No obstante, mucho se ha escrito en pos de demostrar que los dualismos constitutivos de la modernidad son un constructo difícil de sostener ante una realidad donde es imposible escindir la naturaleza de la cultura (Latour, 1991). Pero aquí me interesa presentar brevemente ciertas perspectivas que han buscado rescatar la importancia del cuerpo para cualquier abordaje social o cultural, situando lo corporal como punto de partida, tal como sucede en EV.

El trabajo de Marcel Mauss sobre las técnicas del cuerpo (1979) es fundacional en la reflexión antropológica sobre la corporalidad. Allí, el autor da cuenta de cómo la cultura se imprime en los cuerpos y afirma que cada grupo humano tiene “técnicas” corporales compartidas -modos de caminar, gestos, movimientos, etc.- y distinguibles.

Para él no es posible considerar al cuerpo escindido de la sociedad o la cultura como algo meramente biológico, sino que los cuerpos son modelados por la cultura, son instrumentos técnicos del hombre. Pero, en la apuesta de Mauss sigue existiendo un “hombre”, una “persona”, que hace uso de esa corporalidad moldeada por la cultura, es decir, que existe más allá de su anclaje corporal.

Adelantándonos en el tiempo, desde una perspectiva fenomenológica, Csordas (1990) rescata los aportes de Mauss y condensa las propuestas teóricas de Merleau-Ponty (1993) y Bourdieu (1984), argumentando la necesidad de un nuevo paradigma para el estudio de la cultura, el *embodiment*³⁶. Al cual presenta como un posicionamiento metodológico que parte de la idea de cuerpo como el sujeto de la cultura, como el “terreno existencial” en que esta se manifiesta, no como un “objeto” de estudio. La principal característica de este paradigma, y el porqué de su relevancia para este escrito, es que afirma la necesidad abandonar las dicotomías entre la mente y el cuerpo, entre el sujeto y el objeto (Csordas, 1990) como punto de partida para cualquier análisis cultural. Esta premisa, como ya fuimos viendo a lo largo de los capítulos, resuena con las perspectivas sobre el cuerpo que subyacen en las diferentes terapias de EV, profundizaremos esto en los apartados siguientes.

Para elaborar su propuesta teórico-metodológica, Csordas recupera la teoría de la práctica de Bourdieu (1984), rescatando el concepto de *habitus*, esos esquemas de percepción en los que la estructura se hace carne en los individuos y los colectivos, que derrumban toda dicotomía entre estructura y práctica; oficiando el cuerpo como la arena donde se generan todas las prácticas. En el mismo sentido, dialoga con Merleau-Ponty (1993) quien afirma que toda percepción comienza en el cuerpo, sin mediación de la mente o la conciencia, y critica las posturas que la analizan como un proceso meramente intelectual. Para este autor, la percepción es algo preobjetivo, lo cual no implica que no se configure culturalmente, sino que existe por fuera de los procesos de abstracción. Esta perspectiva conlleva al colapso del dualismo cuerpo – mente. En esta misma línea, Merleau-Ponty elaboró la noción de “ser-en-el mundo” que implica el reconocimiento de una dimensión, una realidad, prerreflexiva, “preobjetiva”, que es habitada por el cuerpo, mediador de todas nuestras relaciones con el mundo. Más adelante, el autor profundizó

³⁶ Si bien *embodiment* puede ser traducido al español como encarnación o la corporalidad, decido utilizarlo sin traducción, pues en las siguientes líneas se traerá a discusión la noción de carne.

su teoría con la noción de “carne” (Citro, 2011), que pone el foco en la materialidad de esa corporalidad. El cuerpo podría ser objetivado y ser objeto de pensamiento, pero la carne -que siente, toca, ve- es la frontera con el mundo, la materialidad con que lo habitamos. No es posible escindir el ser y la corporalidad, toda experiencia, práctica o percepción es corporal. Si retomamos a Csordas, todo estudio que busque analizar la acción del hombre en el mundo, la sociedad o la “cultura” debería tener a la experiencia fenomenológica de la carne (Citro, 2011) como punto de partida, complementario al análisis de las representaciones o la discursividad.

Ahora bien, aún sin haberlo propuesto como estrategia *a priori*, las lógicas de Espacio Vital llevaron a que mi experiencia de investigación tenga una perspectiva corporal o de *embodiment*. Una visión holística del cuerpo, que lo piensa de manera integrada a la mente y al espíritu, es transversal a todas las prácticas. La centralidad de la corporalidad es característica, tanto de la biomedicina, como de las terapias complementarias/alternativas ligadas al movimiento *New Age* pero, en muchas de ellas, se piensa como una corporalidad no material asociada a energía, flujos, bloqueos (Carozzi, 2000; Viotti, 2011; Puglisi, 2015). Si bien a lo largo del trabajo hemos visto que en los discursos de los terapeutas de EV aparecen estas nociones -referencias a energía, bloqueos, flujos-, estas surgen como dimensiones propias de ese cuerpo-carne material (Good, 1994), al cual se le atribuyen capacidades de auto-sanación. Estas propiedades son estimuladas/activadas de manera diferencial por las acciones de los practicantes de reflexología, osteopatía fluido-energética o corporal, como se mostrará a continuación. También podremos ver cómo la dimensión corporal es esencial para la ejecución de cada una de estas prácticas, pues son llevadas adelante a partir del contacto, de la performatividad de ciertos movimientos o rituales terapéuticos (Bordes, 2014) en los que radica su eficacia -la forma en que “escuchan” las osteópatas o “sienten” con sus manos las reflexólogas-.

En EV se realiza un trabajo corporal, corporizado (Gale, 2014), donde la búsqueda por “estar mejor” o brindar “bienestar” se genera a partir del contacto entre corporalidades, del diálogo entre el cuerpo-carne de terapeutas y usuarios, donde los diálogos verbales, muchas veces, quedan en un segundo plano. En este último capítulo nos adentraremos en las prácticas de osteopatía fluido-energética y terapia corporal para abordar la última dimensión constitutiva Espacio Vital, en tanto micropolítica. Veremos

cómo, a partir del auto-conocimiento del propio cuerpo y del diálogo entre corporalidades, se construye un espacio colectivo de búsqueda de bienestar -pensado como “estar mejor”- de cuidado y auto-cuidado-.

4.2 Todos los caminos conducen a *Espacio Vital*: El Pabellón C

Es un miércoles como cualquier otro en el *Udaondo*, es media mañana, las reflexólogas están atendiendo en “Hospital de Día” y “Clínica Médica”, pero yo me dirijo al primer piso del Pabellón C, dónde me está esperando Pilar para mi primera sesión de Osteopatía fluido-energética. Subo por la amplia escalera caracol hacia la habitación que está inmediatamente a la izquierda, aquella en cuya puerta cuelga un cartel con la advertencia “Consultorio de osteopatía, por favor, hacer silencio”.

Pilar, una mujer de 33 años aproximadamente y una de las dos osteópatas de EV, me invita a sentarme para que podamos tener una breve charla antes de la sesión. Me siento algo incómoda, comienzo a sacarme los anillos, aún no sé qué esperar de lo que sucederá a continuación pese a haber presenciado muchas sesiones de osteopatía anteriormente. Pilar, con quien ya he construido una relación a lo largo de los meses de investigación, inicia consultándome si tengo algún dolor o molestia; le cuento que estoy con dolor de espalda, pero que es algo que le atribuyo a una reciente clase de gimnasia, aunque es un malestar que también sentí durante el fin de semana precedente. Anota esto en su cuaderno y me pregunta si tengo alguna operación, le comento de mis dos intervenciones, haciendo hincapié en cómo experimenté traumáticamente el período post operatorio de una cirugía de rodilla que tuve 10 años antes. Esto le genera curiosidad sobre el por qué lo considero de esa manera y le describo cómo recuerdo el momento previo a la intervención, el pasaje de anestesia en una sala solitaria y los días posteriores de mucho dolor y angustia. Me pregunta si, pese a esto, estoy contenta con haberme hecho esa operación y le respondo que sí, ejemplificando con un relato sobre aquello que conseguí hacer luego de la cirugía que antes no era posible. Luego le comenté acerca de otras intervenciones que he tenido y, a continuación, consulta por mi menstruación y anota mis respuestas en el cuaderno sin darme devolución alguna. Sé que esta información luego será plasmada en una ficha con la que ella hace el seguimiento de sus pacientes,

donde registra el motivo de consulta, el nivel de dolor -si lo hubiere-, la ingesta de medicación regular y el tiempo dedicado al ocio y al sueño.

Después de esta charla inicial, Pilar solicita que me saque los zapatos y me acueste en la camilla boca arriba, brazos al costado del cuerpo y ojos cerrados; la camilla está posicionada en el medio de la sala, por lo que ella puede moverse alrededor de todo mi cuerpo sin inconveniente. Si uno tiene la oportunidad de observar una sesión de osteopatía fluido-energética, verá como él o la practicante posiciona las manos en diferentes partes del cuerpo del paciente de forma similar a una sesión de reiki y, en algunas oportunidades, puede solicitarle al paciente que se acomode de alguna forma o puede mover suavemente algún miembro. Con este conocimiento previo puedo identificar que, al iniciar la sesión, Pilar pasa mucho tiempo con sus manos en mi cabeza posicionándolas arriba, al costado, en el cuello, en las orejas; solo en un breve momento se mueve y posiciona sus manos en mis pies, piernas y caderas. Luego de esto, solicita que gire de costado y siento sus manos sobre mi columna. Con el devenir de la sesión, me pide en 5 oportunidades que respire profundo. Mientras percibo estos movimientos de su parte, estoy muy consciente de los sonidos de mi propio cuerpo, el sonido de la saliva al tragar, los ruidos del estómago. Por un momento me abruma esta escucha del fluir de mis propios líquidos corporales, todos parecen resonar muy fuerte. Momento después comienzo a escuchar los sonidos corporales de Pilar y, luego de percibirlos por unos 10 minutos aproximadamente, todos estos sonidos se apagan y pierdo noción de sus movimientos. Esta momentánea desconexión se vio interrumpida por una sensación desconocida para mí, en un intento de esclarecer la descripción debo decir que sentí como si mi cráneo se expandiera hacia los costados; como si buscara abrirse y estuviera realizando una respiración profunda; una sensación extraña pero placentera. Pasado esto, pierdo conexión con los pensamientos que circulaban en mi cabeza y, con esto, la noción del tiempo.

