



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCC
Facultad de Ciencias
de la Comunicación

Universidad Nacional de Córdoba
Repositorio Digital Universitario
Biblioteca Oscar Garat
Facultad De Ciencias De La Comunicación

**ALQUIMIAS CONTEMPORÁNEAS. PRÁCTICAS Y MEDIACIONES EN EXPERIENCIAS
ALTERNATIVAS DE CUIDADO DE LA SALUD**

Marcelo Loiza

Cómo citar el artículo:

Loiza, Marcelo. (2021). "Alquimias contemporáneas. Prácticas y mediaciones en experiencias alternativas de cuidado de la salud". Tesis de Doctorado para obtener el título de Doctor en Comunicación Social, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba (inérita).
Disponible en Repositorio Digital Universitario

Licencia:

Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional





Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias de la Comunicación

DOCTORADO EN COMUNICACIÓN SOCIAL

TESIS

**Alquimias contemporáneas. Prácticas y mediaciones en experiencias
alternativas de cuidado de la salud**

Autor: Marcelo Loaiza

Director: Javier Cristiano

Córdoba, febrero de 2021

*A Selva, a Marcos,
por el Amor*

Agradecimientos

La tesis se propone como una producción “individual”, que no lo es tanto. La tarea de investigar, discutir ideas, compartir lecturas, debatir avances, ha sido en todos estos años (y es) un camino compartido con otro/as, a quienes agradezco profundamente sus aportes.

A Javier Cristiano, director de la tesis, por la lectura dedicada, las observaciones significativas y el don de la palabra justa en cada ocasión.

A Vanina Papani, por la motivación constante, los diálogos desafiantes, las reflexiones siempre agudas y a la vez contenedoras.

A mis compañera/os del grupo de investigación, Julio Monasterio, Julia Kejner, Lorena Riffo, Diana Solana, Paulo Duquelsky, Alan Rocha, Guillermo Quiña y Agustina Dolcemáscolo, por sus lecturas y recomendaciones, por el acompañamiento constante.

A mis compañeros de docencia del Departamento de Comunicación Social, Julio Monasterio, Pablo Schleifer, Alejandro Rost y Fabián Bergero, por el apoyo, las charlas sobre el avance de la tesis, la preocupación constante, por estar siempre ahí, muy cerca.

A la/os practicantes de terapia floral y a todas las personas que dispusieron de su tiempo, de sus energías, para entregar relatos francos en las entrevistas.

A mi familia, por la paciencia, el acompañamiento, la comprensión de tantos tiempos cotidianos robados.

A toda/os aquella/os que han compartido los avatares del proceso de la tesis y la alegría por la finalización de esta etapa.

A la educación pública, a la universidad pública, especialmente a las universidades nacionales del Comahue y de Córdoba.

Introducción	6
Capítulo 1 La salud en la cultura contemporánea. Saberes y dominios terapéuticos: del modelo médico a las terapias alternativas	16
1.1. La búsqueda de la salud en la regulación de sensibilidades.....	17
1.2. Comunicación y Salud: problematizar las prácticas en salud desde una perspectiva comunicacional	23
1.3. Configuración de la institucionalidad hegemónica del modelo médico en la salud/enfermedad	28
1.4. Expansión y contextualización de las terapias alternativas. De lo global al territorio	45
1.4.1. ¿Complementarias, alternativas, holísticas o no convencionales? Algo más que denominaciones ...	52
1.4.2. La matriz compartida de las terapias alternativas	57
1.4.3. Las terapias florales como expresión significativa de tensiones.....	60
Capítulo 2 Prácticas y mediaciones en las búsquedas de salud. Una lectura comunicacional de sentidos en tensión	63
2.1. Dinámica del diseño teórico-metodológico del trabajo	65
2.2. Comunicación/Cultura. Propuesta de un análisis multidimensional de las prácticas en el capitalismo contemporáneo	67
2.2.1. Hegemonía y formaciones residuales/emergentes: del modelo médico a las terapias alternativas ..	77
2.2.2. Tensiones en la regulación de la sensibilidad. Estructuras del sentir desde las prácticas en terapias alternativas	84
2.2.3. La articulación biográfica como dimensión de análisis de las experiencias	90
2.2.4. Mediaciones y redes de sociabilidad en la circulación de prácticas por terapias alternativas.....	94
2.3. Diseño e implementación de las decisiones metodológicas	101
2.3.1. Composición de la muestra	106
2.3.2. Algunos recaudos reflexivos	108
Capítulo 3 Experiencias terapéuticas en el sistema biomédico. Frustraciones, críticas y ambivalencias	110
3.1. El modelo médico como marco de referencia en el cuidado de la salud	112
3.2. Críticas y ambigüedades desde las experiencias en el modelo médico	117
3.2.1. El eje biologicista del modelo médico. La enfermedad como centro y la des-integración del sujeto	118
3.2.2. La relación médico-paciente y la descalificación de la experiencia personal	123
3.2.3. La prescripción y el uso de medicamentos. Temores y tensiones	127
3.2.4. La resistencia del modelo médico a otras prácticas terapéuticas	132
3.2.5. La salud mercantilizada y las tensiones en el modelo médico	136
3.3. Usos tácticos de la biomedicina	139
Capítulo 4 Otra experiencia terapéutica. Enfermar y sanar en la terapia floral.....	145
4.1. El trabajo terapéutico en la terapia floral.....	146
4.1.1. Perspectiva holística y remedios naturales	146
4.1.2. Las tensiones en el reconocimiento de la eficacia en la terapia floral	158
4.2. Narración del padecer en las prácticas en terapia floral	161
4.2.1. La enfermedad. Ruptura biográfica y oportunidad de aprendizaje.....	167
4.2.2. La cura. Gestionar las emociones	172
4.3. Experiencias simultáneas por los dominios terapéuticos. Lecturas sobre usos complementarios y creencias alternativas	180

Capítulo 5	Circuitos y redes de sociabilidad en la construcción de sentidos sobre la salud/enfermedad desde terapias alternativas	191
5.1.	El inicio en la terapia floral. Mediaciones relacionales y activación de disposiciones	192
5.2.	Reconstrucción del circuito anfibio de terapias alternativas en lo local	196
5.2.1.	“El camino es este”. La circulación por el mundo de lo alternativo	198
5.2.2.	Puntos del circuito local. Los espacios de encuentro de lo alternativo	204
5.3.	Mediaciones relacionales significativas	209
5.3.1.	“Llegan por el boca a boca”. Terapeutas y usuarios como mediadores relevantes	209
5.3.2.	“No son para todos”. Los límites a las mediaciones relacionales	222
Capítulo 6	Locus de la creencia desde las prácticas en terapia floral. Adhesiones diferenciales y estructuración de la experiencia.....	228
6.1.	Modos de adhesión a la terapia floral: del uso pragmático a la afinidad cultural. Diferenciación de trayectos terapéuticos y asignación de validez a la terapia floral	228
6.1.1.	“Mucha gente tampoco está dispuesta a trabajar con sí misma”. De usos pragmáticos y decepciones en la terapia floral	231
6.1.2.	“Cuanto más estás en este camino, más intensa es la búsqueda”. El compromiso de mayor afinidad cultural con las prácticas en terapia floral	236
6.2.	Dimensiones de la estructuración de la experiencia desde las prácticas en terapia floral. Sentidos en tensión	241
6.2.1.	“Se trata de uno, siempre se trata de uno mismo”. El imperativo de la apropiación individual en la búsqueda de la salud	245
6.2.2.	“Lo que me está pasando es porque lo tengo que pasar”. El orden del fluir como principio organizador de la experiencia	253
6.2.3.	La transferencia de sentidos a la gestión de la economía personal	256
6.2.4.	“Volver a la naturaleza”. La inversión del riesgo: los peligros de la ciencia, la técnica y la industria	259
	Reflexiones finales	264
	ANEXO I	276
	ANEXO II	280
	Bibliografía	283

Introducción

La búsqueda de la salud atraviesa nuestra vida cotidiana y se configura como un dispositivo relevante de condicionamiento cultural (Lupton, 1995; Freidin, 2017), a modo de imperativo que exige la regulación de nuestros comportamientos para alcanzarla. La salud y el bienestar como horizonte regulador permea la diversidad de opciones terapéuticas y se imbrica en las prácticas como en las instituciones, no solo del campo de la salud. Los sujetos circulan por distintos espacios terapéuticos en busca de respuestas para mantener su salud, prevenir y atender aquello que perciben y sienten como enfermedades, malestares, sufrimiento, y así, transitan experiencias en el modelo médico y en las terapias alternativas, en el cada vez más amplio mercado dedicado a la salud y el bienestar.

