



“DE ESTO MEJOR NI HABLAR”: OMISIONES Y REFORMULACIONES DE LO SAGRADO POR PARTE DE TERAPEUTAS ALTERNATIVOS QUE TRABAJAN EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS

“Better not talk about this”. Omissions and reformulations of the sacred by alternative therapists working in hospital settings

MARIANA BORDES

CONICET-CAEA
marianabordes@conicet.gov.ar.

MERCEDES SAIZAR

CONICET-CAEA
mercedessaizar@conicet.gov.ar

Resumen

En este trabajo, nuestro interés se centra en el análisis de las prácticas terapéuticas alternativas en contextos hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). Sobre la base de materiales originales provenientes de entrevistas semi-dirigidas a reflexólogos y reikistas que se desempeñan como voluntarios en distintas instituciones, se analizan los modos en que los especialistas alternativos gestionan la dimensión de lo religioso/sagrado en sus saberes y prácticas, como parte de una estrategia general tendiente a resolver conflictos emergentes y/o potenciales con el campo de la medicina oficial. Nos interesa reflexionar acerca de los alcances y límites del tratamiento alternativo en el hospital, partiendo de dos categorías centrales al discurso alternativo, como son las de holismo y energía; los modos en que éstas son enfatizadas o invisibilizadas en las prácticas y discursos y el impacto que estas restricciones tienen en el proceso terapéutico y la definición del rol de los especialistas al interior del hospital.

Palabras claves: Hospital – Terapias Alternativas- Holismo-Energía- Sagrado

Abstract

In this work, our interest is focused on the analysis of alternative therapeutic practices in hospital settings of the City of Buenos Aires (Argentina). Based on original materials from interviews semi-directed to reflexologists and reikiists who work as volunteers in the institution, we analyze the ways in which alternative specialists manage the dimension of religious/sacred in their knowledge and practices, as part of a general strategy tending to solve emerging and/or potential conflicts with the field of meanings of official medicine. In this sense, we are interested in reflecting on the scope and limits of alternative treatment in the hospital, starting from two central categories to alternative discourse, such as those of holism and energy. We are focusing on how these notions are emphasized or made invisible in practices and discourses and the impact that these restrictions have on the therapeutic process and the definition of the role of specialists within the hospital.

Key Words: Hospital- Alternative Therapies- Holism- Energy- Sacred

INTRODUCCIÓN

En un proceso histórico que se inició en el Renacimiento (Norwood, 2006) y que tuvo su punto máximo en la etapa de formación de los Estados-nación, la racionalidad biomédica y sus prácticas institucionales han logrado imponerse, en nuestro país y en Occidente en general (Good, 1994), como el único sistema médico legalizado y ofertado por el Estado (Belmartino, 1988). Esta situación, sin embargo, no ha implicado la desaparición de otras epistemologías del cuidado, ni en lo que se refiere a la atención de la salud en general, ni en el marco de sus instituciones más emblemáticas, como el hospital. La sociología y antropología médicas han propuesto un criterio de abordaje del hospital en tanto espacio de realidades múltiples, en el que la biomedicina convive con —e incluso se retroalimenta de— prácticas no-biomédicas (Street y Coleman, 2012); habilitando inclusive la coexistencia, siempre negociada, con la religión y la espiritualidad (Van der Geest y Finkler, 2004; Toniol, 2015). Esto implica distanciarse de la mirada que sitúa a la institución hospitalaria como un territorio aséptico, enfocado en la dimensión meramente biológica del cuerpo, para pasar a interpretarla como un espacio complejo, de márgenes porosos, en el que una diversidad de fenómenos, agencias y agentes se encuentran en permanente tensión y redefinición (Cant y Sharma, 1996; Fadlon, 2005; Reimer-Kirkham et al, 2011).

En esta oportunidad, nos interesa contribuir al análisis del hospital como *locus* de prácticas terapéuticas diversas, haciendo hincapié en las denominadas medicinas alternativas¹. El objetivo general del artículo apunta a dar cuenta del modo en que los especialistas que forman parte de este universo terapéutico intentan gestionar la dimensión de lo religioso/sagrado implicada en sus saberes y prácticas, dentro de una estrategia general tendiente a resolver conflictos emergentes y/o potenciales con otros campos de sentidos –especialmente la medicina oficial. Para ello, nos enfocamos en el caso de los terapeutas alternativos que desarrollan actividades como voluntarios en el marco de diferentes servicios hospitalarios, en instituciones públicas de la Ciudad de Buenos Aires. Si bien existe en la actualidad una diversidad de ofertas no-convencionales en hospitales de la ciudad y el gran Buenos Aires², nos centramos en el análisis de la perspectiva de dos grupos de terapeutas con mayor presencia en nuestro campo de estudio: reflexólogos y reikistas³. Asimismo, enfocamos el modo en que las categorías de holismo y energía son pensadas, gestionadas y ajustadas, en virtud de la referencia que suponen en relación con lo sagrado. Los materiales originales que dan sustento a este trabajo son el fruto de entrevistas semi-dirigidas con terapeutas alternativos en el período 2015-2017. Se inscribe en un proyecto de investigación de mayor amplitud⁴ que, mediante un abordaje cualitativo, se propone identificar, describir y analizar las dinámicas de inserción, práctica y coexistencia de las medicinas no-convencionales en el contexto de hospitales públicos de la ciudad.

¹ Retomando los debates en torno a la definición de estas prácticas, adherimos a la propuesta de Idoyaga Molina (2015: 16): *“Las medicinas alternativas, que no son tradicionales en la Argentina, no comparten el paradigma de la biomedicina y mayoritariamente se han expandido en las últimas décadas ligadas con los fenómenos de la new age, y se instalan sin la necesidad de que haya procesos de migración poblacional”*.

² Para una descripción de los servicios de voluntariado alternativo en hospitales generales sugerimos la lectura de Saizar, Bordes y Sarudiansky (2011)

³ Brevemente, podemos distinguir estas terapias alternativas por su técnica preponderante. El reiki puede definirse como una práctica que busca la manipulación de la energía universal e individual mediante el uso de símbolos sagrados y de la imposición de las manos del terapeuta en el cuerpo del paciente; mientras que la reflexología se enfoca en la estimulación manual de ciertos puntos que, en pies o manos, reflejan órganos y sistemas del cuerpo.

⁴ PIP CONICET 00663 “Dinámicas de inserción y prácticas de las medicinas no-convencionales en ámbitos oficiales de la salud: el caso del Hospital de Clínicas (Ciudad de Buenos Aires)”.