No puedo precisar cuántos minutos pasaron, pero respondo rápidamente a la pregunta de Pilar sobre cómo estoy. Me incorporo en la camilla y le cuento sobre la sensación que tuve en la cabeza. Ella sonríe y responde que ese es “el movimiento habitual” del cráneo, que se expande constantemente como si buscara liberar algo, pero que ahora lo sentí porque ella tenía posicionadas allí sus manos. Me pregunta cómo viví esa sensación, si fue agradable y le digo que sí, que fue muy placentera. Comenta que ella sintió únicamente un punto cerrado, en el lado derecho del cráneo, allí donde se vinculan

el hueso occipital y el hueso temporal, que ahí es donde pasa la yugular y tres nervios. Dice que, no obstante, “aflojó muy bien” y que seguramente fue en ese momento que sentí la liberación. Luego, menciona que le pareció poco usual sentir un “bloqueo” similar en la cadera izquierda, aunque podía relacionarlo con el otro bloqueo por un “reflejo” en diagonal que suele tener el cuerpo. Se verá en el aparatado siguiente, que esta explicación dialoga con la concepción del cuerpo de la osteopatía, la cual lo concibe como algo multidimensional, cuyo funcionamiento ideal supone el ir y venir de fluidos y movimientos, los malestares/dolencias indican bloqueos o desequilibrios en ese devenir de fluidos (Gale, 2007). Después de esta explicación, dice que ese bloqueo específico habla de una mente muy racional, que piensa mucho y que, como recomendación, podría hacer alguna tarea manual, como pintar, trabajar con plantas, amasar; cualquier actividad que me permita poner “la mente en blanco”. Luego de esto, Pilar sugiere que hoy tome mucha agua; nos abrazamos como despedida y salgo de la sala con una sensación de ligereza en el cuerpo y relajación.

Tengo un tiempo hasta que inicie la clase de “corporal” a las 14hs, así que preparo un té mientras espero en la “pecera”, de a poco van llegando las reflexólogas y dos usuarias de EV, charlo con todas ellas en diferentes momentos y, cuando llega el horario, voy al aula grande para ayudar a Eugenia a acondicionar el espacio para la clase. Acomodamos las sillas en un rincón, dejando un amplio espacio libre para el desarrollo de la clase. Mientras estamos haciendo esto llega Raúl -un hombre de 60 años-, se lo ve muy animado y me dice “hoy te tocan los 15 segundos eh, no zafas”, haciendo referencia a un ejercicio específico que, por su dificultad, se tornó en un desafío y una especie de “ritual de iniciación” promovido, de manera jocosa, por los usuarios regulares de la clase. Nos cuenta que hoy se siente bien después de muchos días de malestar, él está atravesando un cáncer de colon ya en grado muy avanzado y con pocas posibilidades de recuperación, cada día ganado sin malestar, el grupo de “corporal” lo festeja. De a poco aparece el resto del grupo: Walter, un hombre de 70 años aproximadamente, que conoció el espacio porque su esposa es reikista del equipo y vive con Parkinson hace 10 años; Rosa, de unos 65 años, vecina del barrio, ambos llegan conversando a viva voz y haciendo chistes. Después ingresa sonriendo a las gracias del grupo Graciela, de 37 años, es familiar de un paciente del hospital. Por sobre la hora llega Eli, una mujer de 75 años que atraviesa un cáncer de estadio avanzado y recientemente se incorporó a la actividad; Cecilia, de 45

años, escultora y vecina del barrio y Hebe, de 50 años, vecina del barrio y usuaria de todas las terapias de EV. A medida que ingresan a la sala se arma una conversación desordenada que da cuenta de la familiaridad del grupo, todos festejan que Raúl se sienta bien hoy; acompañan muy de cerca su estado estos días desde el grupo de whatsapp que comparten.

Luego de unos minutos, Eugenia coloca música suave y nos paramos todos formando un círculo y dejando bastante espacio para el movimiento de cada uno. Como Eli es nueva aún en la actividad, Eugenia vuelve a decir que la actividad implica realizar los movimientos o posiciones con el cuerpo que ella va indicando, y que el fin de cada una de las posiciones que vamos a hacer es “conectarnos” con nuestro cuerpo, con las partes de las que no solemos ser conscientes. La intención es poder ir destrabando partes del cuerpo, “las trabas pueden ser a nivel físico, mecánico, pero también energético, porque los dos planos trabajan juntos y se influyen mutuamente”, dice Eugenia.

A continuación, comenzamos con la actividad, cada uno a su propio ritmo siguiendo la guía de Eugenia. Primero, nos hace imaginarnos que somos un reloj de arena y, mientras caminamos, nos hace “subir y bajar la arena” estacionándola un tiempo en cada parte del cuerpo -inferior o superior-, deteniéndonos a sentir qué nos pasa cuando la arena está en un lado o el otro. Una vez realizado este ejercicio, nos pide que digamos en una palabra qué sentimos en esta actividad: yo comento que sentí que, cada vez que subía y bajaba la arena, dejaba sedimentos en la cintura; Cecilia dice que le pasaba lo mismo, pero en la cervical. Por su parte, Graciela indica que está muy dolorida de las piernas y que las sintió muy pesadas; Eli menciona que le costó visualizar lo de la arena, pero que la hizo sentir bien.

Después continuamos con un ejercicio de oscilación de la cintura, imaginándonos que estamos en una hamaca, Eugenia nos indica que nos sintamos libres de hacer cualquier movimiento que podríamos hacer en una hamaca real. Al finalizar, Graciela comparte que el ejercicio le remitió a su infancia, que amaba las hamacas, yo comento que quise poder enroscarme en las cadenas de la hamaca y girar rápido como cuando era chica; Eli cuenta que ella se mareaba mucho con las hamacas pero que le encantaban igual. Raúl y Walter dicen haber tenido “muy mala relación” con las hamacas. La actividad continúa con un movimiento en el que tenemos que dejar colgar el cuerpo hacia adelante y, progresivamente, hacer como que tenemos una pelota entre las manos que se va inflando y desinflando, hasta lograr quedarnos erguidos nuevamente. A Walter le

cuesta doblarse y Raúl se queja del cansancio. Luego de este ejercicio, nos abrazamos a nosotros mismos y vamos soltándonos de a poco, hasta quedar con los brazos estiradísimos hacia afuera, intentando tocar al compañero de al lado, momento en el que empezamos a movernos de un lado hacia otro. En un punto, Eugenia nos invita a que logremos agarrarnos de las manos con un compañero, cuando lo conseguimos con Walter explotamos en carcajadas al grito de “lo logramoos”. Finalmente, terminamos todos agarrados moviéndonos al compás y se da por terminada la clase.

Para cerrar la actividad, cada uno moviliza el cuerpo a su propio ritmo, Raúl empieza nuevamente a insistir con los 15 segundos, diciendo que no puede ser que yo nunca lo haya hecho y tampoco Cecilia y Eli. Así que, no pudiendo escapar y entre risas, Eugenia nos explica el ejercicio que consiste en ir avanzando de a poco, un paso cada 15 segundos, sosteniendo el movimiento mientras ella cuenta el tiempo. Iniciamos Cecilia, Graciela, Eli y yo; Hebe, Walter y Raúl nos corean desde el costado; al principio el ejercicio es un tanto complicado y precisa de mucha concentración, pero a la mitad ya es posible agarrarle el ritmo. Cuando terminamos, Graciela comenta que le costó mucho y Cecilia que se sentía como “caminando en la luna”. Eli dice que le costó mucho el equilibrio, pero que le gustó. Walter y Raúl se ríen, “vieron que no era para tanto, me gusta asustarlas”. Termina la clase y todos nos vamos yendo de a poco, Raúl se queda conversando con Eugenia y yo me voy flotando después de un día de mucha conexión corporal.

4.3. Osteopatía: escuchar al cuerpo

La osteopatía, me contó Mónica en uno de nuestros primeros encuentros, afirma que el cuerpo se compone de “tres planos, el óseo, el visceral y el magnético” que trabajan interconectados, pese a que cada uno tiene “sus propios movimientos”. Así, los osteópatas posicionan sus manos en diferentes partes del cuerpo para “escuchar” el movimiento de los huesos y los órganos. Si encuentran alguno que esté “desequilibrado”, se quedan haciendo presión levemente hasta que el mismo cuerpo “se dé cuenta” del movimiento erróneo y se ajuste al que debería tener (registro de campo, 5/12/2018). Si bien las osteópatas de EV y los usuarios hablan de “osteopatía”, la modalidad que llevan adelante es la osteopatía fluido-energética, una rama de esta disciplina que no tiene como centro

la “manipulación” del cuerpo para llegar a ese equilibrio deseado sino, precisamente como Mónica explicitó de manera tan simple, la “escucha” de los diferentes fluidos para hallar desequilibrios.