Desde la segunda mitad del siglo pasado, la pretensión de omnipresencia del modelo médico hegemónico se ha puesto en crisis (Illich, 1975; Menéndez, 1988, 2015; Luz, 2005), reconociendo la cada vez mayor circulación de prácticas y representaciones que lo cuestionan, desafían y/o pretenden complementarlo. “Formas alternativas de producción social de significados” (Algranti y Bordes, 2009: 160), la diversidad de terapias alternativas se expresa inicialmente en grupos reducidos y paulatinamente adquiere mayor presencia social y cultural. Esa expansión es percibida con preocupación desde el modelo médico, que fluctúa entre instancias de fuerte cuestionamiento, desacreditación y clausura, a zonas de apropiación e integración de algunas de las terapias. A su vez, son incorporadas como objeto de consumo, en una creciente comercialización de productos y servicios asociados a las terapias alternativas, así como enlazan sus sentidos a nuevas instancias de regulación económica, evidenciando la complejidad del proceso. La salida de la clandestinidad de diversidad de opciones terapéuticas (Le Breton, 2002: 75), es un fenómeno que atraviesa a la región, y a nuestro país, con matices diferenciales. Los sentidos que circulan globalmente se re significan y se re actúan en las condiciones del territorio local¹ en la periferia extracéntrica en que posicionamos nuestra lectura.

¹ La ciudad de General Roca, (Fiske Menuco en su denominación desde el pueblo Mapuce) en la provincia de Río Negro, cuenta con 90000 habitantes según el último Censo nacional (2010). Ubicada en el norte de la Patagonia, se encuentra atravesada por la ruta nacional 22 que la une a las localidades del Alto Valle de Río Negro y Neuquén. Su actividad productiva fundamental es la fruticultura, en sus inicios a principios/mediados del siglo XX asociada a la inmigración europea, desde los '80 y actualmente en un profundo proceso de concentración económica. Las chacras (unidades productivas) limitadas por hileras de álamos son la característica de la zona rural, integrada prácticamente a lo urbano. El Valle en que se ubica es atravesado por el Río Negro y se encuentra limitado por las denominadas

El objeto de estudio de esta tesis consiste en el examen de prácticas en terapia floral en la ciudad de General Roca, y los modos en que esas prácticas se articulan, para comprender los procesos de producción de significaciones en la construcción social del sentido respecto de la salud y la enfermedad. Los sujetos construyen significaciones sobre la salud y la enfermedad que no se reducen a ellas, generando expectativas y regulación de la sensibilidad llevadas a otras esferas de la vida cotidiana. Analizamos las prácticas y las narraciones de usuarios y especialistas de terapia floral en lo local, para recomponer la configuración de esos sentidos en tensión.

Desde una perspectiva comunicacional hacemos objeto de reflexión el análisis de los procesos de construcción de sentido, de formación de esos sentidos en la vida social (Vizer, 2006) a partir de los cuales se asignan valores a los mundos de la experiencia. Añadimos, se trata de sentidos en tensión, nunca unívocos y atravesados por modos hegemónicos y formas en interpelación de esa hegemonía (Williams, [1980] 2012). Desde el inicio en la construcción del proyecto de tesis (2013/4), identificamos las prácticas y las mediaciones relacionales en esa trama cultural de mayor alcance, como ejes del nodo disciplinar en el espacio Comunicación/Cultura - de ahí el título del trabajo - en la comprensión de la necesidad de considerar esos términos como parte de la misma tensión y a través de los que escudriñamos la comunicación en los intersticios de la vida cotidiana, sin limitarla a ella (Schmucler, 1984).

Desde las nociones de hegemonía y formaciones en tensión con ella (Williams, [1997] 2009) sostenemos que la matriz cultural en la convalidación de prácticas y sentidos para la salud/enfermedad, se encuentra asociada en buena parte al modelo médico hegemónico. Las terapias alternativas, como la floral, se configuran en formaciones sin cristalizar aun, como formas residuales o emergentes en tensión con esa matriz. Estudiar estas formaciones en emergencia aproxima elementos reflexivos para asomarnos a las incorporaciones, asimilaciones y tensiones producidas, en tanto se trata de procesos dinámicos que se van constituyendo y a la vez reconfigurando de modo permanente. Sin asignar las adhesiones de los sujetos como excluyentes entre los dominios terapéuticos, ni proponer lecturas apriorísticas de las orientaciones de sentido configuradas en esas formaciones.

El campo de las prácticas en búsqueda de salud y atención del malestar, se comprende entonces, como un espacio de disputa por sentidos que legitiman modos de vida. Las prácticas y sus

bardas, al sur y al norte, dando paso a la meseta patagónica en ambos sentidos. Al sur del río, se ubica una importante extensión de monte patagónico establecida como zona protegida.

justificaciones, en tanto exponen efectos performativos de los procesos culturales y centralidad de la dimensión socioafectiva, permiten aproximarnos a la cultura como es experimentada, al pulso o espíritu de un momento histórico y contextualizado. Las prácticas y narraciones en los recorridos por las terapias florales, habilitan el acceso a configuraciones de sentido que tanto entran con los dispositivos institucionales como con la vida cotidiana, expresión de la estructura del sentir en los grupos y momento estudiado.

En la continuidad de la tarea, en la interpelación de la exploración inicial del terreno y luego en las codificaciones de las primeras entrevistas, asumimos la necesidad de un anclaje complejo y multidimensional para comprender las prácticas y las mediaciones que efectivamente las asocian. El haz de dimensiones involucradas se propone como necesaria para entender las prácticas en todo su alcance. En general, el análisis de las prácticas tiende a realizarse desde lo micro o desde lo macro. Tomar la perspectiva solo por lo alto (De Certeau, [1990] 2010), opaca las particularidades, los pliegues tácticos, las resignificaciones, los intersticios en que circulan sujetos y prácticas, así como las diferenciaciones territoriales y coyunturales. Realizar la lectura solo por lo bajo, subjetiviza las prácticas y puede perder de vista el lugar relevante de los sentidos sociales circulantes, las tensiones entre formaciones emergentes/residuales y lo hegemónico y especialmente, la capacidad de apropiación de este último operando en diversos niveles socio-culturales.

Comprendemos entonces las prácticas desde una lectura multidimensional. El encuentro entre la situación de desajuste provocada por enfermar/padecer, a partir de la que se activan disposiciones biográficas, requiere la presencia de espacios de sociabilidad/redes de interacción social que orientan y habilitan la circulación por otras opciones terapéuticas, desde las cuáles se construyen sentidos diferenciales sobre la salud y la enfermedad, que traslapan a otras esferas de la vida cotidiana y se comprenden en su enlace con sentidos sociales circulantes.

Proponemos reflexionar las prácticas desde: la trama cultural en disputa, expuesta en la dinámica entre lo hegemónico y distintas formaciones culturales, con todo lo que exponen de la influencia estructuradora de las formas económicas (Hall, 2017), las articulaciones biográficas y disposiciones que expresan (Lahire, 2004) y las redes de sociabilidad (Becker, 2008) como mediaciones que habilitan y acompañan esos itinerarios. Desde estas dimensiones recuperamos los rasgos y dinámica de la estructura de sentimiento que se exponen en el grupo estudiado.

Los grupos y sujetos presentan modulaciones e inflexiones posibles de recuperar a partir de sus trayectorias - evitando lecturas homogeneizadoras de las experiencias - como huellas del proceso social/cultural del que forman parte, que a su vez les impone límites y condiciones. Como una dimensión relevante de lo comunicacional, las mediaciones relacionales resultan determinantes para comprender las prácticas, los modos de adhesión diferenciales y los sentidos construidos. Con atención continua a la dimensión de lo local, de lo periférico extra céntrico, que atraviesa las situaciones en estudio. Reflexionamos sobre el enlace de un fenómeno con alcance global en su expresión concreta en lo local, caracterizado por tramas vinculares definidas por su cercanía física y social (Martínez, 2013) como impronta que conlleva modulaciones particulares a los espacios de sociabilidad como a las prácticas en lectura situada. No se trata del interés por la localidad en sí misma, si no por una perspectiva que considere las especificidades de contextos de este tipo.