LA ESPIRITUALIDAD ALTERNATIVA: CAMBIOS Y CONTINUIDADES

Las denominadas terapias alternativas emergieron como fenómeno de interés para las ciencias sociales en el marco de la creciente visibilidad de una serie de movimientos contraculturales que, desde la década de 1970, postularon la necesidad de un retorno a la naturaleza, frente al desencanto producido por la cultura moderna bajo su forma tecnocrática y la percibida artificialidad de las imposiciones sociales (Campbell, 2005). En este contexto, comienza un proceso de creciente difusión de estas terapias concebidas, en un principio, como una de las manifestaciones del circuito Nueva Era (Amaral, 2001; Carozzi, 2001). Esto captó particularmente la atención de las subdisciplinas de las ciencias sociales de la religión, en virtud del modo innovador en que se delineó una forma específica de religiosidad asociada a la noción de “espiritualidad”. De acuerdo con lo consignado por diferentes autores, esta espiritualidad puede contemplar dos grandes aspectos: por un lado, la preeminencia del postulado de la dimensión personal de lo sagrado, considerando al individuo como portador de una divinidad íntima –o de un *self* interno no socializado, como propone Heelas (1996)-, opera una ruptura con la idea de un Dios externo y trascendente y pone de manifiesto, en última instancia, una relación estrecha entre persona y cosmos; siendo este último el *locus* de lo sagrado en términos immanentes (Amaral, 1999). En segundo lugar –y como corolario de lo anterior- la ausencia de una adscripción a instituciones análogas a las iglesias y sin la mediación de “sacerdotes”, abrió el debate en torno del rol central del individuo en lo relativo a la construcción de la autoridad religiosa, dando lugar a propuestas conceptuales como las de “religiosidad a la carta” (De la Torre, 2006) y nebulosa místico-esotérica (Champion y Hervieu-Léger, 1990). Las terapias alternativas, en este marco, se constituyen en técnicas verbales/corporales no alopáticas, puestas al servicio de una potencial sanación resultado de un reequilibrio energético de su corporeidad, con la meta de generar una transformación personal y del entorno (Heelas, 2008). En este esquema, cabe destacar, los especialistas-terapeutas actúan como “facilitadores” del cambio y no como autoridades plenas, en virtud de la consideración de que el individuo es el principal responsable de la búsqueda y mantenimiento de su salud (Baer, 2003).

Ahora bien, en los últimos años se registran distintos procesos que transforman el modo en que la espiritualidad “alternativa” venía siendo experimentada, tematizada y estudiada. Como señala Frigerio, lo que más ha llamado la atención en el ámbito académico de la religión, es la ampliación e independización del término respecto de las redes del movimiento “Nueva Era”, adquiriendo una

“popularidad previamente impensada” en otros ámbitos sociales, como el del consumo y el mercado (2016: 210). También resulta interesante destacar el inicial y creciente rechazo que, desde los propios actores sociales involucrados en el movimiento, fue evidenciándose respecto del vocablo mismo *New Age* (Carozzi, 1999). Todo lo cual resulta interesante ya que, si el primer proceso supone una demostración del éxito sociocultural de esta matriz de significación y encauzamiento de las relaciones sociales (capaz de rebasar los circuitos que le dieron origen), el segundo fenómeno constituye una expresión de los límites de autoidentificarse con un discurso contracultural en el momento de producir enunciados y/o prácticas, sobre todo cuando se trata de ser aceptados por las ortodoxias de cada campo social en cuestión.

Este último es el caso de los especialistas provenientes del campo “alternativo” que pugnan por hacer valer sus conocimientos y técnicas en el espacio social del arte de curar oficial, monopolizado por la medicina científica. Si bien habitualmente asociados con creencias y valores postmodernos —p.e. la crítica a los grandes relatos de la ciencia (Siahpush, 1999)—, así como con una fascinación por el “otro cultural”, lo esotérico y lo sobrenatural (Lupton, 1994; Leiser, 2003), estos terapeutas operan, como indica Fátima Tavares (1999), una auténtica *dislocación* respecto del universo de significados estrictamente “alternativos”. Inclusive, como lo plantea la literatura esbozada desde la subdisciplina de la sociología médica, el accionar de estos terapeutas supone también una relación ambigua y compleja, nunca definitiva, con las nociones asociadas a la espiritualidad y lo sagrado en general, y la religión alternativa en particular.

LA PROFESIONALIZACIÓN ALTERNATIVA ORIENTADA AL CAMPO BIOMÉDICO

Considerando que estos especialistas concentran sus esfuerzos en devenir “profesionales de la salud” en el campo oficial de ofertas terapéuticas, las acciones asociadas al logro de este objetivo se enfocan en la búsqueda por aceptar (y compatibilizar con) las técnicas y saberes dominantes, con el objetivo de dotarlas de una mayor seriedad o una “perspectiva más creíble” (Cant y Sharma, 1996). En pos de construir este reconocimiento dentro del campo de la salud oficial, pueden mencionarse dos estrategias principales que llevan adelante: (1) aquellas que consisten en sentar las bases profesionales de las disciplinas específicas a las cuales adscriben, lo que se ha designado conceptualmente como *procesos de profesionalización* (Freidson, 1988; Larson, 1979). Esta vía supone poner

el foco en la organización de una política interna centrada en la formalización/estandarización de la producción, transmisión y puesta en práctica del conocimiento -lo que incluye la unificación de programas educativos, la creación de asociaciones y la atribución de “credenciales”-; así como los esfuerzos por obtener avales externos –en el nivel gubernamental, agrupaciones/instituciones médicas, compañías de seguro, etc.- (Saks, 2001). Y (2) En términos epistemológicos, se afirma la tendencia de los terapeutas a reelaborar las matrices interpretativas del universo “alternativo”, de modo tal de encuadrarlas en la retórica científica y, así, lograr atravesar la barrera que los sitúa como *outsiders* (p.e. Welsh et al., 2004). Si la espiritualidad terapéutica Nueva Era se caracteriza por constituir una narrativa sincrética construida en torno a ciertas categorías básicas como “holismo”, “energía” y “vibración” que poseen una fluidez discursiva que habilita la articulación de sentidos diversos, es interesante observar que los mismos procesos de sincretismo y reelaboración semántica se dan entre Nueva Era y la biomedicina. Teniendo en cuenta esta flexibilidad semántica, se comprende la tendencia de los especialistas alternativos para “ajustar” sus narrativas diagnósticas y terapéuticas según las audiencias a las que se dirijan, en especial si su trabajo se desenvuelve en hospitales; lo cual conlleva el abandono y/o reformulación de aquellas nociones que implican una mayor distancia cultural respecto del discurso médico-científico, es decir, aquellas de raigambre oriental o que presupongan elementos metafísicos y/o religiosos (Fadlon, 2005)⁵.

Ahora bien, el juego de adaptaciones y negociaciones que llevan a cabo los terapeutas alternativos, que en este ámbito se autodenominan “complementarios”, asumen rasgos específicos si –además- se toma la referencia del hospital como escenario de sus prácticas.