De forma similar a la reflexología, la osteopatía surge a partir de la incomodidad de un médico estadounidense con los métodos y conocimientos de la medicina en ese momento. Desde 1874, Andrew Taylor Still (1828-1917) llevó adelante una investigación minuciosa de la anatomía del cuerpo humano y postuló la correlación entre la estructura del cuerpo y su funcionamiento: si los huesos y los tejidos no se encuentran en correcta alineación, esto impediría su funcionamiento. Asimismo, concibió que el cuerpo tiene capacidades de auto-sanación naturales y que cualquier disfunción corporal podría tener efectos en diferentes sistemas del organismo y concluir en una enfermedad (McKone, 1997, 2001; Gale, 2007, 2011). Antes de la llegada de los descubrimientos en inmunología y de los sistemas endócrinos, Still afirmó que el cuerpo contenía en sí mismo sustancias curativas y medios para combatir enfermedades. Por este motivo, si bien aceptaba la necesidad del uso de fármacos en casos particulares, éstos no eran la estrategia terapéutica central en su concepción de la medicina (McKone, 1997); para él, el objetivo debía ser el estudio y la promoción de la salud, no de la enfermedad, el tratamiento de las causas y no de los síntomas concretos; la búsqueda de la salud a partir de prácticas de autocuidado (Paulus, 2013; Fryer, 2017). A partir de sus descubrimientos, buscó generar una reforma en el sistema médico y fue rechazado por sus colegas, lo que llevó al surgimiento de la osteopatía como una filosofía médica independiente. Ésta se organizó basada en los siguientes principios: 1) La existencia de una interrelación entre estructura y función; 2) La concepción del cuerpo como una unidad; 3) La capacidad de auto-sanación y regulación del cuerpo; 4) La importancia de los fluidos arteriales y linfáticos (Gale, 2007; Bohlen, Shaw, Cerritelli y Esteves, 2021). Si bien desde este momento seminal de la disciplina han surgido diferentes estrategias terapéuticas y ramas, estos principios subyacen a todas ellas y aparecen incluso explicitados en los puntos de referencia para la formación en medicinas tradicionales, complementarias y alternativas de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010).

Ahora bien, en el recorrido etnográfico del apartado anterior vimos dos instancias diferenciadas en la sesión de osteopatía: un primer diálogo verbal, seguido de una instancia de comunicación entre mi cuerpo como usuaria y el cuerpo de Pilar como

osteópata, donde -desde mi vivencia de la experiencia- hasta los sonidos producidos por los cuerpos ocupaban un espacio y generaban una interrelación. Un diálogo performático cuerpo a cuerpo, donde se busca hallar “desequilibrios”, movimientos desacompañados, fluidos estancados y, si los hubiere, traerlos al foco de la percepción -preobjetiva, corporal (Merleau-Ponty, 1993)- para activar el proceso interno de auto-sanación. La osteopatía forma parte de lo que algunos autores significan como “trabajo corporal” que involucra la relación con el cuerpo de quien recibe la práctica (Wolkowitzs, 2002), y supone el aprendizaje de un lenguaje corporal de parte del practicante. Gale (2011) nos cuenta que los osteópatas tienen tres formas de escuchar al lenguaje corporal: el diálogo con el usuario, la observación y el tacto (palpar el cuerpo). Para ello deben tener conocimientos detallados sobre la anatomía corporal, y también habilidades corporalizadas, saberes corporales prácticos -técnicas de manejo de su propio cuerpo- que les permiten llevar adelante una práctica que requiere del vínculo entre el practicante y el usuario (Crossley, 2001). Asimismo, se identifican dos maneras de ejercer de la práctica osteopática. Por un lado, aquellas que implican el trabajo con las manos de las que venimos hablando hasta ahora y, por otro, aquellas que involucrarían la educación del paciente/usuario, el acompañamiento en mejoras del estilo de vida y autocuidado, en sintonía con esa idea primigenia de Still de buscar la salud (Fryer, 2017; Vaucher, et.al., 2018). Si bien estas últimas se encuentran algo desdibujadas en la práctica de la osteopatía en EV, como ejemplifican las indicaciones que me otorgó Pilar al finalizar la sesión, sí es posible encontrarlas en las ideas sobre la salud, la enfermedad y la osteopatía de Pilar y Mónica.

Como mencioné anteriormente, ambas terapeutas de Espacio Vital tienen formación en osteopatía fluido-energética y las dos estudiaron en el Centro de Estudios Osteopáticos de Buenos Aires, cuya definición de esta rama de la osteopatía es la siguiente.

Es un método terapéutico suave, que posibilita detectar irregularidades en los distintos sistemas del cuerpo (articular, muscular, nervioso, visceral y los líquidos corporales), y normalizarlos a través de un delicado y cuidadoso método de tratamiento (...) El objetivo es ofrecer la posibilidad de que las fuerzas de autocuración (la vitalidad inherente) puedan manifestarse. El terapeuta, respetando la vitalidad, el ritmo individual, el propio tiempo del paciente, y sin aplicar una “fuerza exterior” (manipulaciones) ayuda a reestablecer la armonía.³⁷

³⁷ Recuperado el 24/05/2022 de: <https://formacionosteopatiafluidoenergetica.com/osteopatia/>

El énfasis en la no manipulación se presenta como lo particular de esta rama de la disciplina. Pilar lo explica en estos términos, “todos los tipos de osteopatía tienen el mismo fin, lo que cambia es el método, nosotras no ‘crackeamos’, sino que acompañamos al cuerpo a que descubra lo que le pasa” (registro de campo 5/12/2018). Esta noción de “crackear” refiere a la manipulación del cuerpo por medio de la acomodación de huesos que sí sería contemplada en otras ramas de la osteopatía. Más allá de la técnica empleada, ellas definen a la disciplina haciendo énfasis en la capacidad de autocuración del cuerpo y la búsqueda de un “equilibrio”.

Si yo hoy te tengo que decir qué es la osteopatía, con el tiempo que llevo atendiendo pacientes o dando clases, siento que es la capacidad para dialogar con el organismo del paciente por fuera de su consciencia y ayudarlo a que reestablezca un equilibrio, tanto en la salud como en la enfermedad (...) que el paciente pueda tomar consciencia de cierta información que da su organismo que quizás él no la tiene en el consciente... (Pilar, encuentro reflexivo, 24/04/2019).

Por ahí lo mío es un poco más de libro... es una terapia manual, es holística, busca el equilibrio en el cuerpo en todas sus estructuras, y lo hace tratando de... que todas las estructuras de su cuerpo sean nutridas y, a su vez, que logre eliminar las toxinas que debe eliminar (Mónica, encuentro reflexivo, 24/04/2019).

En estas definiciones, personales y basadas en el tiempo que llevan practicando la disciplina, se afirma la importancia que tiene para la osteopatía la capacidad de auto-sanación del cuerpo. Esto se presenta como central para la dimensión corporizada que adquiere EV en tanto micropolítica de bienestar -cuidado y autocuidado- y nos invita a preguntarnos sobre qué idea de cuerpo es la que subyace en esta concepción, y qué nociones salud, enfermedad y prácticas de autocuidado.

En relación a esto, es interesante ver cómo esta concepción del cuerpo está atravesada por conocimientos de anatomía, pero sobre todo, por una perspectiva centrada en la funcionalidad.

Si yo pienso en el cuerpo, pienso en el cuerpo físico... pero el organismo funciona en base a un montón de cosas que no son sólo la fisiología (...) funciona por nuestra psiquis, funciona por nuestras creencias, funciona por nuestras fe (...) las hormonas también se liberan... si hablamos de amor, si hablamos de risa, si hablamos de tristeza, son todas liberaciones químicas del cerebro... las emociones también generan eso, entonces... lo que nos pasa por la cabeza o por el corazón o por el alma, modifica las liberaciones hormonales y eso modifica al cuerpo, y entonces... es inevitable que vayan de la mano (Pilar, encuentro reflexivo, 24/04/2019).

Así, se presenta un cuerpo pensado como organismo fisiológico, cuya funcionalidad depende de una multiplicidad de factores ligados a estilos de vida, sociabilidad, emocionalidad y creencias que, al alterarse, desequilibran el cuerpo y sus dimensiones. La posibilidad de recuperar el equilibrio está en la propia persona; como explica Mónica, “nosotras no lo estamos curando, lo estamos ayudando a comprender, a que su cuerpo se dé cuenta de qué es lo que puede cambiar para estar mejor, en definitiva, el que se cura es el paciente” (registro de campo, 24/04/2019). El rol de la osteopatía sería despertar ese poder de auto-sanación interno del cuerpo que está estrechamente ligado a un auto-conocimiento, “es el autocuidado, lo pienso en mí y en otros, uno tiene que conocerse lo más posible a sí mismo para escuchar y darse cuenta” (Mónica, registro de campo, 5/12/2018).

En este universo de sentido, la salud se presenta como un proceso en el que las enfermedades, dolencias o padecimientos ocupan un rol importante, porque para la osteopatía no hay enfermedades, hay enfermos. En este sentido, la reflexión de Pilar es contundente, “nosotros tenemos un cuerpo vivo que está en constante cambio y regulación, a veces la salud es la enfermedad... a veces necesitamos parar para reflexionar sobre lo que estamos haciendo, lo que no está bien, y la enfermedad viene a enseñarnos eso”. Por su parte, Mónica profundiza esta idea al sostener que “la salud es bienestar y enfermedad... es algo en movimiento, son momentos de salud y momentos de enfermedad donde nos toca aprender” (encuentro reflexivo, 24/04/2019).

En los discursos de Mónica y Pilar podemos ver esas dos dimensiones de la osteopatía que mencionamos al comienzo del apartado. Por un lado, su rol como facilitadoras de un proceso de auto-curación a partir de diferentes técnicas de diálogo con el cuerpo, “escuchamos al cuerpo, lo sentimos con los dedos”; y, por otro, la importancia del autocuidado, el autoconocimiento, para alcanzar estados de salud aun en situaciones de dolencias crónicas. Para ellas, la salud y la enfermedad son partes del mismo proceso, no son antagónicas, se puede tener salud, bienestar y vivir con algún padecimiento; y lo mismo sucede a la inversa, puede no haber padecimientos concretos, pero no tener salud, pues no hay autoconocimiento de los propios procesos del cuerpo.