Conocemos que observamos prácticas descalificadas en algunos ámbitos académicos², en busca de conectar las motivaciones de los sujetos, las condiciones culturales y sociales en que se entraman y son posibles y a la vez limitadas, los sentidos que se configuran en ese proceso³ a partir

² Congreso de Comunicación latinoamericano (2015). Mesa temática Comunicación y Salud. Presentamos un trabajo con reflexiones iniciales, más que reflexiones preguntas, interrogantes, las primeras inquietudes que nos acompañaron al indagar los caminos que los sujetos exploran en sus búsquedas de salud y bienestar. Un colega, coordinador del grupo temático, pregunta en el debate posterior, como podrían considerarse seriamente prácticas en salud aquellas que, sin fundamento científico, por ejemplo, “llegan a utilizar orina propia” en la presunta curación de sus enfermedades. En subtítulos no explícitos en la pregunta, más que un interrogante, toda una sentencia, podemos leer para qué tomarse en serio estas prácticas sin fundamento científico y, por ende, sin eficacia alguna. Dos tesis que se cruzan y asocian, guiaron nuestra respuesta en ese momento, y al contrario quizás de lo que podría presumirse, confirmaron la necesidad de profundizar el tema. La primera, remite al valor de verdad casi universal que se pretende para el conocimiento científico desde la modernidad. Que resulta en su postulación en el campo de la salud cómo un faro: aquello que va iluminando es el único camino posible para dar respuestas a las problemáticas de salud/enfermedad. Y es mucho más lo que queda en oscuridad y que por tanto no merecería, siguiendo la línea del comentario del colega, mayor preocupación por parte de la investigación en Ciencias Sociales. Podríamos responder que analizar “un acto terapéutico no significa que otro sea erróneo” (Le Breton, 2002: 175). La segunda, me lleva a una conocida cita de De Certeau “siempre es bueno recordar que a la gente no debe juzgársele idiota” ([1990] 2010:189). Aún cuando el faro de la ciencia no las ilumine –o justamente por eso- las prácticas surgen, se sostienen, circulan, y se constituyen en configuradoras de subjetividades como de resignificaciones colectivas y situadas respecto de lo que es la salud y la enfermedad. Puede que buena parte del sentido de esta discusión esté atravesada por la concepción que de la comunicación social se sostenga. Si se trata de la comunicación prioritariamente referida a la creación, almacenamiento y difusión de mensajes, aquí hablaríamos de comunicación para la Salud (con mayúscula, que remite a aquella que se define como oficial tanto en términos de racionalidad científica como de política pública). Si, a cambio, creemos que la comunicación como perspectiva nos lleva a problematizar las prácticas sociales, su circulación y la configuración de sentidos que permiten comprender los modos de movernos en el mundo, los alcances de nuestras preocupaciones serán otros.

³ La dinámica procesual caracteriza las articulaciones entre formas residuales/emergentes y hegemónicas, así como los sentidos que se configuran en enlace y tensión con rasgos funcionales a la reproducción del capitalismo en la actualidad. Las prácticas, las condiciones sociales y culturales, las motivaciones y articulaciones biográficas, las mediaciones, las estructuras de la experiencia que se configuran en esa trama, deben ser repuestas en clave de proceso y evitar su esencialización en un estado de cosas que se presente como estable y/o a-histórico. Sabemos por tanto que

de las mediaciones de redes de sociabilidad en el espacio de lo local, asociando esos sentidos a su posible tensión y a la vez funcionalidad, con regulaciones simbólicas de mayor alcance en las lógicas y sentidos funcionales a la reproducción del capitalismo contemporáneo. Damos así, estatuto de objeto de investigación a prácticas que buscan la manera de darse una dinámica propia de existencia como un asunto que tiene interés, no solo, ni tanto, en sí mismo.

Exploramos un ámbito de reciente configuración y escasamente estudiado. El espacio de las prácticas en terapias alternativas⁴, en el que se buscan respuestas al sufrimiento, a las enfermedades percibidas, resulta una configuración de incipiente reconocimiento como objeto de estudio en las Ciencias Sociales en general (Bordes, 2015a) y prácticamente sin antecedentes en el espacio de estudios de Comunicación y Salud. Aún en la dificultad de asegurar total exhaustividad en el recorrido por el estado del conocimiento en el tema, no encontramos en las ciencias sociales en general, incluyendo al campo de la comunicación social, referencias al análisis de prácticas en la terapia floral en el país, ni en la región.

A partir de la perspectiva propuesta nos guían como interrogantes: ¿Cómo llegan los sujetos a las terapias alternativas? ¿Qué itinerarios terapéuticos realizan? ¿De qué modos sus trayectorias exponen su vínculo con el modelo médico y con otras opciones terapéuticas? ¿Qué buscan en estas últimas? ¿Qué encuentran? ¿Qué narraciones se configuran en torno a enfermar y a sanar? ¿Qué significaciones construyen en ese proceso? ¿De qué modo se piensa lo individual y lo colectivo? ¿Cómo se traslapan esos sentidos a otras esferas de lo cotidiano? ¿Cómo las prácticas se inscriben en circuitos y redes de sociabilidad a partir de las que configuran sentidos diferenciales? ¿Qué similitudes, diferencias y especificidades encontramos en lo local?

Las prácticas y significaciones construidas se reponen en la trama cultural de mayor amplitud, para comprender la expresión de un fenómeno de alcance creciente en lo social. Los sentidos circulantes, siempre en tensión entre lo hegemónico y formaciones emergentes/residuales, habilitan la posibilidad de analizar rasgos de la estructura de la experiencia para grupos como el que hacemos objeto de estudio.

el recorte que realizamos es *momento en un proceso* e intentamos recuperar esa condición en lo que nos permite el material que construimos como en alerta para las reflexiones analíticas.

⁴ En nuestro caso, la denominación de alternativas, surge de la tarea de campo, especialmente de las caracterizaciones de usuarios y terapeutas y con las que se auto identificaron en los espacios colectivos (ferias, jornadas). Sin suponer que cuando se refieren a lo alternativo estén hablando efectivamente de algo que pueda conceptualizarse como tal ni que todos compartan el sentido, al menos en una primera lectura. A partir del relato de sus experiencias podremos advertir el sentido que le dan a lo alternativo, respecto de dimensiones –siempre en tensión– en las que se distinguen los usos y significaciones de las terapias alternativas y su diferenciación respecto de la biomedicina

Como objetivo general nos propusimos comprender las dinámicas socioculturales de regulación de la sensibilidad, expresadas en las prácticas de cuidado de la salud y la enfermedad, desde usuarios y especialistas de terapia floral en lo local. Desde los trayectos terapéuticos y los sentidos construidos en ellos, expresión destacada de tensiones culturales en el campo de la salud y más allá de ella, asumimos una perspectiva de análisis multidimensional de las prácticas, desde la que formulamos los objetivos intermedios:

- ✓ Describir y analizar los itinerarios terapéuticos en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad
- ✓ Identificar las motivaciones y expectativas que asignan a distintos dominios terapéuticos
- ✓ Reconocer elementos biográficos y situacionales configuradores de las experiencias de cuidado
- ✓ Recomponer las mediaciones relacionales que entran las prácticas en la terapia floral, a partir del despliegue de redes y circuitos en espacios de sociabilidad en lo local
- ✓ Caracterizar rasgos de la estructuración de la experiencia materializados en las prácticas de cuidado de la salud y atención de la enfermedad desde usuarios y especialistas en terapia floral

Establecimos inicialmente la exclusión de aquellas terapias alternativas del cuidado de la salud, que remitieran su fundamento exclusiva o prioritariamente a sedimentos tradicionales, mágicos y de cultura popular, como curanderismo, chamanismo, sanaciones diversas y similares; así como aquellas de origen oriental y amplia difusión en las últimas décadas, como el yoga, tai chi, shiatzu, reiki, entre muchas otras. Nos enfocamos en la terapia floral de Bach, a la que caracterizamos de fronteras más débiles y menor extrañamiento respecto de la medicina científica, respecto de otras terapias alternativas, aunque aquella, claramente, no la considere de ese modo. Se ajusta así a la exploración de tensiones que suceden entre ambos dominios terapéuticos, o cuando ocurre en su interrelación, asociado a la interpretación del proceso de re-significación de sentidos, que nos propusimos develar.