⁵ Esto nos reenvía a la gran capacidad de estas opciones terapéuticas de amalgamar nuevos elementos en virtud de la flexibilidad/plasticidad de sus soportes cosmovisionales, posibilitando transacciones de sentido con otros sistemas simbólicos, tanto médicos como religiosos. Esta capacidad habilita a “ampliar” las articulaciones posibles con sistemas diversos –por ejemplo, un especialista en reflexología que incorpora nociones de la anatomía y la fisiología de la medicina oficial, un instructor de yoga que vehiculiza nociones asociadas a taxa vernáculos de la medicina tradicional (daño, mal de ojo). Pero también puede conducir a una progresiva “reducción” del vocabulario esgrimido, como en el caso de la articulación con sistemas expertos que exigen una alta especialización (espacios biomédicos) (De la Torre et al, 2013)

Como señala la literatura sobre el tema, el hospital emerge hacia fines del siglo XIX como la institución de referencia del saber y la práctica biomédica, en términos ideológicos, epistemológicos e institucionales (Shuval, Mizrachi y Smetannikov, 2002). Esta centralidad, empero, supuso un proceso de mutación de sus rasgos originales, mediante un pasaje en tanto instituciones de caridad y cuidado de los pobres y menesterosos (Coe, 1984) a un espacio de atención de la enfermedad bajo estrictos criterios que buscaron de manera creciente delimitar lo científico de lo no-científico. Este proceso de construcción y posicionamiento puso en marcha una serie de mecanismos demarcatorios –que operan aún hoy- caracterizados por habilitar el intercambio con otros saberes, de acuerdo con una lógica: (1) de cooptación/subordinación de aquellas formas terapéuticas consideradas más asimilables a su epistemología biologicista (pero también de saberes articulables con las aspiraciones más humanistas de la disciplina), y (2) de exclusión/persecución de los considerados más “exóticos” o irracionales, en especial si aspiran a constituirse en competidores en el ejercicio de la medicina (Saks, 2001). Esto permite comprender la pervivencia en hospitales modernos de un amplio espectro de prácticas no-biomédicas (incluso las que involucran una lectura sacralizada de la realidad). Gracias a sus instancias de control y sanción selectivas, estos devienen espacios relativamente abiertos en los que –según Giumbelli y Toniol (2017) y Toniol (2015)- el discurso biomédico puede validar categorías como la de espiritualidad de manera totalmente legítima. De acuerdo con esta revisión, adquiere sentido el análisis que sigue, en torno de los esfuerzos alternativos por reformular dos ejes centrales de sus prácticas en el ámbito hospitalario (el trabajo holístico y el energético), con vistas a adaptarse a los requerimientos epistemológicos y organizacionales de la biomedicina.

CUERPO, MENTE, ESPÍRITU: ALCANCES Y LÍMITES DEL TRATAMIENTO HOLÍSTICO EN EL HOSPITAL

Podría afirmarse que el holismo constituye una de las banderas más visiblemente esgrimidas del ideario y la retórica alternativos en pos de distanciarse de otras ofertas en el campo de la salud. Y este no deja de ser el caso de los terapeutas que desarrollan sus prácticas en el hospital. Sin embargo, las dinámicas que se generan dentro de esta institución terminan moldeando una forma específica en que este tipo de abordaje termina siendo conceptualizado, legitimado y puesto en práctica. Esta variante del holismo adquiere rasgos que podríamos caracterizar como *restringidos*, considerando aquellos modos de hablar y/o de

hacer que los especialistas dejan de lado en el marco de la cotidianeidad hospitalaria.

En términos generales, el carácter holístico de las terapéuticas vehiculizadas se asocia en la literatura sobre el tema con la idea de la *persona como totalidad*, que se expone cuando los informantes recurren en sus explicaciones a enunciados tales como “*nosotros somos un todo*” y “*hay que trabajar con la persona*”, lo que corresponde a la convicción de que el cuerpo no puede entenderse de manera fragmentada - sea reduciéndolo a su dimensión puramente orgánica/material, sea desmembrando ese cuerpo en sus partes componentes. Asimismo, el discurso holístico es identificado con el carácter interconectado de las distintas entidades que componen a la persona, considerando cuerpo, mente, emociones, espíritu, relaciones y las consecuencias o “beneficios derivados” (Baarts y Pedersen, 2009) que este foco integral comporta, como el “despertar” de las experiencias corporales y la reflexión sobre el sí-mismo (*self*) que los tratamientos habilitan, un incremento de la agencia del paciente (en virtud de su participación activa en la toma de decisiones sobre su propia salud) y, por ende, de su compromiso en la situación terapéutica (Sointu, 2006; en América Latina Maluf, 2005; Saizar, 2018).

Ahora bien, en el contexto hospitalario se imponen diferentes condicionamientos (explícitos e implícitos) al accionar alternativo, que enfrentan a los terapeutas al desafío de elaborar respuestas adecuadas, gestionando las tensiones que -en mayor o menor medida- emergen respecto de ciertos supuestos asociados al modelo holístico. Diferentes autores han denominado este tipo de actitud como una adecuación “pragmática” (Givati, 2015) ante las situaciones terapéuticas que propone el hospital u otros ámbitos biomédicos. Según lo analizado por nosotras, esta adecuación puede reflejar tanto una aceptación (relativa o total) de los valores que subyacen a las nuevas pautas de trabajo, como un mero acatamiento que se limita a forjar una “presentación de sí” (Goffman, 1971) en los términos que la organización lo requiere. En nuestro trabajo de campo identificamos al menos tres de estos condicionamientos que repercuten sobre el modo en que el holismo es practicado, los cuales expondremos a continuación.

En primer lugar, se destaca una limitante estructural de los ámbitos hospitalarios, relativa a la disponibilidad de recursos, que en este caso identificamos en los términos del espacio-tiempo con el que cuentan los terapeutas alternativos para desarrollar sus actividades. Las posibilidades de contar con una habitación o sala en condiciones óptimas para que los profesionales de la salud desarrollen sus tareas se ven reducidas en el marco de

los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires (al menos, esto puede afirmarse en los casos donde observamos la presencia de ofertas alternativas) en virtud de la relación desfavorable entre la alta demanda de lugares para la atención⁶ y la cantidad/calidad de espacios libres. El espacio como bien escaso, así como las pugnas que se despliegan en torno del mismo por parte de los profesionales de la salud (a lo que también hay que añadir la propia demanda de los pacientes que acuden al tratamiento) afecta sin dudas la frecuencia y duración de la oferta de estas terapias no-convencionales, repercutiendo sobre todo en una reformulación de la organización del tratamiento.

En el caso del reiki, una sesión en consultorio privado admite un lapso de trabajo de aproximadamente una hora, la cual contempla un recorrido en que la imposición de manos se detiene un intervalo estipulado de minutos en cada centro de energía o *chakra*, considerando frente y dorso del cuerpo. En ámbitos hospitalarios, esta posibilidad no resulta viable para el grupo de voluntarios, decidiéndose por parte de los coordinadores una sesión reducida de quince minutos. Sin dudas esta opción plantea una serie de rechazos e inquietudes, siendo la principal la que involucra los alcances de la eficacia de la terapia, como señala este fragmento de entrevista:

Y también lo difícil es confiar en que la energía va a fluir y que va a producir prácticamente el mismo efecto de una hora.... Eso también es difícil, el soltarse y confiar. Cuesta al principio, pero nosotros ya lo hemos comprobado, así que los animamos a que lo hagan [los voluntarios] de esa forma, más que los animamos los obligamos, pero bueno... (Entrevista a reikista, A.)