4.4 Terapia corporal: reconectar con el cuerpo

Al comienzo de este capítulo, luego de la sesión de osteopatía, recorrimos una clase de “corporal” donde Eugenia guiaba a los participantes a moverse, al tiempo que buscaba provocar la imaginación para que cada uno pudiera sentir y reconectarse con su propio cuerpo. El objetivo de estas clases, me contó en una charla informal, es promover el autoconocimiento de cada uno, de sus procesos, sus movilidades, sus cambios; generar un espacio de autocuidado. Subyace la idea, enraizada en la perspectiva de la medicina integrativa, de que la medicina convencional alopática genera una desconexión de las personas con sus procesos de salud-enfermedad, lo que redundaría en una pérdida de autonomía. Esto resuena, también, en la teorización de Foucault sobre el biopoder y la anatomo-política, el gobierno de -y a través de- los cuerpos en la sociedad moderna (Foucault, 1977) y, de manera más específica, en la crítica a la medicalización e hiperespecialización de la medicina alopática que trae consigo la mediación farmacológica de todos los procesos vitales (con chequeos regulares e intervenciones tecnológicas) que, en última instancia, provoca la desconexión de las personas con sus cuerpos (Illich, 1975; Foucault, 1977; Turner, 1992).

Si bien es posible hallar las técnicas que se despliegan en la clase de “corporal” en distintas disciplinas, lo que ofrece este espacio surge de una mixtura de la trayectoria y formación de Eugenia que, como vimos en el primer capítulo, se caracterizó por una búsqueda de terapias y estrategias que pusieran al cuerpo y la autonomía en el centro del abordaje terapéutico. Es esta particularidad lo que le brinda su especificidad e importancia para este estudio.

Desde el comienzo de la investigación el grupo de corporal me generaba especial curiosidad, los veía llegar a las 14:30hs, siempre bromeando, generando un alboroto que contrastaba con el ambiente calmo y silencioso que habitualmente reina en el pabellón. Era posible palpar, aún desde afuera, que la camaradería y el cariño circulaba en ese entre los participantes. Cuando comencé a participar de estas clases pude vivenciar cómo la sociabilidad entre quienes formaban parte del grupo era parte fundamental de lo que allí sucedía, aunque no fuera un objetivo particular de la actividad, ni estuviera exenta de conflictos. Como vimos al comienzo en la reconstrucción etnográfica de una de estas clases, Eugenia guía a cada uno en una búsqueda de conectar con su propio cuerpo pero,

y he ahí la centralidad, esa interiorización con uno mismo se da en compañía con esos otros, con quienes se está compartiendo ese momento espacio-temporal. Precisamente, a partir del manifestar verbalmente lo que se está sintiendo o generar un contacto físico entre los participantes, se logra construir un vínculo que trasciende la actividad y convierte a esta búsqueda de autoconocimiento y bienestar en un fenómeno colectivo.

Sobre esta doble dimensión, es interesante mencionar las perspectivas de Raúl y Hebe. Raúl, acerca de sus comienzos en esta actividad decía lo siguiente

Empecé y mientras más lo hacías más te enganchabas, te hacía sentir muy cómodo porque te hacía bien lo que hacías (...) al comienzo era respiración, movimientos lentos tipo yoga, te tranquilizaba la mente (...) y también se bailaba un poco, nos divertíamos (entrevista, 11 de diciembre de 2019).

Hebe, por su parte, destacaba que le gustaba mucho “la sociabilidad” del grupo y de todo EV y que, desde que empezó con corporal, estaba encontrando que tenía “menos dolores menos achaques, me siento mejor ahora que hace dos años atrás yo me levantaba de la cama y me dolía todo yo dije si yo estoy así a los 50 años no me quiero imaginar a los 60 años” (entrevista 25 de septiembre de 2019). Junto a ellos dos, los otros participantes regulares de la actividad eran Walter, Rosa, Eli y Graciela, y todos consideraban que este espacio les “hacía bien”. Pese a esta percepción general sobre los beneficios de la actividad, hacia finales de 2019 varios de los miembros regulares del grupo comenzaron a faltar con regularidad, esto provocó resquemores entre ellos y Eugenia propuso detener la actividad por unas semanas. En esa oportunidad, Raúl y Hebe estaban molestos porque consideraban “una responsabilidad” que debía tomarse con seriedad para consigo mismos y con los otros. Era un espacio que había que cuidar, porque, como comentaba Hebe enérgicamente, “esto es una obligación, no porque es gratis puedo venir cuando quiero”.

Este momento pasó y, luego de charlas de Eugenia con cada uno sobre la necesidad de comprometerse con la actividad, corporal retomó sus actividades habituales. La importancia de la dimensión colectiva, de este conectarse con uno mismo en compañía de otros, fue muy clara cuando Raúl comenzó a atravesar complicaciones derivadas del estado avanzado de su cáncer de colon. En este sentido, Hebe en alguna conversación mencionó que corporal es un espacio de escucha, que ella alguna vez vino y se sintió cómoda para contar algo lindo que le había pasado y otros también para contar cosas

malas, porque allí se encuentra la contención, no sólo de Eugenia, sino “de los compañeros de gimnasia”. Reflexionaba que “es como una terapia de charla, de grupo, hemos compartido charlas aún sin hacer gimnasia y, cuando Raúl estuvo mal por el cáncer, Eugenia nos sumó a nosotros para que le diéramos ánimo” entonces, decía, “es algo físico, gimnasia, pero también psicológico, de grupo, es todo conectado” (entrevista, 25 de septiembre de 2019).

El momento de mayor unión del grupo fue cuando Raúl quedó internado de urgencia y tuvieron que realizarle una colostomía de emergencia, cuyo resultado final fue que debía tener una bolsa recolectora de heces por el resto de su vida. Eugenia se enteró de la situación y conversó con él, que estaba atravesando esta nueva realidad con gran desánimo. Cuando le comunicó al resto lo que había pasado, pues se mantenían en contacto por WhatsApp, todos quisieron ir a visitar a Raúl y, pese que al principio éste no quería recibir a nadie, luego de una semana aceptó y ahí fuimos, recorriendo los pasillos laberínticos de los pabellones A y B con Eugenia, Hebe, Walter y Rosa a visitarlo. En una situación límite, este grupo de personas fue a visitar a su compañero de corporal llevando bromas y chistes, y arrancándole la promesa de que esto era “solo un contratiempo” y que lo esperaban cuando “saliera de esta”. Un mes después, Raúl apareció con su bolsa y un bastón en la clase corporal, con su risa contagiosa y sus abrazos; pese a su reducida movilidad, hizo la clase sentado y el grupo desbordó de alegría y chistes sobre la situación. Raúl falleció a comienzos del 2020. Aún en esta parte final de su vida, este espacio le brindó un lugar, un grupo humano que lo acompañó, con quienes compartía la búsqueda por estar mejor.

En suma, lo que allí sucede manifiesta de manera concreta lo que es y genera Espacio Vital. A lo largo de este escrito fui mencionando qué características de las dinámicas de este dispositivo y quienes lo generan permitían pensarlo como una micropolítica de bienestar -de cuidado y autocuidado-. Es decir, como una potencialidad, un marco de posibilidad para la gestación de nuevas formas de habitar el espacio hospitalario, de relacionarse con otros, de pensar la búsqueda individual y colectiva de bienestar, de estar mejor; dicho de otro modo, de re-significar los padecimientos, las enfermedades, y de atravesar procesos de salud-enfermedad de manera pausada, atenta y en compañía con otros. Cuidado de otros y cuidado de sí mismo, de autocuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

“Suponho que (me) entender não é uma questão de inteligência
e sim de sentir, de entrar em contato”
Clarice Lispector

Llegado el final de esta tesis, de esta micro odisea, y mirando hacia atrás, a finales de 2018 cuando envié un correo electrónico, como una botella al mar, y se abrió ante mí la posibilidad de conocer y vivenciar Espacio Vital, puedo pensar ese momento como el rastro de una nueva asociación, un nuevo agrupamiento (Latour, 2008) en un recorrido que había empezado mucho antes, con mi iniciación casi simultánea en la antropología y el reiki, y que continuará luego del punto final de estas páginas. Así, como un recorrido, como un devenir entre espacios, personas, sensaciones, plantas y narrativas, quise estructurar este escrito con la intención de que fuera lo más fiel posible a la experiencia que fue Espacio Vital para todos aquellos que lo conformaron durante el año y medio que duró la investigación. La intención fue entender y presentar este dispositivo desde una perspectiva integral, que contemplara la dimensión discursiva, las representaciones, pero también la dimensión práctica y de interacción entre personas, naturaleza, cuerpos y materialidades (Latour, 1991). Esto no fue pensado *a priori* de esta manera, sino que me fue impuesto por las dinámicas propias del campo; si quería realmente entender y abarcar la complejidad del dispositivo, tenía que estar dispuesta a poner el propio cuerpo y a prestar atención al devenir de conexiones entre personas y *cosas* (Ingold, 2012), que constituían la especificidad de la medicina integrativa que se llevaba adelante en EV.

Tal como mencioné en la Introducción, escogí la etnografía como método y enfoque para llevar adelante esta investigación. Fue a partir de una inserción prolongada, un “estar allí” participante atento a buscar y entender las perspectivas de los distintos actores (Guber, 2006) que pude dar cuenta de estas dinámicas que hubieran sido esquivas con otros abordajes cualitativos. También, la participación en todas las actividades del espacio y la relación construida con terapeutas, coordinación y usuarios me permitió poner en práctica diferentes herramientas de investigación, como fue el caso de los “encuentros reflexivos”, adaptados para este estudio desde el enfoque de la investigación-

acción participativa (Sirvent, 1999), por su potencialidad para relevar sentidos y discursos colectivos. Así, esta herramienta habilitó una aproximación a las representaciones y discursos de los terapeutas de las diferentes terapias -reiki, reflexología, osteopatía fluido-energética-. Los resultados de estas conversaciones con cada grupo fueron indispensables para poder entender la forma en la que estas disciplinas se llevaban adelante en EV.