Para resolver los objetivos planteados y desde la perspectiva conceptual propuesta, diseñamos y ejecutamos una tarea metodológica cualitativa (2014-2018), flexible, basada en: técnicas de observación participante en instancias colectivas de difusión de terapias alternativas y,

fundamentalmente, entrevistas en profundidad con usuarios y terapeutas en terapia floral de la ciudad⁵. Realizamos entrevistas abiertas a veintiséis (26) usuarios y once (11) terapeutas florales, además de asistir a diversas instancias colectivas (ferias, jornadas, encuentros) de difusión de terapias alternativas en las que pudimos registrar horas de observación y realizar entrevistas, más breves, a terapeutas y usuarios. Completamos la tarea de campo con entrevistas en farmacias, dietéticas y librerías, puntos del circuito de las terapias alternativas que compusimos a partir de las instancias colectivas, de nuestras búsquedas y de las primeras entrevistas⁶. Algunas reflexiones generales del registro, confirmaron las características encontradas en la literatura en el tema (Freidín, 2017) respecto de las terapias alternativas en el país: 1) la pertenencia a sectores sociales medios de usuarios y terapeutas, 2) la circulación por diversidad de terapias y actividades dentro del circuito de lo alternativo, y, 3) la constante referencia a la biomedicina, sea para diferenciarse, posicionarse y/o complementarse.

Las decisiones metodológicas se imbrican en las estrategias de investigación de corte cualitativo en tanto se trabajó sobre la búsqueda de comprensión de sentidos en ocasiones ocultos a la mirada social, a partir de técnicas flexibles y del registro de prácticas y sus justificaciones. Este proceso se caracterizó por la combinación de estrategias en la recolección como en el análisis de la información, instancias que se concretaron como simultáneas e interdependientes (Strauss y Corbin, 2002).

Buscamos comprender las prácticas, desde una lectura comunicacional, en la integración de la situación de desajuste, el enfermar/padecer, desde la que se activan disposiciones incorporadas (lo biográfico hecho cuerpo, con todo lo social que porta), en el encuentro con redes de sociabilidad que informan, ofician de apertura y habilitan el itinerario por opciones terapéuticas emergentes, construyendo sentidos de interpretación de la salud, el enfermar, el bienestar, que tensionan con el modelo médico hegemónico y a su vez deben reponerse en las tensiones o asimilación a la lógica capitalista contemporánea.

Organizamos el trabajo en seis capítulos. En los dos primeros exponemos la construcción del objeto de estudio, desde el diálogo con los antecedentes, la perspectiva asumida desde el contexto

⁵ En el Anexo II, pp. 280, incluimos el guion de las entrevistas a usuarios y terapeutas.

⁶ En el Anexo I, pp. 276, presentamos el detalle de las unidades de observación, como de las instancias de entrevistas y observaciones realizadas.

conceptual y las decisiones metodológicas implementadas. En los cuatro restantes, presentamos el análisis sobre los datos construidos a partir del entramado conceptual- metodológico propuesto.

En el primer capítulo, analizamos la búsqueda de salud como imperativo epocal, la configuración del modelo médico como institucionalidad hegemónica y la expansión de las terapias alternativas, caracterizando la matriz compartida por ellas, destacando la particularidad de la terapia floral. A partir del diálogo con el estado del arte, fundamentamos la relevancia y el alcance de las prácticas en busca de salud e identificamos algunas de las vacancias en que se inscribe la tesis: a) las prácticas y sentidos en salud/enfermedad desde terapias alternativas son escasamente trabajadas desde la comunicación; b) la ausencia de estudios desde las ciencias sociales en nuestro país que enfoquen las terapias florales y, c) la carencia de trabajos sobre el territorio -norte de la Patagonia- acerca de terapias alternativas.

En el segundo capítulo, presentamos el contexto conceptual y las decisiones metodológicas. Corridos de perspectivas instrumentales de lo comunicacional, lo pensamos desde la construcción social del sentido generado en las prácticas y mediaciones y que a su vez las habilita y condiciona. La dinámica del proceso se comprende en tensión entre formaciones culturales emergentes/residuales y la institucionalidad hegemónica (Williams, [1980] 2012). La lectura propuesta intenta integrar la multidimensionalidad de las prácticas, considerando, en diálogo a la trama sociocultural, los aspectos biográficos disposicionales (Lahire, 2004) y el lugar de las redes de sociabilidad (Becker, 2008) -otra dimensión significativa desde lo disciplinar-, de los espacios cercanos de interacción que habilitan y sostienen las prácticas, y en las que se construyen sentidos colectivos. Desde las prácticas de los sujetos, en su articulación con significaciones de la dinámica cultural, encontramos en la noción de estructuras del sentir (Williams, [1977] 2009) la posibilidad de una reflexión integradora de las experiencias y la regulación de sensibilidad desde la matriz hegemónica. Atraviesa la tarea reflexiva el pensar en términos situados, contextualizando territorial y temporalmente⁷ el fenómeno en estudio, desde la perspectiva de lo local⁸, en la que la

⁷ Reiteramos el alerta respecto de la condición procesual de la trama en análisis y de la perspectiva teórica en que elegimos pensarla. Sabemos que nuestro recorte limita el recorrido histórico y encuentra además un fenómeno que parece todavía no decantar. Intentamos recuperar lo procesual en todo aquello que nos pemrite la tarea de campo y mantener el análisis de lo coyuntural en esa clave de lectura historizada.

⁸ Pensar desde lo local no significa estudiar la localidad, en este caso G. Roca (Fiske Menuco), como de interés en sí misma. Remite a pensar desde instancias locales, en que la cercanía física y social deja huellas sobre el circuito de fenómenos globales, sobre las prácticas y sobre las redes de sociabilidad que las habilitan.

cercanía física y social (Martínez, 2013) y las particularidades del territorio, imprimen matices diferenciales en prácticas y sentidos que circulan globalmente.

En el tercer capítulo, analizamos las experiencias de cuidado de la salud en el modelo médico, identificando las críticas y ambigüedades producidas. El inicio de las prácticas en el cuidado de la salud ocurre en el tránsito por el sistema biomédico, durante años el único transitado, conforma la instancia de socialización en el campo. Nos preguntamos en el capítulo respecto de esas experiencias iniciales, como a la vez actuales y simultáneas a las prácticas en terapia floral, para asomarnos al modo en que cierto grado de insatisfacción en las prácticas por el modelo médico, permite comprender en parte al menos, las trayectorias terapéuticas por el espacio de lo alternativo.

En el cuarto capítulo, recorremos la experiencia terapéutica en el espacio emergente de la terapia floral y la reorganización operada sobre el sentido del padecimiento en el proceso. A partir de la reflexión sobre las voces de usuarios y terapeutas, analizamos otro modo de comprender y actuar los procesos de salud/enfermedad, en tensión con las experiencias en el modelo médico. El trabajo terapéutico en tanto proceso relacional entre usuario y terapeuta es dimensión constitutiva de la eficacia, como espacio de construcción y fijación de los sentidos fundantes de la cosmovisión compartida en el ámbito de las terapias alternativas.

En el quinto capítulo, analizamos el lugar de las mediaciones relacionales en la habilitación y enlace de las prácticas en terapia floral. Reconponemos el segmento local de un circuito de mayor alcance (Magnani, 2014), que articula el mundo, siempre difuso y heterogéneo, de las terapias alternativas. Los itinerarios nos muestran el lugar significativo de las interacciones cercanas que informan, sugieren y validan la apertura a esas opciones terapéuticas. Convergen experiencias y redes de sociabilidad, con particularidades en lo local, para permitir explicar los trayectos terapéuticos.