Sin dudas, todas las técnicas corporales vehiculizadas desde el ideario alternativo suelen mantener una secuencia predeterminada de movimientos que, con más o menos modificaciones en cuanto al orden, debe ser respetada si se intenta garantizar el reequilibrio de todas las dimensiones de la persona a tratar, sin correr el riesgo de generar nuevos desequilibrios. Sin embargo, en la narrativa de la informante (que expone asimismo el parecer de otros reikistas) se afirma que, a pesar de no cumplirse esta regla, se registra una comprobación de los efectos positivos de la terapia. Esto nos reenvía a un aspecto que remarca la persistencia de la mirada holística alternativa a pesar de las restricciones hospitalarias: nos

⁶ No hacemos referencia aquí a la demanda de habitaciones por parte de pacientes, sino de consultorios y salas (a veces también habitaciones en desuso) que los propios profesionales de la salud utilizan para llevar a cabo sus actividades clínicas y extraclínicas (atención, espacios administrativos, de reunión de equipos de trabajo, descanso, etc.).

referimos a lo que diferentes autores han relacionado con la capacidad curativa del cuerpo. En este sentido, la movilización del monto energético de la persona no sólo acarrea una sensación inmediata de “relajación”, “paź”, “tranquilidad”, “alivio” y, en definitiva, “bienestar” -lo que representa siempre la primera “carta de presentación” de estas terapias en contextos oficiales, poniéndolas como opciones relativamente inocuas que se articulan con las aspiraciones biomédicas del cuidado, centrado en aliviar los padecimientos emocionales y/o espirituales de los pacientes (logrando que estén menos “nerviosos”, garantizando para ellos un “momento” de disfrute). También, desde este enfoque, se recalca que la energía posee tal fuerza que la hace capaz de generar movilizaciones y desbloques, aún en tratamientos en principio incompletos, ya que funciona con una lógica propia que ni siquiera el especialista puede predecir con certeza. Es por ello que, como indica más adelante nuestra informante, siempre “*es mejor un poco [de reiki] que nada*”, frase que se convierte en el eslogan legitimador de esta modalidad de práctica ante sus detractores en el campo de la disciplina. Para ello, además, es condición necesaria la “apertura” de la que sea capaz el paciente, en pos de “*recibir lo que esté dispuesto a recibir y lo que necesita donde lo necesita*”, como se señala en un fragmento de relato.

Para el caso de la reflexología, por su parte, también se registra este condicionamiento estructural. Sin embargo, en virtud de los rasgos propios de la terapia (más similar a un masaje que recorre la totalidad del pie) no resulta tan conflictiva la reducción de los tiempos del tratamiento como en reiki, en tanto habilita de todos modos un recorrido completo. Además de que, sobre todo en los servicios donde se ha logrado obtener un espacio para el ejercicio de la terapia, la adopción del criterio de atención por turnos favorece una atención pormenorizada que no resulta posible desde la atención espontánea (en la que la demanda suele superar espacios y manos disponibles), más habitual en el caso del reiki.

Un segundo condicionante identificado en hospitales en torno al abordaje holístico alternativo es el que se refiere a los rasgos epistemológicos propios de los tratamientos biomédicos en general, que tienden a convertirse en el modelo a seguir de otras modalidades de trabajo terapéutico en este ámbito institucional. Como indica la literatura, el modelo de comprensión de la medicina científica en torno de los procesos corporales puede ser descrito, en palabras de Laplantine (1999), en términos de un estricto *especificismo etiológico*, es decir, que sienta sus bases sobre el hecho de que la identificación de las que son consideradas como evidencias objetivas de enfermedad, se constituye en la precondition para la aplicación de cualquier tratamiento. Leila Launsø (1989) explicita que esta matriz de inteligibilidad de la dolencia puede visibilizarse a partir del esquema X-Y, es

decir, que determina que a una causa X le corresponde necesariamente una terapéutica Y; lo que termina delineando una lógica del tratamiento en términos *estandarizados*. Esta estandarización pone el foco en atender los síntomas específicos, lo que precisamente se contrapone con la filosofía del trabajo terapéutico holístico, fundada en una concepción múltiple y relacional de las causantes de cualquier malestar y no en una unívoca y particionada⁷.

De acuerdo con nuestro trabajo de campo, la tensión antedicha adquiere su mayor expresión en el caso de la reflexología, marco disciplinar en el cual se ha aceptado el desarrollo e implementación de “protocolos” de trabajo. Estos protocolos intentan formalizar, tomando como referencia dolencias/situaciones específicas (hipertensión, cuidados paliativos, sexualidad, neonatología, oncología, obstetricia), movimientos y secuencias del masaje predeterminados; todo lo cual se diseña en íntimo diálogo entre los especialistas reflexólogos y el personal médico con el que trabajan. La principal consecuencia de este acuerdo es, desde el enfoque holístico, el cercenamiento del libre albedrío del terapeuta, que articula dos dimensiones principales: (a) las “habilidades intuitivas”, que se cuentan en mayor o menor medida entre las capacidades sensoriales (innatas o adquiridas) ostentadas⁸ y (b) la lógica propiamente alternativa del tratamiento individualizado (Johanessen, 1994), que involucra no sólo la búsqueda de las causas del malestar (y no del síntoma-consecuencia), sino también un reajuste constante respecto de la idea inicial con la que este tratamiento es concebido, en

⁷ En relación con la reflexología, en Bordes (2013) se especifica el modo en que el combo diagnóstico-tratamiento se funda en la articulación de dos dispositivos de individualización de la corporalidad que habilitan el trabajo holístico: 1) un *dispositivo “objetivo” de individuación* (relativo a la lectura de los signos y/o marcas que la topografía de los pies expresan, que desde la matriz de inteligibilidad de la reflexología es pasible de ser explicado apelando a diferentes criterios que articulan cada manifestación –táctil o visualmente registrable- con el lugar donde se localiza el bloqueo. Ese lugar donde el bloqueo es localizado puede conducir a distintas hipótesis acerca de cuál es el *origen* del desequilibrio que no necesariamente se corresponde con la localización del signo y 2) un *dispositivo “intersubjetivo” de individuación*, representado en la instancia de intercambio verbal que se genera antes y/o después de la sesión manual, que conecta la instancia física con las emociones, la mente y la vida social del individuo.