El objetivo de la investigación fue dar cuenta de la incorporación de terapias alternativas/complementarias en espacios hospitalarios, desde el conocimiento en profundidad de un caso concreto. Al finalizar el trabajo de campo, se me hizo evidente que, a partir de la circulación de diversas personas, saberes, discursos, sentidos y materialidades, Espacio Vital constituía una unidad, no reducible a cada una de sus partes constitutivas, y proponía una forma distinta de vivenciar los procesos de salud-enfermedad-atención en el hospital. Las lecturas sobre el “trabajo vivo” en hospitales (Merhy, 2021) me permitieron entender que esta experiencia se llevaba adelante en una “trama” diferencial dentro de este tipo de instituciones (Mattingly, 1998), aquella habitada por enfermeras y profesionales de la salud que tienen a su cargo las prácticas de cuidado y acompañamiento necesarias para la concreción de los abordajes terapéuticos biomédicos; una trama con una temporalidad distinta a la habitada por los médicos y sus diagnósticos. Estas lecturas me guiaron hacia la propuesta teórica de Deleuze y Guattari (2004), que me brindó el andamiaje teórico para pensar este dispositivo en su complejidad como una *micropolítica de bienestar -de cuidado y autocuidado-*. De bienestar, haciendo referencia al uso nativo de este término, asociado al objetivo de EV de ser un lugar “para estar mejor”. De cuidado y autocuidado, por las prácticas que se promueven allí para alcanzar ese bienestar.

Señalé que lo interesante de la conceptualización de Deleuze y Guattari es el nivel de análisis que abordan, posicionando su atención en las multiplicidades, los agenciamientos, las líneas de fugas, es decir, aquellas dinámicas y procesos sociales que escapan a las categorizaciones, a los mecanismos que pretenden homogeneizarlos. Los autores nos invitan así a pensar más allá de los dualismos, de las dicotomías, a seguir los fenómenos sociales en sus devenires, allí donde se producen, sin necesariamente buscar puntos de conexión de estabilización. La dimensión micropolítica, nos decían al comienzo de este escrito, es “un mundo de micropreceptos inconscientes, de afectos inconscientes, segmentaciones finas que no captan o experimentan las mismas cosas (...) una micropolítica de la percepción, del afecto, de la conversación, etc.” (Deleuze y

Guattari, 2004:218). Esta noción, este nivel de análisis, me permitió dar cuenta de la experiencia de Espacio Vital en el hospital el cual, independientemente de su inestable inserción institucional, el recambio de sus terapeutas, la necesidad constante de dirimir su acceso y permanencia en cada servicio a partir de negociaciones con actores particulares, generaba una nueva forma de habitar el espacio hospitalario. En los recorridos de practicantes de cada terapia y la circulación de *usuarios*, se habilitaba un discurso sobre la salud centrado en la búsqueda de bienestar -de estar mejor- y no en los padecimientos; en el autocuidado, la atención y escucha al propio cuerpo y en el experimentar los procesos de salud y enfermedad con la compañía de otros.

Para complementar este abordaje teórico y estructurar esta tesis de la misma manera en que vivencié el trabajo de campo, propuse presentar las diferentes dimensiones y terapias, siguiendo a las personas por los diferentes *espacios* del hospital. La importancia de los espacios, sus características y sus materialidades las vimos a lo largo de cada capítulo, en los que descubrimos cómo éstos formaban parte de los procesos de salud-enfermedad y atención. Así, partí de la idea de espacio como “un lugar practicado” (De Certeau, 2000:129), un espacio habitado en el cual las cosas no están dispuestas sin más, sino que se constituye como “el medio gracias al cual es posible la disposición de las cosas” (Merleau-Ponty, 1993). Con esta idea como punto de partida, en cada capítulo nos adentramos en los intersticios institucionales para desentramar las particularidades de este dispositivo de medicina integrativa, de esta micropolítica de bienestar.

En el primer capítulo presenté una visión global de Espacio Vital, conocimos sus características de atención, “ir a sala” o en consultorio, sus actores principales, su historia y las particularidades de su inserción institucional en el Hospital Udaondo; su relación con Pallium Latinoamérica y el rol central de la trayectoria de su coordinadora, Eugenia, para entender las dinámicas y la importancia del lugar del cuerpo en cada una de sus prácticas. Luego de esta primera caracterización del dispositivo, fue el momento de adentrarnos en una primera descripción densa (Geertz, 2003) de sus *devenires*, de las relaciones entre personas, olores, sonidos, plantas, espacios. A partir de los discursos de practicantes y usuarios, busqué dar cuenta de la precepción colectiva de que “algo” allí pasaba, de que EV generaba una “magia”, que todo allí sucedía de manera inexplicable o inasible. Algo que era el todo y la nada al mismo tiempo, que le otorgaba su particularidad a esta experiencia, que hacía que las practicantes eligieran este hospital para brindar gratuitamente sus servicios y no otros, que los pacientes cambiaran sus turnos para

coincidir con el día de EV o que continuaran asistiendo al hospital aun cuando sus tratamientos biomédicos hubieran concluido, o tuvieran otra temporalidad. Una dimensión que entraba “en el ámbito de lo inefable, de lo que solo puede ser sentido, vivido en carne -y alma- propia, algo que los excede y que, por su naturaleza, no puede ser desvirtuado por las palabras” (Martin, 2007:41).

Postulé, siguiendo a Martin (2007), que ese “algo” podía ser pensado como una *textura espiritual* que es intrínseca a Espacio Vital, que lo diferencia del resto de las áreas del Hospital y que se cuele en sus intersticios a partir del recorrido de terapeutas y usuarios. Una dimensión que sólo se hace visible si se atiende al devenir de las *cosas* que la componen (Ingold, 2012), de las “materias-flujo” (Deleuze y Guattari, 2004), es decir, los sucesos, los hilos vitales que, sin necesidad de conectarse, conforman un entramado, una malla, una textura (Ingold, 2012). Así, la espiritualidad en EV, sin ser dicha en palabras, atraviesa las individualidades de terapeutas y usuarios y, al mismo tiempo, transforma el mundo-habitado del Udaondo en momentos concretos, en días particulares, en prácticas específicas. Retomando la tesis principal de este escrito, indiqué que esta *textura espiritual* es el producto de Espacio Vital en tanto micropolítica de bienestar -de cuidado y autocuidado-, pensándola como un conjunto de acciones concretas en un contexto determinado que abren paso a un “proceso de singularización” (Guattari y Rolnik, 2006). Así, Espacio Vital pone en práctica, dentro del espacio hospitalario, una nueva forma de pensar los procesos de salud-enfermedad-atención, el de la medicina integrativa, y en ese *hacer* transforma espacios, personas, vivencias y genera una *textura* que lo enlaza todo.

En el segundo capítulo cambié la perspectiva y desde lo global pasamos a lo particular, comenzamos a seguir a cada grupo de terapeutas para adentrarnos en la complejidad de este dispositivo, de esta micropolítica. Seguimos a los reikistas en sus recorridos por las diferentes salas del hospital, nos adentramos en su forma de concebir su práctica, en las particularidades de la conformación del grupo y en las reconfiguraciones que realizan de la parte performática del reiki para su incorporación en instituciones sanitarias que pueden ser pensadas bajo la noción de identidades precautorias (Wright, 2008). Así, asistimos a las negociaciones, tanto de la asociación “Reiki en hospitales” con la coordinadora de EV como en las del equipo de reiki con las enfermeras para garantizar su acceso a pacientes internados en diferentes servicios. Aquí vimos como el trabajo del personal de la salud en hospitales tiene un gran componente de

autonomía, de implicancia, es un “trabajo vivo” (Merhy, 2021) que da el marco de posibilidad para que surjan otras prácticas de cuidado como puede ser el reiki. Vimos a las enfermeras oficiando de nexo entre pacientes y reikistas, recomendándoles esta práctica como una forma de “sentirse mejor”. Esto nos permitió adentrarnos en la dimensión del cuidado, pensado como “un conjunto de actividades sociales que incluyen todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro “mundo” así podemos vivir en él tan bien como sea posible. Dicho mundo incluye nuestro cuerpo, nuestro yo y nuestro ambiente, todo lo que intentamos entrelazar en una compleja red que sostiene la vida” (Tronto,1993:103). A partir de la historia de Cecilia, entendimos que, para los pacientes, existía una continuidad en las prácticas de cuidado ofrecidas por el hospital donde convivían armónicamente las intervenciones biomédicas, la atención de las enfermeras, con el reiki, la reflexología y la escucha del capellán o las monjas. Para aquellos que pasaban largas estadias internados, todas las prácticas podían resumirse en un sola y contundente frase “el hospital me cuida”. La institución hospitalaria no se reduce a médicos, diagnósticos y medicamentos, también está conformada por cuidadoras y cuidadores, prácticas pausadas, acompañamiento, escucha, y es en esa dimensión en la cual otros saberes sobre la salud encuentran su lugar.

En el tercer capítulo profundizamos en esa otra temporalidad del hospital, esa trama que se constituye en una lógica del cuidado (Mol, 2010), donde la esperanza se convierte en una práctica que implica la intención de crear vidas que valgan la pena vivir, aun en medio del sufrimiento, aun si no hay posibilidad de curación (Mattingly, 1998; 2010). Así, seguimos a las reflexólogas en sus sesiones con pacientes oncológicos en el Hospital de Día, conocimos sus narrativas sobre la enfermedad, y pudimos dar cuenta de cómo la complementariedad terapéutica puede ser hallada en los itinerarios de cada paciente/usuario, y no en la articulación entre los profesionales que llevan adelante los distintos tipos de atención. Vimos a pacientes circulando información sobre plantas, sobre tratamientos no biomédicos, cambiando turnos para asistir los días miércoles a recibir la medicación oncológica junto con las sesiones de reflexología, porque ésta los ayudaba con la sintomatología posterior a la medicación.