En el último capítulo, reflexionamos sobre el locus de la creencia y las manifestaciones de posiciones diferenciales respecto de la cosmovisión de la terapia floral. Analizamos los sentidos construidos, la adhesión diferencial de los sujetos a la cosmovisión de lo alternativo, recorriendo situaciones de mayor cercanía y centralidad a posiciones periféricas respecto del marco de interpretación propuesto. Las significaciones construidas expresan dimensiones de la estructura de la experiencia, a modo de una gramática compartida que atraviesa las lecturas. Dimensiones que confrontan en algunos aspectos con los valores y prácticas en la biomedicina, y que, a su vez, parecen integrarse a sentidos funcionales a la lógica de la reproducción de las formas económicas

dominantes. Las tensiones y ambivalencias, intrínsecas y contextuales, recorren las dimensiones en análisis.

Como cierre del trabajo, presentamos las reflexiones finales, construidas sobre las dimensiones propuestas en el estudio de prácticas, sentidos y mediaciones en las experiencias por la terapia floral, distinguiendo los posibles aportes de nuestro trabajo como las posibilidades de continuidad de la labor de investigación.

Capítulo 1

La salud en la cultura contemporánea. Saberes y dominios terapéuticos: del modelo médico a las terapias alternativas

Nos propusimos explorar y analizar prácticas y sentidos en el cuidado de la salud/ atención de la enfermedad en terapia floral, expresión de la circulación por diversidad de saberes y modos de atender el padecer, en una lectura sin ingenuidad celebratoria ni menoscabo descalificador de tales actividades. El análisis de prácticas que recorren las terapias alternativas, -en este caso la terapia floral en un espacio local-, se funda en la presunción que en ellas tensionan formas de significar y comprender una dimensión relevante de la vida social.

A modo de un dispositivo analítico en el que intersectan sentidos culturales, institucionalidades, formaciones residuales/emergentes, nos permite reflexionar sobre los desplazamientos desde esas formaciones en relación con las presiones y límites establecidos por las instituciones y sentidos dominantes en el espacio de la salud, fundamentalmente representada por el modelo biomédico⁹ (Menéndez, 1988, 2015; Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013; Freidin, 2017). Tales prácticas expresan modos de comprenderse en el mundo, de asignar sentido a dimensiones significativas de lo cotidiano, no exentas de tensiones. El cuidado de la salud y atención del padecer, se abre así a unas posibilidades de estudio relativamente novedosas desde la lectura comunicacional.

A partir del diálogo con el estado del conocimiento en el tema, en este primer capítulo fundamentamos la relevancia y el alcance de la salud como imperativo epocal regulador de sensibilidades (1.1.), posicionamos nuestro trabajo en el espacio de Comunicación y Salud (1.2.), caracterizamos el proceso de configuración de la hegemonía del modelo médico, identificando su axiomática (1.3.), damos cuenta del crecimiento y circulación de las terapias alternativas, como así también de los elementos compartidos de su cosmovisión (1.4.), argumentando la elección de las terapias florales como significativas para el análisis de las tensiones que nos proponemos comprender (1.4.3.). Así, identificamos algunas de las vacancias en que se inscribe esta tesis: a) la salud/enfermedad, vista desde las prácticas en terapias alternativas, es escasamente trabajada desde

⁹Consideramos sistema o modelo de la biomedicina o modelo médico hegemónico a la confluencia de instituciones, organizaciones, sentidos y prácticas de la medicina alopática occidental, reconocida oficialmente como la única válida por el sistema de salud en nuestro país y encuadrada en principios de racionalidad científica-técnica.

la comunicación; b) la terapia floral no ha sido objeto de estudio en nuestro país, ya sea desde la comunicación como desde las ciencias sociales en general y, c) no registramos estudios en el territorio -norte de la Patagonia- sobre terapias alternativas.

1.1. La búsqueda de la salud en la regulación de sensibilidades

Presentada continuamente “como preocupación mediática y pública” (Petracci y Waisbord, 2011: 9), la salud ocupa un espacio central en la cultura contemporánea. Se trata de una noción de circulación colectiva, de uso común y cotidiano, y no sólo de un concepto delimitado en perspectiva científica (Petracci, et. al. 2017). Las búsquedas de salud y los sentidos asociados a ella, atraviesan y redefinen nuestra vida cotidiana, en la configuración de un dispositivo relevante de condicionamiento a la subjetividad contemporánea (Lupton, 1995; Papalini, 2016; Freidin, 2017).

Entendida desde la definición clásica de la OMS, como el estado completo de bienestar, deviene categoría escurridiza, vinculada a la calidad y al estilo de vida, y se transforma así en un parámetro en permanente desplazamiento, inalcanzable (Costa y Rodríguez, 2017). Se configura como expectativa sociocultural de ser, estar y verse saludable (Petracci, et. al. 2017), producto del esfuerzo personal, en un entramado de prácticas que incluye a las terapias alternativas. Las prácticas ponen en evidencia que la trama de discursos sociales en torno al imperativo de la salud plena, conlleva efectos concretos de subjetivación (Papalini 2016; Rodríguez Zoya, 2017).

La búsqueda de la salud y el bienestar, de la felicidad, del equilibrio emocional, de una vida liviana, del acondicionamiento físico continuo, se asocian y requieren de salud plena, ampliando el alcance de las nociones de salud/enfermedad a cada vez mayores espacios de la cotidianidad, asociados al compromiso personal en el cuidado de la salud (Lupton, 1995; Blech, 2005; Crawford, 2006; Papalini, 2016; Freidin, 2017). Este proceso caracterizado como *healthism* (Greenhalgh & Wessely, 2004), promueve una nueva conciencia de la salud (Crawford, 2006), en el despliegue de prácticas y consumos en/de todo aquello que, al menos potencialmente, genere la expectativa de acercarnos a la salud plena. Tales exigencias se traducen, como es de esperar, en tensiones sociales y subjetivas (Papalini, 2016).

La salud se presenta como imperativo cultural, como logro alcanzable y dispositivo de regulación egocentrada, requiriendo del comportamiento de los mismos sujetos para lograrla

(Foucault, [1953] 2004). El horizonte deseable de la salud plena, del bienestar, traspasa el campo de la salud y transita por diversidad de prácticas, productos y servicios asociados, como la actividad física (Landa, 2016), el espacio editorial (Papalini, 2016), productos y recursos terapéuticos mercantilizados (Gutiérrez Zúñiga, 2013; Freidin y Krause, 2017) y los discursos publicitarios de alimentos y medicamentos (Rodríguez Zoya, 2017). Ocupa un lugar creciente en la industria cultural (Illouz, 2007), poblando de sentidos la vida cotidiana e interpelando en ese proceso a las distintas opciones terapéuticas. Podría resultar reduccionista asociar tal construcción sólo a la expansión de la biomedicina, tanto como limitarla al crecimiento de las terapias alternativas (Bordes, 2015b). La configuración de la salud plena como horizonte regulador, permea la diversidad de opciones terapéuticas y se imbrica en las prácticas como en las instituciones, a partir de discursos sociales circulantes, especialmente desde los años '90 del siglo pasado (D'Angelo, 2012). Los sujetos circulan por distintos espacios en busca de encontrar respuestas para mantener su salud, prevenir y atender lo percibido y sentido como enfermedad, malestar, sufrimiento, y así deambulan por experiencias en el modelo médico, en las terapias alternativas y en opciones de autotratamiento (Menéndez, 2015), en el cada vez más amplio mercado dedicado a la salud y el bienestar.

Desde algunas lecturas, la biomedicina científica y las terapias alternativas se presentan como un continuo en que los sujetos eligen y realizan sus prácticas de salud (Crawford, 2006), especialmente sujetos de clases media y alta, urbana¹⁰, en los que se asocia la sostenibilidad de la salud como una responsabilidad fundamentalmente personal (Freidin, 2017). Los procesos aludidos asumen características definidas como globales, pero no alcanza con ello para comprender cómo ocurren en otros contextos. El análisis debe necesariamente situarse. Si bien la exigencia del bienestar, de estar sano, recorre los discursos de buena parte de occidente, debemos reflexionar su dinámica desde las realidades en la región, en nuestro país y, -en nuestro caso-, en las condiciones locales/periféricas extra céntricas propias del territorio analizado. Las modulaciones culturales y las mediaciones relacionales, no son sólo “un matiz que da color local” (Papalini, 2016: 50), a sentidos de circulación global.