⁸ Respecto del reiki, estos protocolos no se aplican. Por ende, el despliegue de estas habilidades intuitivas se mantienen (al menos en el grupo con que trabajamos) en tanto, se vislumbra, potencian la terapia en el corto tiempo disponible (“*a veces las manos te piden que te quedes más tiempo en algún lugar*”).

virtud del modo en que el cuerpo reacciona/responde a los estímulos suministrados. Las tensiones generadas se observan en los siguientes relatos:

Los resultados los ves en los pacientes, yo a veces digo, “se lo digo a X [nombre de coordinador], yo preparo las sesiones, lo que tengo que hacer. Pero cuando estoy con el paciente conectando con la mano, me sale otra cosa. X me dice que es normal, que me tengo que dejar guiar. Me dejo guiar y después el paciente agradece lo bien que está, lo bien que duerme (Entrevista a reflexóloga, C.)

Ya te digo, las sesiones de protocolo las tenés que cumplir, vos por ahí en tu consultorio hacés una sesión según cómo vino el paciente. Pero ahí no, tenés que hacer siempre lo mismo... y no es fácil (Entrevista a reflexóloga, M.D.)

Finalmente, un tercer condicionamiento al holismo alternativo que registramos en los hospitales recorridos se refiere a la lógica propiamente profesional de la división del trabajo en el marco hospitalario, que impacta negativamente en la cantidad y calidad de las atribuciones terapéuticas de reikistas y reflexólogos. Como ya mencionamos, uno de los aspectos que hacen al accionar de la medicina científica en defensa de su monopolio en el ámbito oficial de la salud es la capacidad de construir fronteras (*boundaries*) ocupacionales que delimitan el terreno de injerencia cognoscitivo y técnico-práctico que se intenta reclamar para sí (Mizrachi, Shuval y Gross, 2005). En la literatura sobre el tema se señala que pueden registrarse diferentes niveles en que estas fronteras son establecidas, mantenidas y reproducidas –por ejemplo, en el nivel general ciencia y no-ciencia, y en el nivel subdisciplinar. Del mismo modo, se detallan estrategias de control ocupacional en un nivel *macro* (como las llevadas a cabo por asociaciones profesionales) y en nivel *micro*, lo que involucra mecanismos -tácitos y explícitos- en el terreno de las interacciones y las retóricas/narrativas vehiculizadas (Abbott, 1988) –lo que cobra sentido en el caso de ocupaciones que comparten el mismo espacio laboral-.

Sin dudas, las medicinas no-convencionales despiertan diferentes reacciones por parte de diversos sectores del ámbito sanitario, en virtud de la superposición jurisdiccional que se genera en relación con el accionar médico/paramédico. Empero, en nuestro trabajo de campo pudimos vislumbrar una veta del trabajo alternativo en particular que detona el rechazo de los profesionales de la salud y de la organización hospitalaria en general que, por ende, es asumido por los terapeutas como aquel aspecto de la práctica que debe abandonarse en pos de la permanencia en el hospital: se trata del uso de la palabra. Si bien este límite puede ser comprendido en virtud de la amenaza que la presencia de las “alternativas” generan en el ambiente hospitalario respecto del mentado “ejercicio ilegal de la medicina” (enfocado, entre otras cuestiones, a la

prohibición de diagnosticar para aquellos que no ostentan un título habilitante en el campo sanitario), nos interesa aquí resaltar otra implicancia. No sólo se trata del peligro de diagnosticar (entrando en el ámbito de injerencia propiamente biomédico), sino que lo que queda excluido es la posibilidad de expresar una interpretación *propriadamente holística* de la situación del paciente, en términos que quedarían por fuera del vocabulario médico-científico. Como vemos en los siguientes relatos, las interpretaciones diagnósticas excluidas involucran en lo que respecta a la reflexología a la lectura holística de pies -como mapa reflejo de la corporalidad- y la visualización de la energía estancada que provoca el malestar y la enfermedad, en el caso del reiki:

Me ha pasado, en mi consultorio, con una persona que vino de lejos, quería que la atiende yo, me acerqué, y bueno, le pregunté si alguna vez se había sentido abusada, física o psicológicamente. No hacía falta que me dijera qué tipo de abuso porque es difícil decir... seguimos trabajando, seguimos hablando. El pie que refleja la mamá, el pie que refleja el papá, la respiración era distinta, por lo cual me di cuenta que seguramente no había tenido una buena relación con el papá. Pero en el hospital más que eso no se puede hacer...si ves algo así, tenés que guardártelo para vos (Entrevista a reikista. C.D.)

Uno puede tener experiencias con las personas con las que trabaja, pero por una cuestión de respeto no podés decirlo. A veces porque uno se puede equivocar visualizando, si es que visualiza algo. Y segundo, porque no somos médicos para dar ese tipo de información (Entrevista a reikista, P.)

LA MANIPULACIÓN DE ENERGÍA COMO EXPRESIÓN DEL EXOTISMO ALTERNATIVO

Sin dudas, otro eje central del ideario alternativo es el de la energía. De modo amplio -no monolítico, pero consensuado por la mayoría de los adherentes- la energía es significada, primero, como una entidad integrante del individuo, que las diversas prácticas corporales intentan armonizar por el logro de su equilibrio dinámico. Y, segundo, como una fuerza que circula por el universo, que impregna tanto objetos como seres vivos -vegetales, animales, hombres- más el espacio existente entre ellos (Saizar, 2009). Según señala D'Andrea (2000), puede pensarse como la categoría que interconecta las de cuerpo, espíritu, naturaleza y cosmos. Por su parte, Baer (2003) señala que la creencia en que una energía vital fluye por (e impregna) el cuerpo humano, representa uno de los fundamentos centrales del movimiento de la salud holística y de la New Age, pudiendo concebirla como núcleo de las manifestaciones de lo sagrado en el

contexto de las prácticas involucradas. Heelas y Amaral (1994) consignan que la disposición Nueva Era hacia la creencia en el poder y la energía se constituye en el medio instrumental para lograr la intensificación de la vida interior y la transformación del sí mismo (*self*).