Tomando a la reflexología como ejemplo de lo que sucede con todas las prácticas de Espacio Vital, mostramos la forma particular de implementar las terapias que propone el dispositivo, sin brindar información a los usuarios sobre las cosmovisiones que las sustentan, sin dar interpretaciones que surjan de las sesiones, hablando únicamente de

“terapias naturales” o “masajitos” para “estar mejor”. Así, la reflexología -y el resto de las terapias- se despojan de algunas de sus características para poder desplegarse en el hospital, se reducen a lo elemental de cada una de ellas: en el reiki a la transmisión de energía; en la reflexología y la osteopatía fluido-energética, al contacto. En suma, se circunscriben al vínculo, al diálogo cuerpo a cuerpo que busca activar el poder de autosanación del organismo de los usuarios. También ahondamos en las trayectorias de las reflexólogas -y con ellas en las de las reikistas-, conocimos sus motivaciones para trabajar de forma voluntaria en el hospital y el lugar que la práctica ocupa en sus vidas. Resonó fuertemente la idea de “devolver” aquello que la reflexología les dio -libertad, independencia- y, si bien vimos que esto podría leerse como una ampliación del rol de cuidadoras por fuera del espacio familiar, propusimos ver en estas trayectorias y en sus nexos con la práctica una forma de pensar en sí mismas, de cuidarse y cuidar a otros.

Finalmente, llegamos al último capítulo para profundizar en una dimensión que venía delineándose tangencialmente desde el comienzo de este escrito, la dimensión corporal. Aquí, desde la perspectiva del *embodiment* posicionando el cuerpo como punto de partida, renunciando definitivamente a los dualismos mente-cuerpo, recurrí a mi propio cuerpo como instrumento de investigación para evidenciar la importancia de esta dimensión en la propuesta de bienestar de Espacio Vital. A partir de conocer en profundidad las características de la osteopatía fluido-energética, nos adentramos en el trabajo corporal, en el diálogo entre corporalidades a través del contacto que busca activar el poder de autosanación del organismo. Junto con las osteópatas problematizamos las nociones de salud y enfermedad, viendo la primera como un proceso que continúa aún en presencia de padecimientos o dolencias. “Escuchamos” los fluidos del cuerpo y sentimos sus movimientos, en un proceso de autosanación y autocuidado, en el que las osteópatas ofician de facilitadoras, “haciéndole dar cuenta” al cuerpo que debe equilibrarse.

Luego, dimos un paso más allá y nos reencontramos con Eugenia en una clase de corporal, donde vimos cómo la búsqueda de autoconocimiento y autocuidado se veía potenciada por la compañía de otros. Asistimos a la producción de lazos entre los usuarios asistentes a esta clase, de los cuales formé parte; vimos cómo una clase que ponía en el centro el movimiento corporal generó un grupo humano que acompañó de manera atenta, desinteresada, con humor el proceso de enfermedad de uno de ellos. Vimos cómo se podía buscar “estar mejor” sin importar el punto de partida y que esa búsqueda era más amena en compañía de otros. Así, llegamos a la última característica de Espacio Vital como una

micropolítica de bienestar -de cuidado y autocuidado-, una potencialidad, un marco de posibilidad para la gestación de nuevas formas de habitar el espacio hospitalario, de relacionarse, de atravesar los procesos de salud-enfermedad y atención de otra manera, atenta, afectuosa, pausada, en compañía con otros.

Hasta aquí he presentado un breve resumen de cómo fui argumentando la tesis de este escrito a lo largo de los diferentes capítulos, un camino que les propuse recorrer conmigo y con todos los que formaron parte de esta investigación, a través de espacios y prácticas. No obstante, al escribir una tesis hacemos un recorte de la investigación empírica, de los tantos registros y notas de campo que fuimos acumulando y tomamos la decisión de reflejar aquello que vivenciamos desde el mejor camino que creemos posible, pero, indefectiblemente, perdemos mucho en ese proceso. Así, quedaron por fuera de este escrito diversas líneas de reflexión y/o de indagación que pretendo seguir en futuras investigaciones.

Por un lado, no hubo lugar en estas páginas para una reflexión más detallada acerca de las decisiones metodológicas tomadas a lo largo de la investigación y de mi rol como antropóloga y reikista en campo. La potencialidad de la combinación de herramientas metodológicas cualitativas diversas y la decisión de su utilización en sintonía con el desarrollo de la propia investigación. En este caso, reservé las entrevistas en profundidad para aquellos usuarios regulares de Espacio Vital, pero utilicé encuentros reflexivos con los terapeutas debido a su recambio habitual. Asimismo, considero necesario continuar explorando los diferentes roles que adquieren los actores en la investigación, buscando dar lugar a investigaciones más horizontales, con un rol activo en el proceso reflexivo de todos los implicados.

En una futura investigación que surja de este primer trabajo de campo, buscaré profundizar en las estrategias de complementariedad terapéutica que llevan adelante los usuarios, seguir las plantas, los aromas, las diferentes terapias y buscar entender cómo se combinan cotidianamente con la toma de medicación y los tratamientos biomédicos. Esta indagación tiene la potencialidad de arrojar luz sobre la complejidad de los itinerarios terapéuticos y la centralidad en éstos de las prácticas de autocuidado. Tal como comenté al comienzo de esta tesis, actualmente Espacio Vital se encuentra en proceso de reconversión, con la posibilidad de trasladarse como equipo a otro hospital. Acompañar esta reconversión del dispositivo y su inserción en otra institución me permitirá indagar

la potencia de esta micropolítica de bienestar -de cuidado y autocuidado- para transformar espacios allí donde se inserte.

Con todo, esta tesis buscó dar cuenta de un caso específico de integración de saberes no biomédicos sobre la salud en un hospital. Resta seguir los devenires de las prácticas aquí plasmadas, seguir sus flujos, para entender si estamos ante un fenómeno social que trasciende las puertas del Udaondo o no.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammerman, N. (2013). Spiritual But Not Religious? Beyond Binary Choices in the Study of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(2):258-278.
- Asad, T. (2001) Reading a Modern Classic: W. C. Smith's "The Meaning and End of Religion". *History of Religions*, vol. 40, No. 3 (feb, 2001) 205-222.
- Barros Teixeira, F. (2009). Reiki: religião ou prática terapêutica?. *Horizonte*, v. 7, p. 142-156, dez. 2009.
- Blázquez Rodríguez, M. y Cornejo Valle, M. (2014). *¿Nuevas perspectivas con respecto al riesgo? La promoción de la salud y el bienestar desde la salud holística*. Periferias, Fronteras y diálogos, XIII Congreso de Antropología de la FAAEE.
- Bohlen, L., Shaw, R., Cerritelli F. y Esteves. J. (2021). Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. *Front Psychol*, Oct 27;12:767005, doi: 10.3389/fpsyg.2021.767005
- Bordes, M. (2006). El fluir de la energía en las teorías etiológicas de la enfermedad. El caso de la reflexología. *Mitológicas*, vol. XXI, pp.69-91.
- Bordes, M. (2009). Entre el arte de curar y la profesionalización. Aportes para el estudio de la práctica médica alternativa o Nueva Era a partir de las trayectorias socio-ocupacionales de especialistas. *Revista de Antropología Experimental*, 55 – 73.
- Bordes, M. (2012a). *Entre el trabajo terapéutico y la eficacia puntual: narrativas acerca de la corporalidad y la terapia en usuarios de medicinas alternativas*. I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas.
- Bordes, M. (2012b). La medicina integral en el Área Metropolitana de Buenos Aires ¿un intento de cambio del paradigma biomédico? *Estado, política social y cultura: reflexiones sobre servicios sociales y de salud*. 153 – 175.
- Bordes, M. (2013). Esto no es una mancia. Un análisis de las formas de diagnóstico y tratamiento en las medicinas alternativas. *Ciencias Socias e Religiao*, año 15, n.19, 49-71.
- Bordes, M. (2014). “Escuchar al cuerpo y creer en eso”. Exploraciones en torno a la noción de registro de sí en el marco de las medicinas alternativas (Buenos Aires, Argentina). *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.*, No.19, mayo-agosto, 292 pp.
- Bordes, M. (2015). *El debate medicalización- desmedicalización en el campo de estudios de las medicinas alternativas y complementarias*. Actas del I Congreso Latinoamericano de Teoría Social, Buenos Aires.

- Bordes, M. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de energía? Una aproximación a las nuevas culturas terapéuticas alternativas desde la sociología del conocimiento. *Revista de Cultura y Representaciones Sociales*, vol. 13 p. 103 – 139.
- Bordes, M. (2020). “Lo importante es mantener el espacio”: estrategias de inserción y permanencia de terapeutas no convencionales en hospitales. *Desacatos*, 63, pp. 28-43.
- Bordes, M. y Saizar, M. (2018). De esto mejor ni hablar: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios. *Sociedad y Religión*, vol. 28 p. 161 – 182.
- Botting, D. (1997). Review of literature on the effectiveness of reflexology. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 3, 123-130.
- Bourdieu, P. (1984). *Homo academicus*. Siglo XXI Editores.
- Brown, H. (2011). Hospital Domesticity: Care Work in a Kenyan Hospital. *Space and Culture*. XX (X) 1-13.
- Cáceres Guido, P., Varela, B., Bach, H., Balbarrey, Z. y Wagner, M. (2018). Espacios vedes en un hospital pediátrico de alta complejidad: beneficios, evaluación taxonómica y perspectiva. *Arch Argent Pediatr*, 116(2):e267-e272.
- Camargo Macruz Feuerwerker, L. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Editora Rede UNIDA.
- Campari, G. (2018). *Paisajes sensibles. Subjetividades, salud y patrimonio en el espacio verde intrahospitalario*. Prometeo Libros.
- Campari, G. (2019). Ambientes favorables para la salud. Un legado intergeneracional en el paisaje urbano. *Revista de Arquitectura*, vol. 24, n° 36.
- Cant, S. y Sharma, U. (1999). *A New Medical Pluralism?* UCL Press.
- Carozzi, M.J. (1997) Las razones de la mezcla: trayectorias alternativas y creencias de la New Age en Buenos Aires. *Cuestiones Sociales y Económicas*; 59 – 6.
- Carozzi, M.J. (1999). La autonomía como religión: la nueva era. *Alteridades*, 18 (9). pp. 19-38.
- Carozzi, M.J. (2000). *Nueva Era y Terapias Alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. EDUCA.
- Cartwright, T. y Torr, R. (2005). Making sense of illness: The experiences of users of complementary medicine. *Journal of health psychology*, 10:559.
- Citro, S. (2011). Reflexiones postcoloniales sobre los *cuerpos etnográficos*. Diálogos con Leendhardt, Merleau-Ponty y Teresa Benítez. *REALIS, Revista de estudios Anutilitaristas e Poscoloniais*, vol. 1, n° 02, jul-dez.