¹⁰Casi en su totalidad, los estudios realizados sobre usuarios de terapias alternativas se refieren a sectores de clase media y media/alta, urbanos, aun cuando se reconoce el alcance más amplio de estas prácticas en diversidad de sectores sociales (Papalini, 2016). La posición de clase social, que proyecta condicionamientos sobre prácticas y sentidos, como analizaremos en el transcurso del trabajo, se presenta como posible línea en la continuidad de la investigación, para recuperar las prácticas y sentidos sobre la salud/enfermedad configuradas desde y en otros sectores sociales.

Uno de los factores que explica la ampliación en el alcance de la salud, remite a las modificaciones en las políticas internacionales de las últimas décadas (OMS, 2002, 2013, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece lineamientos estratégicos para una nueva salud pública, con foco en el estilo y las condiciones de vida, como en los riesgos ambientales, mostrando tensiones y ambivalencias. El énfasis en el cuidado y la responsabilidad individual, limitando el lugar del Estado, tensiona con el reconocimiento de las condiciones de vida y los riesgos ambientales como elementos relevantes en la prevalencia de enfermedades y desigualdades en su atención. Además, la creciente medicalización de los más diversos estados de padecer, tensiona con búsquedas de menor medicalización, por ejemplo, a través de las transformaciones de los hábitos alimentarios (Freidin, 2017). Las ambivalencias muestran las paradojas propias de las expresiones del capitalismo en la actualidad, así saberes tradicionales y de uso popular, están siendo fuertemente inducidos por la industria farmacéutica (Menéndez, 2015).

El peso asignado en la propuesta de la OMS (2013) al denominado estilo de vida, a la modificación de hábitos cotidianos en enfermedades de alta prevalencia (hipertensión, diabetes, obesidad, entre otras), lleva al cuidado individual, sobre el “supuesto de la capacidad y disposición de los sujetos para ejercer control sobre su propio bienestar, en un contexto sociocultural en el que el concepto de salud ha adquirido centralidad en la construcción de subjetividades” (Lupton, 1997, en Freidin, 2017: XIV). La responsabilización individual se cierne como mandato cultural: estar sano depende de uno mismo. Así se promueve la modificación de hábitos alimentarios, la incorporación de actividad física periódica, el manejo del estrés generado por el medio, trasladando los sentidos de búsqueda de salud y bienestar a la totalidad de las esferas vitales, ahora difíciles de diferenciar más que analíticamente (Papalini, 2016). Tal responsabilización sobre la propia biografía, cae fuertemente sobre los sujetos, estableciendo la diferenciación entre quienes lo logran y quienes no, como si se tratara exclusivamente de decisiones y acciones personales, ajenas a las condiciones de vida (Illich, 1975).

La nueva conciencia de la salud, como la llama Crawford (2006), establece un rango de éxito personal en el logro de estar sano, de conseguir “estar bien”. A modo de una formación ideológica emergente, asociada a las aspiraciones de las clases medias desde finales del siglo XX, deposita el alcance de la conquista de la salud en el individuo (Crawford, 2006). La salud cobra mayor relevancia en la vida cotidiana, a través de los trayectos exigidos como necesarios para conseguirla.

La búsqueda de la salud y el bienestar, articula prácticas y sentidos culturales entramados en la cotidianidad, regulando sensibilidades, exponiendo ambivalencias y promoviendo las búsquedas en diversidad de opciones terapéuticas.

A las definiciones de políticas internacionales de salud, como fundamento del alcance cada vez mayor de la búsqueda de salud y bienestar, se deben enlazar otras dimensiones, difíciles de escindir de aquellas. La tensión cultural respecto de las transformaciones en los sentidos asignados a la relación sociedad/naturaleza (Beck, 2006), articulada a perspectivas ecológicas y naturalistas (Luz, 2005); la ampliación del alcance y profundidad de la incertidumbre, el aumento de los riesgos y de la percepción de los mismos, como dimensiones que caracterizan la denominada modernidad tardía, sostenidas en procesos crecientes de reflexividad individual que promoverían actitudes ambivalentes respecto de la autoridad institucionalizada (Beck, 2006), -en este caso, la médica- (Freidín y Krause, 2017). Estas son referencias a tamizar por las condiciones y significaciones diferenciales en nuestro territorio y por la perspectiva conceptual propuesta.

El imperativo cultural del estar sano (Papalini, 2016), los efectos moralizantes, normalizantes y de responsabilización individual articulados, que configuran modos de ser en el mundo, condicionando subjetividades (Rodríguez Zoya, 2017), deben reflexionarse en su especificidad para con nuestra trama contextual específica. La ruta fallida del progreso en América Latina, como las condiciones materiales/culturales que atraviesan la vida cotidiana, obligan al análisis situado, histórica, cultural y territorialmente. Las diferencias estructurales de la expresión del capitalismo en las sociedades coloniales periféricas, como los modos diferenciales asumidos concretamente por las biografías personales en la cotidianidad (Robles Salgado, 2005), sostienen la necesidad de reflexionar anudando las prácticas y los sentidos construidos en su circulación, a la trama de mayor alcance en que se imbrican.

La exigencia cultural se configura tanto con alcance a la posición hegemónica de la biomedicina como en la articulación a formas aun no institucionalizadas, a modo de formaciones emergentes, propicias para conectar con las búsquedas en salud, atravesando variedad de terapias alternativas en crecimiento, tanto en lo global como en nuestro país (Rose, 2012; OMS, 2013; Freidín, 2017). A su vez, en los estudios realizados desde y en los países centrales del norte occidental, suele no incluirse una dimensión relevante en nuestros contextos: el lugar de los espacios de sociabilidad. Las redes sociales de interacción habilitan modos terapéuticos y contienen en un marco de

informalidad, -generalmente no captado por la literatura en el tema-, de significación clave en nuestro contexto (Papalini, 2016).

Según Menéndez, en Latinoamérica, el proceso de énfasis en los cambios de estilos de vida, se ha articulado, especialmente en sectores sociales medios y altos, a una trama ideológica asociada a la relación con el cuerpo en pos de sostener la juventud, de demorar el envejecimiento (Menéndez, 2015). A modo de tensión, la vejez muestra la otra faz, la no deseada y temida, de la nueva conciencia de una salud plena (Loaiza, 2015; Papalini, 2016). El cuestionamiento a los estilos de vida como reguladores preeminentes en el campo de la salud, se sostiene desde la epidemiología crítica latinoamericana, en tanto el proceso oculta las desigualdades sociales, se desliga de factores estructurales y remite al Estado a un rol subsidiario, compatible todo ello, con la aplicación del modelo neoliberal en América Latina, desde las últimas décadas del siglo pasado (Breilh, 2003; Menéndez, 2005, 2015; Menéndez y Di Pardo, 2006).

Las representaciones emergentes de valoración de la salud y el bienestar, que intentan integrar lo humano con la naturaleza, no separar la mente del cuerpo, recuperar la experiencia del enfermar desde quien la padece, sostener en definitiva un modo holístico de la salud, parecen en una primera lectura confrontar fuertemente con las que expresa la biomedicina (Douglas, 1998; Luz, 2005). Desde nuestra perspectiva, tal confrontación debe relativizarse. Las prácticas en procura de salud y bienestar recorren todas las áreas, desde el modelo médico hegemónico, el autotratamiento y las formaciones residuales/emergentes, mientras se desenvuelve el proceso de apropiación desde lo cultural. En términos macro estructurales, a partir de sentidos de individualización, responsabilidad autocentrada, resignificación de la relación con la naturaleza, entre las más destacadas. Desde el modelo médico, en términos más específicos, exponiendo instancias diversas de apropiación, resignificación, descalificación y, en definitiva, modos de negociación en el campo de la salud¹¹. Las opciones terapéuticas resultan modos no estancos, heterogéneos a su interior y de múltiples traslajos entre sí. La definición de un orden cultural, cuyo horizonte es la nueva conciencia de la salud, se recupera desde la lectura de sentidos y prácticas en tensión, circulantes entre las institucionalidades hegemónicas que discuten, apropian, resignifican, incorporan o descalifican, expresiones -prácticas y sentidos- residuales y/o emergentes que las ponen en tensión (Williams, [1980] 2012; Hall, 2017).