En el marco de las terapias alternativas, el concepto de energía aparece siempre unido a la idea de salud y de enfermedad: cuando esta fuerza vital “fluye” se considera que no se producen bloqueos, que son los responsables del origen de la enfermedad o lo que impide su curación (Idoyaga Molina, 2015; Puglisi, 2015, entre otros). Es por eso que, cuando los bloqueos efectivamente se producen, estas disciplinas ponen en juego diferentes recursos técnicos que ponen el foco en esta dimensión inmaterial del cuerpo, más allá de que sus aspectos materiales (esto es, los físico-biológicos) también se encuentren involucrados, lo cual se muestra cuando se realizan posturas corporales específicas, movimientos rítmicos y masajes. Como indica McClean (2003: 485) este rasgo es el que determina el carácter opuesto de la biomedicina y de las curaciones espirituales en tanto sistemas de conocimiento y práctica. Por un lado, la matriz cognoscitiva biomédica se define por su carácter biologicista, lo que desde los enfoques críticos de las ciencias sociales fue asociado al predominio de un paradigma que sostiene que sólo las entidades empíricamente observables pueden considerarse fundamento objetivo de todo proceso diagnóstico-terapéutico (Good, 1994). De acuerdo con este principio, cualquier afirmación relativa a la eficacia que no se atenga al modelo científico de corroboración de la evidencia, queda relegada al terreno de lo pseudocientífico —y del signifiante asociado por excelencia: el curanderismo; lo cual representa el primer riesgo que enfrentan los terapeutas alternativos al manipular energía. Por otro lado, la implementación de instancias rituales en los procedimientos terapéuticos, las cuales constituyen un rasgo característico de diferentes disciplinas alternativas a la hora de trabajar sobre las dimensiones inmateriales del cuerpo, refuerza la distancia cultural respecto de la cultura hegemónica de la biomedicina, tendiente a la secularización de sus prácticas. La sanción biomédica ante la irrupción de expresiones irracionales y/o ilógicas al llevar a cabo estos rituales, constituye para los terapeutas no-convencionales el segundo peligro cuando se trata de legitimar su presencia en hospitales. Retomando lo planteado por Bordes (en prensa), la presencia de un imaginario social que visualiza estas terapias en términos exotizantes, deviene el principal condicionamiento hospitalario que se impone al trabajo terapéutico de base energética.

En efecto, si bien en el relato de reflexólogos y reikistas la energía emerge en un amplio abanico de acepciones, estos relatos se formulan siguiendo una lógica narrativa que expone tácticas y estrategias de recaudo concretas, considerando

que las prácticas se desenvuelven en un ámbito hospitalario y en franca cercanía con profesionales de la salud no-alternativos. Es posible dar cuenta de dos formas principales que asume esta “cautela” expuesta por los terapeutas: (a) tácticas/estrategias de control de la visibilidad, y (b) tácticas/estrategias de omisión directa. La decisión de ocultar (o directamente cercenar) del bagaje terapéutico ciertos elementos asociados a la propia práctica, generalmente viene dada de manera relacional, alimentándose de las experiencias acumuladas en el hospital por distintos colegas, profesionales y pacientes. En este sentido, las reacciones detectadas en diferentes instancias del trabajo en el ámbito oficial son capitalizadas en pos de “ajustar” la propuesta terapéutica, marcando ciertos aspectos y desmarcando otros; lo que implica perfeccionar el propio conocimiento acerca de las expectativas y exigencias de los demás actores sociales que participan del espacio. Podríamos afirmar que, en definitiva, más que dos formas de actuar diferentes, los puntos señalados constituyen dos extremos opuestos de un *continuum* de respuestas que los “alternativos” brindan ante la magnitud y el sentido de las reacciones (o sus anticipaciones) que se generan ante las propias prácticas. El control de la visibilidad supone la interpretación de que aquello que se trata de no mostrar abiertamente puede generar incomodidad, pero que no representa –en última instancia- una acción contraria a las normas institucionales del hospital. En cambio, la omisión pone de manifiesto una lectura acerca de su carácter inviable poniendo de manifiesto, generalmente, un conflicto que fue dirimido de este modo. Cabe destacar que estos “ajustes” se aplican a las prácticas terapéuticas tanto en el nivel técnico, gestual y discursivo, de manera más evidente en el marco del reiki –aunque no exclusivamente- considerando la relevancia que la manipulación de energía supone para este marco disciplinar.

Respecto de los aspectos cuya visibilidad se intenta controlar, podemos mencionar el empleo de cristales (generalmente turmalinas o cristales de cuarzo de diversos colores) que son escondidos a los pies de cada camilla que se utiliza para atender, o incluso guardados en la vestimenta del especialista “*para protección*”, es decir, para garantizar la neutralización de la energía negativa del paciente mediante su capacidad de absorción. La utilización del cristal se encuadra en una lógica terapéutica que valida la creencia en la energía, sus signos y su posibilidad de manipulación, mientras que su ocultamiento pone de relieve la necesidad de velar por aquellos aspectos de la terapia “más metafísicos”, como han notado Cant y Sharma (1996) para el caso de la homeopatía, que puedan ser motivo de censura por parte de los profesionales, o de incompreensión y/o disgusto por parte de los pacientes.

En lo que respecta a las técnicas manuales empleadas, el caso del reiki pone de manifiesto las tensiones que se generan cuando las performances terapéuticas se “desvían” respecto de aquellos procedimientos/comportamientos considerados más cercanos a los criterios culturales de la institución hospitalaria. En efecto, de acuerdo con el tipo de formación y/o el nivel alcanzado en el mismo, la ejecución del reiki supone una serie de movimientos con los brazos y manos cuyo objetivo es dibujar en el aire “símbolos” que permiten la apertura del campo energético del paciente y del terapeuta, al tiempo que califican el espacio donde se lleva adelante la acción. Este rasgo de la práctica, además de otras instancias rituales que se consideran asociadas a la manipulación de energía, dan cuenta de uno de los aspectos que más se tiende a ocultar –si no omitir– en el contexto de esta disciplina (en contraposición a la reflexología, cuyas maniobras manuales centradas en el masaje en los pies del paciente, las asemeja más a la práctica de los especialistas auxiliares de la biomedicina, como podólogos y kinesiólogos).

¿viste el baño seco que hacemos a lo último?. X [jefe de servicio] la otra vez me llamó y me dijo que ¿viste que uno lo puede hacer tocándose o sin tocar? Yo trato de hacerlo sin tocarme porque hacés un ruidito, lo hacía en silencio para no sacarlos de la relajación, no porque la persona pudiera interpretarlo de alguna otra manera. Cuando volvamos al X [hospital] les voy a decir que lo hagan sin sonido porque varias personas, que X les preguntó [a algunos pacientes]: "¿por qué no venís más a Reiki?. "Porque no sé qué hacen, los vemos que se sacuden" (Entrevista a reikista, A.)

había mucha gente [*voluntarios*] que, por ejemplo, usaba el péndulo o le gustaba usar cierta esencia o recitar cierto mantra u oración y si uno lo quiere hacer para uno, para adentro, está bien...el péndulo no. Porque la cuestión es que decís ¿qué me está haciendo? (...) también tratar de que la persona esté con los ojos cerrados y si usaban símbolos, tratar de que la persona no te vea que ponés un símbolo porque dice ¿qué me está haciendo? Siempre mucho de preservar a la persona y que la persona sienta que solamente le pongo las manos, que es lo que vino a buscar (Entrevista a reikista, M.B).