- Clot-Garrel, A. y Grier, M. (2019). Beyond Narcissism: Towards an Analysis of the Public, Political and Collective Forms of Contemporary Spirituality. *Religions*, 10, 579. Mdpi. Doi:10.3390/rel10100579
- Comelles, J. M. & van Dongen, E. (2002). Themes in medical anthropology. Medical anthropology at home contributions to health studies. *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, vol. 13/14 (special issue).
- Coser, R. (1962). *Life in the ward. East Lansing*. University Press.
- Crossley, N. (2001). *The Social Body: Habit, Identity and Desire*. SAGE.
- Csordas, T. (1983). The Rhetoric of Transformation. *Ritual Healing. Culture, Medicine, and Psychiatry*, núm7.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, Vol. 18, No. 1., pp. 5-47.
- Csordas, T. y Kleinman, A. (1996). The Therapeutic Process. En Sargent and Johnson (Eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger, Westport, CT and London.
- D'Angelo, A. (2013). Mujeres, corporalidad y bienestar alternativo en la publicidad. *Tramas*, 39, pp. 85-117.
- De Certau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano I*. ITESO.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Dominguez Mon, A., Perez, S. y Perner, S. (2014) *De la agencia social a la salud colectiva: Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas*. Universidad Nacional de Río Negro.
- Douglas, M. (1996). *Estilos de pensar. Ensayos críticos sobre el buen gusto*. Gedisa editorial.
- Durkheim, E. (1993). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Alianza Editorial.
- Durkheim, E. y Mauss, M. (1963). *Primitive Classification*. Cohen and West.
- Epele, S. (1994). La Relación Médico -Paciente en el Cáncer Terminal. *Revista chilena de antropología*, vol. 12, 87 – 94.
- Epele, S. (1997). Lógica causal y auto cuidado. *Revista de centro de estudios etnolingüísticos y antropológicos sociales*, vol. 3, 87 – 94.
- Fadlon, J. (2005). *Negotiating the Holistic Turn. The domestication of Alternative Medicine*. State University of New York Press.

- Favret-Saada, J. (2005). 'Être affecté' de Jeanne Favret-Saada. *Cadernos de Campo*, N°13. S.o Paulo: USP, pp. 155-161 (traducción Paula Siqueira)
- Finkler, K. (2004). Biomedicine globalized and localized: western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital. *Social Science & Medicine*. 59, p. 2037-2051
- Foster, G. M., & Anderson, B. (1978). *Medical anthropology*. Wiley.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo veintiuno editores.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. Volumen I. Siglo XXI*.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Ediciones la Piqueta.
- Franco, T.B. (2006). As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. En Pinheiro, R. & Matos, R.A. *Gestão Em Redes*. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO
- Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 7 (1):9-20, Enero – Abril.
- Freidin, B. (2010). Perspectivas de los médicos acupuntores sobre su práctica y el potencial de la medicina integrativa. *Revista de Humanidades Médicas*, vol. 1, 1 – 29.
- Freidin B. (2014) *Proyectos profesionales alternativos: Relatos biográficos de médicos que practican medicinas no convencionales*. Ediciones Imago Mundi, Buenos Aires.
- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2010) *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires. Perspectivas y Experiencias de los usuarios*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires.
- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 505-518.
- Fryer, G. (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: the mechanisms. *Int. J. Osteopath. Med.* 25, 30–41. doi: 10.1016/j.ijosm.2017.05.002
- Gale, N. (2007). *Knowing the body and embodying knowledge: an ethnography of student practitioner experiences in osteopathy and homeopathy*. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in Sociology. University of Warwick, Department of Sociology.
- Gale, N. (2011). From body-tall to body-stories: body work in complementary and alternative medicine. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 33, No. 2, p.237-251. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01291.x
- Gale, N. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass* 8/6 (2014): 805–822.

- Garro, L. (2003). Narrating troubling experiences. *Transcultural psychiatry*. Vol 40 (1):5-43.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa editorial, Barcelona.
- Geest, S. V. D. y Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, vol. 59 (2004) 1995–2001.
- Gesler, W.M. (1992). Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. *Soc. Sci. Med.*, vol. 34. No 7, pp. 735-746.
- Gesler, W.M. (1993). Therapeutic landscapes: theory and a case study of Epidauros, Greece. *Society and Space*, vol. 11.
- Gibson, D. (2004). The gaps in the gaze in South African hospitals. *Social Science & Medicine*, 59, pp. 2013-2024.
- Giumbelli, E (2012). *A religião em hospitais: espaços (inter)religiosos em Porto Alegre*. Anais da 28a. Reunião Brasileira de Antropologia, São Paulo.
- Giumbelli, E. (2006). Espiritismo e medicina: introjeção, subversão, complementaridade. En: Isai, A.C.(Org.). *Orixás e espíritos: o debate interdisciplinar na pesquisa contemporânea*. EDUFU.
- Giumbelli, E. (2011) A noção de crença e suas implicações para a modernidade: um diálogo imaginado entre Burno Latour e Talal Asad. *Horizontes Antropológicos*, ano 17, n. 35, p. 327-356, jan./jun.
- Goffman, E. (1970). *Ritual de la interacción*. Tiempo Contemporáneo.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Good, B. (1994). A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain. En DelVecchio, Brodwin, Good and Kleinman (Eds) *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. University of California Press.
- Gregory, D. y Urry, J. (1985). *Social Relations and Spacial Structures*. Macmillan.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Tinta limón ediciones.
- Guber, R. (2006). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Norma.
- Howes, D. (2014). El creciente campo de los estudios sensoriales. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, vol. 6, núm. 15, agosto-noviembre, pp. 10-26.
- Huss, B. (2014). Spirituality: the emergence of a new cultural category and its challenge to the religious and the secular. *Journal of Contemporary Religion*, 29:1, 47-60.

- Idoyaga Molina, A. (2003). *Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina*. Ediciones IUNA.
- Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, vol. 27, 117 – 187.
- Idoyaga Molina, A. (2015). Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina. *Ciências Sociais e Religião*, ano 17, n. 22, p. 15-37, jan-jul.
- Idoyaga Molina, A y Luxardo, N. (2004). Los pacientes con cáncer y la complementariedad terapéutica en Buenos Aires. *Kallawaya*, vol. 11, 67 – 8.
- Idoyaga Molina, A y Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *MEDICINA (BUENOS AIRES)*, vol. 65, 390 – 394.
- Idoyaga Molina, A y Sarudiansky, M. (2011) Las medicinas tradicionales en el Noroeste Argentino. Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. *Argumentos - Estudios Críticos de la Sociedad*, vol. 24, 315 – 335, México.
- Idoyaga Molina, A. y Ávila Testa, M.C. (2011) La selección y combinación de medicinas entre migrantes peruanos radicados en Buenos Aires. *Anthropos*, 1 – 15.
- Idoyaga Molina, A y Ávila Testa, M.C (2013) Medicina natural, complementariedades terapéuticas y estrategias de atención en la población peruana asentada en Buenos Aires. *Revista Peruana de Antropología*, vol. 1, 55 – 66.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.
- Ingold, T. (1995). Building, dwelling, living: How animals and people make themselves at home in the world. In M. Strathern (Ed.), *Shifting contexts: Transformations in anthropological knowledge*. Routledge.
- Ingold, T. (2012) Trazendo as coisas de volta a vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, ano 18, n.37, p.25-44, jan./jun.
- Johannessen, H. (1996). Individualised knowledge: reflexologists, biopaths and kinesiologist in Denmark. En Cant, S. and Sharma, U. (orgs) *Complementary and alternative medicine. Knowledge in practice*. Free Association Books.
- Katz, P. (1981). Ritual in the operating room. *Ethnology*, vol. 20, pp. 335–350.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci & Med. Vol. 12*, 85-93.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.

- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kleinman, A. (1996). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press.
- Koch, A. y Binder, S. (2013). Holistic Medicine between Religion and Science: A Secularist Construction of Spiritual Healing in Medical Literature. *Journal of Religion in Europe*, 6, 1-34.
- Korman, G. y Garay C. (2018). Mindfulness: del optimismo de lo nuevo a la moderación de la ciencia. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, vol. 10, 136 – 14.
- Kunin, J. (2019) *El poder del cuidado: Mujeres y agencia en la pampa sojera argentina*. Tesis de Doctorado en Antropología Social. Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín.
- Laplantine, F. (1999) *Antropología de la enfermedad*. Ediciones del Sol.
- Latour, B. (1991). *Nunca fuimos modernos*. Siglo XXI editores.
- Latour, B. (2008) *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Editorial Manantial.
- Ludueña, G. A. (2006). Etnografía del espacio en monasterios de clausura en la Argentina. En G. Wilde y P. Schamber (Comps.), *Simbolismo, ritual y performance*. Paradigma Indicial. Antropología Estructural.
- Luxardo, N. (2005). Narrativas sobre el cáncer. La experiencia de enfermedad entre población del conurbano bonaerense. *Signos Universitarios*, vol. 24, 143 – 156.
- Luxardo, N. (2006). Tejiendo tramas para explicar el cáncer. *Mitológicas*, vol. XXI, 9 – 1.
- Luxardo, N. (2008). Entre la narrativa y la vivencia. Lecturas a partir del cáncer. *Revista Sociales Nueva Época*, vol. 4, 30 – 38.
- Luz, M. T (1996). *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Luz, M. T. (2005) Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Rev. Saude Colectiva* 15(Suplemento): 145-176.
- Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., de Vries, S., & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Journal of epidemiology and community health*, 60(7), 587–592.
- Martin, E. (2007). Aportes al concepto de ‘religiosidad popular’: Una revisión de la bibliografía argentina de los últimos veinticinco años". En M. J. Carozzi y C. Ceriani

- (orgs), *Ciencias Sociales y Religión en América Latina: Perspectivas en debate*. pp. 61-86. Biblos/ACSRM.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrativa structure of experience*. Cambridge University Press.
- Mattingly, C. (2010). *The paradox of hope. Journeys through a clinical borderland*. University of California Press.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Tecnos.
- Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz.
- McGuire, M. (1993). Health and Spirituality as Contemporary Concerns. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 527, Religion in the Nineties, pp.144-154
- McKone, W. (1997). *Osteopathic Athletic Health Care. Principles and practice*. Chapman & Hall.
- McKone, W. (2001). *Osteopathic medicine: Philosophy, Principles and Practice*. Blackwll Science.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En *La Antropología Médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8 (1). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, vol. 1, núm. 1, enero-abril, pp. 9-32.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16:e2615, doi:10.18291/sc.2020.2615
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em Merhy, E., Onocko, R. (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.
- Merhy, E.E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Universidad Nacional de Lanús. Edunla Cooperativa.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la Percepción*. Planeta-Agostini.
- Miles, P. y True, G. (2003). Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Altern Ther Health Med*, ;9(2):62-72.