¹¹Incluye la búsqueda de validación desde las terapias alternativas en el modelo médico (Bordes y Saizar, 2014).

Un aspecto significativo, impone considerar la promoción en el espacio socio cultural de los sentidos articuladores de la nueva conciencia de la salud, como de las tensiones implicadas, a partir de su circulación desde la industria cultural y las mediatizaciones. Los sentidos culturales respecto de la salud, el bienestar y las cualidades exigidas para afrontar satisfactoriamente las exigencias epocales, circulan en los medios masivos de comunicación, con mayor dinamismo desde la última década del siglo pasado, tanto globalmente (Crawford, 2006; Illouz, 2007; Allué, 2013), como en territorio latinoamericano y nacional (De la Torre, 2006; Petracci y Waisbord, 2011; Freidin y Ballesteros, 2012; Freidin, 2017).

Pueden delimitarse tres ejes articuladores de los valores y prácticas configuradoras de la entronización de la salud y el bienestar como exigencia cultural (Papalini, 2016). El imperativo de estar bien, estado a alcanzar individualmente, a partir de la transformación de hábitos cotidianos en diversas esferas de la subjetividad; las cualidades emocionales-psíquicas deseables para lograr la realización individual en el plano económico-laboral, valorando la positividad y descalificando la tristeza, el desánimo, y cualquier emocionalidad sin correspondencia para con el reclamado optimismo permanente (D'Angelo, 2012); y la patologización medicalizada del padecer, de casi cualquier estado de sufrimiento, que deviene difusos los límites entre lo normal y lo patológico (Papalini, 2016: 44-47). Tales tendencias promueven la salud plena, el logro del bienestar asociado a ella y motivan la exploración por diversidad de prácticas y recursos terapéuticos, en un proceso en que la salud, la idea de la salud y el bienestar, se desplaza constantemente. El ideal regulatorio de la salud y el bienestar, expone la ambivalencia de la posibilidad e imposibilidad de su logro. Las prácticas recorren desde la biomedicina a la diversidad de terapias alternativas, en conexión con sentidos sociales circulantes, como expresión de las exigencias para afrontar sus estados de padecimiento.

¿Cómo son analizados esos sentidos y prácticas desde el enclave en comunicación/salud?, ¿cómo posicionamos este trabajo en el diálogo con el conocimiento preexistente en el campo disciplinar? Intentaremos responder estas inquietudes en el próximo punto.

1.2. Comunicación y Salud: problematizar las prácticas en salud desde una perspectiva comunicacional

El campo de encuentro entre Comunicación y Salud se presenta como un espacio relativamente reciente, con inicios datables en las décadas del 60'/70' del siglo pasado (Petracci y Waisbord, 2011). El recorrido por su formación y actualidad, tanto en América Latina (Aráujo y Cuberli, 2015), como en nuestro país (Petracci y Waisbord, 2011; Petracci, 2015), muestra un espacio complejo, heterogéneo, en el que intersectan saberes, prácticas, diversidad de actores y niveles institucionales (Petracci, Schwarz y Rodríguez Zoya, 2017). Su definición como un campo “en transición” (Petracci 2015), un territorio multidimensional en construcción, “de contornos flexibles...un espacio de intersecciones, encrucijadas, diálogos y controversias” (Rodríguez Zoya, 2017: 13), evidencia la dinámica y actualidad que lo caracteriza.

Asociado en sus inicios a una perspectiva instrumental de la comunicación, vinculada al campo de la salud como a otras temáticas: a partir de la instrumentación de procesos de producción y transmisión de información, para lograr que los mensajes explicitados desde las políticas y campañas sanitarias fueran efectivas y adecuadamente decodificadas por la población destinataria. La mayor parte de los aportes teóricos y de investigación se orientaron entonces al componente comunicacional en las campañas de salud, considerando a estas políticas en el marco de intencionalidades mayores de desarrollo humano en América Latina (Beltrán, 1998), llevando a cabo investigaciones y propuestas que articulaban el aporte de lo comunicacional a la promoción de la salud (Aráujo y Cuberli, 2015).

Aun hoy, pensada desde la salud, la comunicación es en muchas ocasiones considerada como herramienta al servicio del conocimiento y la práctica biomédica (Petracci y Waisbord, 2011). La salud apela a la comunicación como instancia estratégica en la producción y difusión de información con destino público. El desarrollo y estudio de campañas en Salud Pública, continúa siendo temática importante en la articulación comunicación y salud (Petracci y Waisbord, 2011).

Desde las compilaciones y producciones en el espacio, especialmente las realizadas por Petracci en nuestro país (Petracci y Waisbord, 2011; Petracci 2015; Petracci et. al., 2017), aunque no sólo (Aráujo y Cuberli, 2015), podemos recuperar cuatro temáticas organizadoras de los estudios y reflexiones en comunicación y salud.

- a) La salud desde los medios de comunicación. Análisis de cobertura de noticias, criterios de noticiabilidad, discursos publicitarios en salud (alimentación, medicamentos, enfermedades específicas). en medios gráficos y audiovisuales, a las que se incorpora más recientemente la circulación de información a través de medios digitales.
- b) La comunicación en espacios de la salud. Estudio de la comunicación intra hospitalaria, en la formación médica, en las interacciones médico-paciente, en las intervenciones en salud, ahora ampliadas a entornos digitales.
- c) Las campañas en salud. Tal como mencionamos, la temática originaria del campo de enlace, mantiene su relevancia, analiza el diseño, circulación y recepción por las audiencias de campañas específicas de salud pública.
- d) La comunicación desde las políticas públicas de salud.

Desde la comunicación, se propone problematizar el espacio para habilitar la apertura a diversidad de interrogantes y aportes posibles, al considerar a la “salud como un fenómeno de construcción de sentidos y experiencia cultural” (Petracci y Waisbord, 2011:12). Ello implica cambiar de perspectiva sobre la comunicación, para reconocerla como proceso y análisis¹² de la construcción social del sentido, en la reflexión de prácticas y representaciones culturales significativas (Hall y Du Gay, 1996; Méndez Rubio, 2012), en el campo de la salud y no limitarla a la transmisión de información (sin por ello abandonar las reflexiones en esa dimensión).

Se propone así, -y nos incluimos-, la transformación del paradigma en las articulaciones entre comunicación y salud (Cuberli y Albardonado, 2012; Petracci, 2015; Araujo y Cuberli, 2015; Petracci et. al., 2017). Como señala Cuberli, “resulta necesario...interrogarse acerca de las influencias -por su constitución articulada con la medicina, estructurada sobre la base de ciencias positivas-, respecto a la concepción de la comunicación en un sentido lineal y efectista, desconocedora de subjetividades” (Cuberli, 2008: s/d). Se procura ampliar la perspectiva a partir del anclaje en las ciencias sociales (Petracci, 2015), para problematizar los sentidos implicados en los procesos de salud-enfermedad-atención, al considerarlo espacio simbólico y concreto en tensión. Las inquietudes de conocimiento para el campo de la comunicación se amplían

¹² Hablar de comunicación solapa las definiciones de un proceso socio-cultural, por una parte, y de un campo profesional y académico, por otra (Rizo García, 2009). Concientes de ello, identificamos en el enclave comunicación y salud un espacio de intervenciones y reflexiones no solo epistémicas, de encuentro de saberes. Su configuración incluye institucionalidades, prácticas, sujetos y diversidad de dimensiones en juego (Rodríguez Zoya, 2017).

exponencialmente si se incluyen las significaciones, las prácticas, las creencias y las mediaciones relacionales expuestas por sujetos y grupos en sus itinerarios terapéuticos.

En el recorrido por los estudios en el tema de la salud/enfermedad, en otras disciplinas de las ciencias sociales, especialmente la sociología y la antropología, se encuentran tensiones similares en la relación con el campo de la salud. Así se propone pasar de una antropología *en* la medicina a una antropología *de* la medicina (Comelles y Martínez Hernández, 1993). De la consideración de los aspectos sociales de las enfermedades a una sociología y antropología de la salud (Briceño, Minayo y Coimbra, 2000; Perdiguer y Comelles, 2000). Estas reflexiones están marcadas no tanto por el posicionamiento disciplinar, sino por su relación de dependencia epistémica con las ciencias médicas.