Como observamos en los relatos, procedimientos como el “baño seco” (“barrido” que los terapeutas ejecutan de modo enfático con sus manos sobre el cuerpo de manera descendente para despojarlo de cualquier remanente de energía desprendida por el paciente durante la terapia), el uso de objetos y/o las acciones que puedan ser interpretados como peligrosos en virtud del desconocimiento de la función que cumplen en la terapia, son rechazados por todos aquellos voluntarios que se encuentran dispuestos a adaptar la práctica al ámbito hospitalario en el sentido en que venimos analizando. De igual manera,

ciertas acciones que se consideran efectos colaterales de la manipulación de la energía, son sometidas al ocultamiento:

“en el hospital tenemos una compañera que tuvimos que pedirle que haga algo, porque se pone a hacer reiki y empieza a bostezar, y eso puede ser contraproducente para el paciente porque no sabe porqué bosteza...ella lo hace sin manejarlo porque es una cuestión de la energía de la otra persona pero al paciente le puede asustar” (Entrevista a reikista, T.)

Sin dudas, los especialistas que ostentan mayor prestigio dentro de cada equipo –por su jerarquía o su extensa permanencia en los servicios hospitalarios- llevan adelante un control de la gestión de los movimientos y técnicas que realizan los demás integrantes durante la atención en salas. Esta gestión de la invisibilidad de manera organizada los convierte en “confidentes” del resto de los voluntarios, así también como en mediadores entre las experiencias más numinosas (Otto, 1996) relativas a la manipulación energética y al mundo de los pacientes y los profesionales de la salud no-alternativos. Empero, más allá de todo ocultamiento y/o omisión de aquello que podría ser considerado esotérico –y por tanto peligroso- frente a la mirada del paciente y del cuerpo biomédico, esto no significa que su ejecución y uso no se considere eficaz. De hecho, es por esto que se decide (o se incita) a que algunos de los aspectos omitidos sean realizados “*hacia adentro*”, visualizando gestos corporales o repitiendo mentalmente recitaciones (en el caso de los símbolos y los mantras); mientras que los “barridos” y otros procedimientos de limpieza del terapeuta y del espacio utilizado (apertura de ventanas, símbolos que siguen el orden de los puntos cardinales, uso de esencias) pueden llevarse a cabo cuando el paciente abandona el recinto en cuestión, a puerta cerrada. Por último, es interesante señalar que la exaltación de la técnica manual, en detrimento de las instancias rituales, refuerza un discurso que construye una idea de terapia “pura” versus la “refigurada”.

Informante: si a mi me preguntás, Reiki es transmisión de energía, todo lo demás... y eso siento yo que es como la pureza que tiene, nada más.

Investigadora: ¿Cómo sería eso de la pureza?

Informante: Es eso, es decir, es apoyar las manos y transmitir la energía, y no la transmitís vos... no, la energía se transmite independientemente de vos y de lo que a vos te pasa, independientemente de si el paciente cree o no en el Reiki. Para mí, más allá de que hay mantras que decimos o palabras que decimos o símbolos que hemos aprendido, es conectarse con el paciente a través de las manos y nada más, porque si no se desvirtúa... (Entrevista a reikista, C.)

Como es posible interpretar a partir del texto, la versión “pura” se refiere al respeto por las premisas originales de la terapia, las que se consideran el real

fundamento en virtud de su apego a sus orígenes históricos; la segunda se refiere a la idea de las apropiaciones y mixturas por suma de elementos cosmovisionales ajenos. La impureza es considerada un peligro potencial, tanto porque desvía la atención de lo que se constituye en esencialmente propio de la práctica como -y quizás fundamentalmente- porque genera un discurso frente a los pacientes que puede resultar en rechazo o temor, y por ende, alejamiento.

A MODO DE CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo expuesto en el marco del presente artículo, el hospital se constituye en la actualidad en la arena de coexistencia, disputa y resolución de conflictos entre diferentes actores sociales, incluyendo la presencia de terapeutas que vehiculizan saberes y prácticas que se encuentran en los márgenes del paradigma biomédico. Partiendo del interrogante acerca de cómo las terapias “alternativas”, en particular, son capaces de ganar un acceso al mundo hospitalario, nos centramos en analizar el modo en que dos grupos voluntarios que trabajan en diversos contextos hospitalarios (reflexólogos y reikistas respectivamente), gestionan la dimensión de lo religioso/sagrado en sus saberes y prácticas, como parte de una estrategia general tendiente a disolver las distancias entre una racionalidad de la cura y el cuidado de índole más espiritual (la alternativa) y otra de corte biologicista y materialista (la biomedicina). Para ello, nos enfocamos en dos categorías centrales para el discurso y práctica alternativa: el holismo y la energía.

Podemos afirmar entonces que, en el contexto hospitalario, estas nociones no desaparecen pero están atravesadas por una serie de prácticas de “ajuste” llevadas a cabo por los terapeutas, que redundan en una reconfiguración en clave *restringida* (el modo en que estos sentidos terapéuticos son estructurados desde el ideario alternativo), en virtud de los procesos de reformulación, cercenamiento y/u omisión que implican.

Respecto del holismo, cabe destacar que el hospital impone límites precisos para el trabajo sobre la persona en clave de totalidad. Se registran así tensiones: (1) al exponer un diagnóstico/tratamiento de acuerdo con las herramientas verbales/técnicas de exploración de las *causas últimas* del malestar (como expusimos, la conflictividad en términos de la división del trabajo y la atribución de jurisdicciones para el ejercicio de la profesión se articula, además, con el reduccionismo biomédico que particiona el cuerpo humano -y su tratamiento- según especialidades) y (2) relativas al espacio-tiempo disponible para un tratamiento “completo”. En lo que concierne a la energía, los límites que los

terapeutas observan se focalizan en toda aquella experiencia y su manipulación en clave numinosa. En este sentido, se hace visible un esfuerzo reiterado por parte de los especialistas “no-convencionales” por invisibilizar (o directamente omitir) los aspectos religiosos-sagrados asociados a cualquier forma de *alteridad radical*; mientras es visibilizada toda dimensión técnica de la práctica que permita focalizar en una espiritualidad menos irracional, menos peligrosa, capaz de generar en el paciente un alivio, una relajación y paz.

Así, el denominado “pragmatismo alternativo” -tendiente a consolidar una permanente búsqueda de adaptación y alineación con la profesión y la institución biomédica (Fadlon, 2005)- se articula con un “pragmatismo biomédico”; el cual institucionaliza la presencia de prácticas y saberes “otros” gracias a la restricción –no definitiva, al menos en el marco de estos procesos iniciales en que la negociación se encuentra vigente- de los elementos más distantes culturalmente respecto de lo que es considerado “oficial”.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Amaral, L. (1999). Sincretismo em movimento. O estilo Nova Era de lidar com o sagrado. En: Carozzi, M.J. (org.). *A nova Era no mercosul* (47-80). Petropolis: Vozes.
- (2001). *Carnaval da Alma: comunidade, essencia e sincretismo na Nova Era*. Petrópolis: Vozes.
- Baarts, C. & Pedersen, I. (2009). Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 31 (5), 719-733.
- Baer, H. (2003). The Work of Andrew Weil and Deepak Chopra-Two Holistic Health/New Age Gurus: A Critique of the Holistic Health/New Age Movements. *Medical Anthropology Quarterly*, 17 (2), 233-250.
- Belmartino, S. et al. (1988). *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS).
- Bordes, M. (2013) “Esto no es una mancia. Un análisis de las formas de diagnóstico y tratamiento en las medicinas alternativas”. *Ciências Sociais e Religião*, 15 (19), 49-71.
- (en prensa) “Investigar la “otredad” en hospitales: desafíos en un estudio cualitativo sobre terapias no-convencionales en espacios de salud oficiales (Buenos Aires, Argentina)”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23 (19).
- Campbell, C. (2005). *The Romantic Ethic and the Spirit of Consumerism*. London: Blackwell.