- Mol, A. (2008). *The logic of Care. Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Norwood, F. (2006). The Ambivalent Chaplain: Negotiating Structural and Ideological Difference on the Margins of Modern-Day Hospital Medicine. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 25:1, 1-29.
- Olmos Álvarez, A. (2015). Venid a mi todos los afligidos'. Salud, enfermedad y rituales de sanación en el movimiento católico carismático del Padre Ignacio. *Ciencias Sociales y Religión*, vol.17, 52–70.
- Olmos Álvarez, A. (2018). Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino *Salud Colectiva*, vol.14,225–240.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*. Organización Mundial de la Salud.
- Paulus, S. (2013). The core principles of osteopathic philosophy. *Int. J. Osteopath. Med.* 16, 11–16. doi: 10.1016/j.ijosm.2012.08.003
- Prior, L. (1988). The architecture of the Hospital: A Study of Spatial Organization and Medical Knowledge. *The British Journal of Sociology*, vol. 39, No 1, pp. 86-113.
- Puglisi, R. (2015). La “energía” que crea y sana: representaciones corporales y prácticas terapéuticas en devotos de Sai Baba. *Ciencias Sociales y Religión/Ciencias Sociais e Religiao*, ano 17, n. 22, p.71-89, jan-jul.
- Rose, N. (1996). Foucault and political reason. Liberalism, neoliberalism and rationalities of government. En Andrew, B., Osborne, T. y Rose, N. (Comp), *Governing “advanced” liberal democracies*. The University Of Chicago Press.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: the shaping o the private self*. Free Association Books.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida*. Unipe.
- Rossi, I. (2011). La parole comme soin: cancer etpluralisme thérapeutique. *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.659>
- Saizar, M. (2006a) Reflexiones en torno de la complementariedad terapéutica entre usuarios del yoga en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, vol XXI, 23-46.
- Saizar, M. (2006b) Yoga y complementariedad terapéutica en el área Metropolitana. *Mitológicas*, vol. 21, 8 – 29.
- Saizar, M. (2006c) La inclusión del yoga como terapia complementaria en los tratamientos psicoterapéuticos cognitivos en Buenos Aires (Argentina). *Revista Brasileira de Sociología de las Emociones*, vol. 5,67–79.

- Saizar, M. (2019). Las marcas de lo sagrado en el campo público de la salud. Abordajes desde la religión y la espiritualidad en Argentina. *Nueva Época*, n°4 julio-diciembre, 2019, pp. 161-182, ISSN: 0188-4050
- Saizar, M. y Bordes, M. (2014a). ¿Hospitales New Age o Terapias alternativas medicalizadas? Alcances y límites de la inserción de las terapias alternativas en hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). En M. Blázquez Rodríguez, M, Cornejo Valle y J. Flores Martos (Coord.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: saberes, agencias y prácticas periféricas*. Publicaciones URV.
- Saizar, M. y Bordes, M. (2014b). Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina) *Mitológicas*; Año: 2014 vol. XXIX p. 9 – 24. Bueno Aires.
- Saizar, M. y Bordes, M. (2017) *Alternative Therapies in Latin America. Policies, practices and beliefs*. Nova Science Pub Inc.
- Saizar, M. y Bordes, M. (2019). Terapias no-convencionales en contextos hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires. Un estudio de las motivaciones de especialistas alternativos y biomédicos. *Sau. & Transf. Soc*, Florianópolis, v.10, n. 1/2/3, p. 34-43
- Saizar, M. y Korman, G. (2012). Interactions between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Autonomous City of Buenos Aires. *Sage Open*, 1-13, Washington.
- Saizar, M., Saudiansky, M. y Korman, G. (2013). Salud Mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología e Sociedade*, vol 25. P. 451 -460
- Schavelzón, J. (1992). *Psique. Cancerología. Psicología-Psicoterapia-Psi-cofármacos*. Editorial Científica Interamericana.
- Shaw, J. (1987). Reflexology. *Health Visitor*, 60(11): 367.
- Shuval, J., Mizrachi, N. y Smetannikov, E. (2002). Entering the Well-guarded Fortress: Alternative Practitioners in Hospital Settings. *Social Science & Medicine* 55(10): 1745–55.
- Sirvent, M. T. (1999). *Cultura popular y participación social. Una investigación en barrio de Mataderos (Buenos Aires)*. Miño y Dávila Editores.
- Snyder, M. y Lindquist, R. (2006). *Complementary & alternative therapies in nursing*. Springer publishing company.
- Snyderman, W. (2002). Integrative Medicine: Bringing Medicine Back to Its Roots. *Arch Intern Med*.2002; 162(4):395–397.
- Sointu, E. (2012). *Theorizing complementary and alternative medicines. Wellbeing, self, gender, class*. Palgrave macmillan.

- Sointu, E. y Woodhead, L. (2008). Spirituality, gender, and expressive selfhood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(2): 259-276.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6 (3): 275-293.
- Stein, D. (2004). La historia del Reiki. *Reiki Esencial*. Robin Book.
- Stoller, P. (1989). *The taste of ethnographic things: the senses in anthropology*. University of Pennsylvania Press.
- Stoller, P. (1984). Sound in Songhay cultural experience. *American Ethnologist*. 11:559-70.
- Street, A. (2012). Affective Infrastructure: Hospital Landscapes of Hope and Failure. *Space and Culture*, 15 (1) 44-56.
- Street, A. y Coleman, S. (2012). Introduction: real and imagined spaces. *Space and Culture*, 15 (1) 4-17.
- Toniol, R. (2015). Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y Religión* N°43, Vol XXV, 110-143.
- Toniol, R. (2017). O que faz a espiritualidade?. *Religião & Sociedade*, 37(2), 144 - 175. <https://dx.doi.org/10.1590/0100-85872017v37n2cap06>
- Toniol, R. (2018). *Do Espírito na Saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. LiberArs.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.
- Turner, B. (1992). *Regulating Bodies. Essays in medical sociology*. Routledge.
- Turner, B. (2008). *The body & Society. Explorations in social theory*. SAGE.
- Ulrich, R., Simons, R., Losito, B., Fiorito, E., Miles, M. y Zelson, M. (1991). Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology*. 11: 201-230.
- van der Geest, S. (2005). 'Sacraments' in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery. *Anthropol Med*. Aug 1;12(2):135-50.
- van der Veer, P. (2009). Spirituality in Modern Society. *M M G Working Paper*, 09-10.
- Vaucher, P., Macdonald, R. J. D., and Carnes, D. (2018). The role of osteopathy in the Swiss primary health care system: a practice review. *BMJ Open*, 8:e023770. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023770

- Viotti, N. (2007) Entre el cuerpo y el alma. Enfermedades graves y terapias ‘holistas’ entre sectores medios de Buenos Aires. En Idoyaga Molina, A. (Ed.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. CAEA-UINA.
- Viotti, N. (2011). Notas sobre socialidad y jerarquización en la nueva religiosidad de los sectores medios urbanos. *Papeles de trabajo*, a. 5, n. 8, p. 135-152.
- Viotti, N. (2018). Más allá de la terapia y la religión: Una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar. *Salud Colectiva*, 14(2):241-256.
- Waldram, J.B. (2000). The efficacy of traditional medicine: Current theoretical and methodological issues. *Medical Anthropology Quarterly*. 14(4).
- White, P., Hillman, A. y Latimer, J. (2012). Ordering, Enrolling, and Dismissing: Moments of Access Across Hospital Spaces. *Space and Culture*. 15 (1) 68-87.
- Wiese, M.; Oster, C.; Pincombe, J. (2010) Understanding the Emerging Relationship Between Complementary Medicine and Mainstream Health Care: A Review of the Literature. *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 14(3): 326–42.
- Wolkowitz, C. (2002). The social relations of body work. *Work, Employment and Society*, 16, 3,497–510.
- Woodhead, L. (2007). Gender differences in religious practice and significance. *The Sage handbook of the sociology of religion*, 566-586.
- Woodhead, L. y Heelas, P. (2000). *Religion in modern times: An interpretative anthology*. Blackwell.
- World Health Organization (2005). *WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine*. Centre for Health Development.
- World Health Organization (2010). *Benchmarks for training in the traditional/complementary and alternative medicine – benchmarks for training in osteopathy*. World Health Organization.
- Wright, P. (2008). Las religiones periféricas y la etnografía de la modernidad latinoamericana como un desafío a las Ciencias de la Religión. *Caminhos*, v. 6, n. 1, Pp. 83–99.
- Zapata, L. y Genovesi, M. (2013). Jeanne Favret-Saada: “Ser Afectado” como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. *Ava, Revista de Antropología*, número 23, pp. 49-67.