- Cant, S. y Sharma, U. (1996). The reluctant profession. Homoeopathy and the search for legitimacy. *Work Employment Society*, 9, 743-762.
- Carozzi, M.J. (1999) La autonomía como religión: la Nueva Era. *Alteridades*, 9 8189, 19-38.
- (2001). *Nueva Era y Terapias Alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: UCA.
- Coe, R. (1984) *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Champion, F.& Hervieu-Léger, D. (1990). *De l'émotion en religion. Renouveaux et traditions*. París: Centurion.
- D'Andrea, A. (2000). *O self perfeito e a Nova Era*. São Paulo: Loyola.
- De la Torre, R. (2006). Circuitos mass mediáticos de la oferta neosotérica: new age y neomagia popular en Guadalajara, *Alteridades*, 16 (32), 29-41.
- De la Torre, R., Zúñiga, C. G., & Huet, N. J. (Eds.).(2013). *Variaciones y apropiaciones latinoamericanas del new age*. México: CIESAS.
- Fadlon, J. (2005). *Negotiating the Holistic Turn: the domestication of alternative medicine*. Albany: State University of New York Press.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frigerio, A. (2016). La ¿"nueva"? espiritualidad: ontología, epistemología y sociología de un concepto controvertido". *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião, Porto Alegre*, 18(24), 209-231.
- Gieryn, T. F (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48: 781-795.
- Giumbelli, E. & Toniol, R. (2017). What is spirituality for? New relations between religion, health and public spaces. En: Blanes, R., J. Mapril & E.Giumbelli (orgs). *Secularisms in a Postsecular Age? Religiosities and Subjectivities in Comparative Perspective* (pp. 147-167). Palgrave McMillan.
- Givati, A. (2015). Performing 'pragmatic holism': professionalisation and the holistic discourse of non-medically qualified acupuncturists and homeopaths in the United Kingdom. *Health*, 19(1), 34-50.
- Goffman, E. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press.

- Heelas, P. (2008). *Spiritualities of Life: New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*. Wiley Blackwell.
- Heelas, P. & Amaral, L. (1994). Notes on the “NovaEra”: Rio de Janeiro and Environs. *Religion*, 24 (8), 173-180.
- Idoyaga Molina, A.(2015). Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, 17 (22), 15-37.
- Johanessen, H. (1996) Individualised knowledge: reflexologists, biopaths and kinesiologists in Denmark. In: Cant, S. y U. Sharma (eds.) *Complementary and alternative medicines. Knowledge in practice*. London: Free Association, 1996.
- Larson, M. L. (1979). The rise of professionalism. *Pediatrics*, 63(3), 490-490.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Launso, L. (1989). Integrated medicine – a challenge to the health care system. *Acta Sociologica*, 32, 237–51.
- Leiser, D. (2003). Support for non-conventional medicine in Israel: cognitive and sociological coherence, *Sociology of Health and Illness*, 25(5), 457-480.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Souvenir Press.
- Maluf, S. (2005) .Cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da ‘Nova Era’, *Mana*, 11 (2), 499-528.
- McClellan, S. (2003). Doctoring the spirit.. Exploring the use and meaning of mimicry and parody at a healing center in the north of England, *Health*, 7 (4), 483-500.
- Mizrachi, N., Shuval J & Gross, S. (2005). Boundary at work. Alternative medicine in biomedical settings. *Sociology of Health and Illness*, 27 (1), 20-43.
- Norwood, F. (2006). The Ambivalent Chaplain: Negotiating Structural and Ideological Differences on the Margins of Modern-Day Hospital Medicine. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 25 (1), 1-29.
- Otto, R. (1996) *Lo Santo. Lo racional y lo irracional en la idea de Dios*. Madrid: Alianza Editorial.
- Puglisi, R. (2015). La “Energía” que crea y sana: representaciones corporales y prácticas terapéuticas en devotos de Sai Baba. *Ciencias Sociales y Religión*, 17 (22), 71-89.
- Reimer-Kirkham, S. & Sharma, S., Pesut, B., Sawatzky,R., Meyerhoff, H., Cochrane, M. (2011). Sacred spaces in public places: religious and spiritual plurality in health care. *Nursing Inquiry*, 19 (3), 202-212.

- Saizar, M. (2009) *De Krishna a Chopra. Filosofías y Prácticas del Yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- (2018) What the body knows and physicians don't: Body and Experience from the viewpoint of Alternative Therapies Practitioners. En Saizar, M & Bordes, M (eds) *Alternative therapies in Latin America: Policies, Practices and Beliefs* (187-198). New York: Nova Science Publishers.
- & Bordes, M., Sarudiansky, M. (2011). El cuidado de la salud en los márgenes. Nuevas formas de voluntariado en el contexto del Estado postsocial. En Lorente Molina, B. (ed.) *Transformaciones del Estado Social* (pp.199-224), Buenos Aires: Miño y Davila.
- Saks, M. (2001). Alternative medicine and the health care division of labour: Present trends and future prospects. *Current Sociology*, 49, 119-134.
- Shuval, J., Mizrachi, N. & Smetannikov, E. (2002). Entering the Well-Guarded Fortress: Alternative Practitioners in Hospital Settings. *Social Science and Medicine*, 55 (10), 1745-1755.
- Shahpush, M. (1999). A critical review of the sociology of alternative medicine: Research on users, practitioners and the orthodoxy. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 4 (2), 159-178.
- Street, A. & Coleman, S. (2012). Introduction: Real and Imagined Spaces. *Space and Culture*, 15: 4-17.
- Sointu, E. (2006). Recognition and the creation of wellbeing. *Sociology*, 40 (3): 493-510.
- Tavares, F. (1999). O "Holismo Terapêutico" no âmbito do movimento Nova Era no Rio de Janeiro. En Carozzi, M.J (Ed) *A Nova Era no Mercosul* (pp. 106-129). Petrólis, Vozes.
- Toniol, R.(2015). Espiritualidade que faz bem: Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y Religión*, 43, 110-146.
- Van der Geest, S. & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science and Medicine*, 59: 1995-2001.
- Welsh, S., Kelner, M., Wellman, B., & Boon, H. (2004). Moving forward? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation. *Sociology of health & illness*, 26(2), 216-241.