El pasaje de una antropología médica a una antropología de la salud y la enfermedad, se define, -como lúcidamente lo recupera Sarti-, por el vínculo establecido con la biomedicina. En parte, esto se debe a una reproducción de lo ocurrido cuando las disciplinas sociales se encuentran en espacios institucionales de ejercicio profesional en el campo de la salud (hospitales, organismos públicos, por ej.), en los que el dominio de las ciencias médicas es evidente y reconocido (Sarti, 2010.) La intención de producir conocimiento y acciones al servicio de la salud, como referencia de valor superior, aparentemente comprendida sin tensiones, ha orientado inicialmente las investigaciones y reflexiones en las ciencias sociales.

Como ha sido observado (Le Breton, 2002; Sarti, 2010), la funcionalidad del aporte de las disciplinas sociales a las ciencias médicas, obstaculiza la problematización de ese mismo campo. Dificulta y en algunos casos impide, proponerse como objeto de estudio la problematización de la salud, los condicionamientos y condiciones sociales, políticas, económicas y culturales en que se configuran modelos y representaciones respecto del cuidado de la salud y atención de la enfermedad, los usos y apropiaciones que se realizan desde los sujetos que circulan por esos sistemas, tanto profesionales, especialistas, como usuarios, y un sinfín de interrogantes derivados de esa problematización.

El punto de inicio es entonces, para este trabajo, la consideración de la salud como dimensión simbólica polémica y polisémica (Cuberli y Albardonado, 2012; Méndez Rubio, 2012), en la que interseccionan, no sin tensiones, sujetos, prácticas, sentidos e institucionalidades. La dimensión simbólica, y las mediaciones en que se configura, constituyen los ejes de la lectura comunicacional, recuperados en este trabajo desde los trayectos terapéuticos de los sujetos. Las prácticas en

búsquedas de respuestas a la enfermedad, malestar, sufrimiento, recorre no sólo los dominios de lo institucionalmente reconocido (biomedicina). Incorpora opciones desde una diversidad de terapias alternativas, no convencionales, tradicionales, hasta iniciativas de autotratamiento (Crawford, 2006; Menendez, 2015).

Nuestro trabajo se posiciona en términos de un estudio que elude conscientemente un análisis *para* la salud; es la misma idea de salud la que está en disputa. De ese modo, tomamos posición desde una lectura que reflexiona sobre las prácticas y los sentidos en salud, evitando tomar su definición institucional, desde el modelo médico, como inequívoca, como si fuera un “supuesto consensuado, monosémico y aséptico” (Terrón Blanco, 2010). Aquello que entendemos por salud, es objeto de reflexión y de disputa, visto desde las prácticas y sentidos configurados en los trayectos terapéuticos por terapias alternativas, para asomarnos a la regulación de sensibilidades implicadas en el proceso. En consonancia, pensamos esta tesis en el espacio comunicación/salud, en las intersecciones reflexivas desde un encuadre comunicacional.

Vistas desde las prácticas, desde los sentidos configurados en las búsquedas de afrontar el padecer, desde las tramas de interacción social a través de las que se circulan, la salud/enfermedad no asume entonces un sentido unívoco emanado del reconocimiento institucional. Se implican disputas de sentidos, se construyen creencias y regulan emocionalidades en los recorridos terapéuticos, que permiten indagar en los pliegues de lo social/cultural para comprender una dimensión significativa de la vida cotidiana desde una lectura comunicacional. La trama de tensiones simbólicas y concretas, los forcejeos por la apropiación socio-cultural del sentido (Grossberg, 2012) respecto de la salud, la enfermedad y el cuidado, circula entre la biomedicina y las terapias alternativas, en un proceso continuo de apropiaciones, resignificaciones y ambivalencias.

El campo de las prácticas en búsqueda de salud y atención del malestar, se comprende como un espacio de disputa por sentidos que legitiman modos de vida, en dónde se encuentran –desde nuestra perspectiva-, las modulaciones que imprimen esas prácticas en el territorio de las institucionalizaciones hegemónicas, de sus repliegues y apropiaciones. Los estudios en el campo confirman el creciente interés en el tema, su radical vigencia y relevancia social (Petracci, et. al. 2017). Aun así, los trayectos terapéuticos, la “carrera del enfermo” (Menéndez, 2015), las prácticas de los sujetos, resultan escasamente abordadas, menos aún, si refieren a itinerarios por opciones no biomédicas. Podemos destacar en este sentido el diálogo con los aportes de Papalini, en su

análisis de las subjetividades desde las estrategias de afrontamiento ante el sufrir, enlazando discursos circulantes, prácticas y la presión ejercida por las condiciones socio-económicas (Papalini, 2007, 2016, 2017; Papalini y Echevarría, 2016).

Indagar en la circulación de los sujetos por prácticas no convencionales en el campo de la salud, implica entonces objetivar unas prácticas, poco consideradas en algunos espacios académicos. El discurso y las prácticas de la medicina científica, suele resultar profundamente excluyente de este tipo de prácticas no convencionales (Menéndez, 2015), producto de un proceso histórico de tradición selectiva (Williams, [1997] 2009). Selecciona valores y configura una tradición, presentada como única y a-historizada (Menéndez, 2015), para, precisamente, excluir otras prácticas y sentidos que la podrían poner en tensión (Hall, 2017). Aquello que no es nombrado o resulta descalificado como parte de la estrategia de autovalidación de la medicina científica, queda en penumbras (Le Breton, 2002).

Cuando esas prácticas y sentidos, asoman en exceso, aumenta su circulación, suma adhesiones, se establecen negociaciones de apropiación y resignificación (Williams, [1980] 2012), generando transformaciones tanto en el modelo médico como en las formaciones no biomédicas. En los espacios de aceptación relativa, la biomedicina parece incorporar en términos de domesticación de las opciones terapéuticas (Saizar y Bordes, 2014; Toniol, 2015). El alcance de los procesos de aceptación e incorporación relativa no habilita a suponer la transformación de un cambio de perspectiva, al punto de poner en tensión los ejes dominantes de la biomedicina.

Los sujetos recorren cada vez más el mundo de las terapias no biomédicas y la circulación de sentidos en los discursos mediatizados ha crecido significativamente en las últimas décadas. Sin embargo, aún se mantiene la escasez de estudios sobre estas prácticas en nuestro campo disciplinar. Así como propusimos la relevancia de la ampliación actual del dispositivo en términos de *healthism* (Greenhalgh & Wessely, 2004) y *wellness* (Lupton, 1995), asociado a la diversidad de actividades en el marco de instancias de ampliación del consumo de terapias y productos, que alcanza a cada vez más aspectos de nuestra vida cotidiana, resulta necesario dar cuenta de la trama de la institucionalización de la biomedicina, como marco de interpretación incorporado inicialmente por todos los sujetos entrevistados.

1.3. Configuración de la institucionalidad hegemónica del modelo médico en la salud/enfermedad

La búsqueda de salud se ha vuelto fundamental en relación al telos de vivir para muchos grupos sociales y la experiencia construida en el tránsito por la biomedicina configura buena parte de los sentidos en el campo. La sujeción ineludible a los cuidados y adjudicaciones del conocimiento médico especializado (Rose, 2012: 69) resulta el marco primario para comprender la salud y la enfermedad, e incluye la desacreditación de otras prácticas terapéuticas como las enfocadas en este estudio (Menéndez, 1992, 2015; Oliszewski, 2012; Loaiza, 2013, a y b, 2014). Las prácticas y los sentidos construidos respecto de la salud y la enfermedad en la circulación por las terapias alternativas, aluden con mayor o menor tensión, pero siempre como referencia, al marco configurado en el paso por la biomedicina como a su uso simultáneo con otras opciones terapéuticas. Para comprender los itinerarios terapéuticos por expresiones emergentes/residuales como la terapia floral, debemos interrogarnos respecto de la condición hegemónica, de su posicionamiento institucionalizado y validado socialmente, referencia ineludible en el espacio de la salud y atención de la enfermedad.

Concebimos una sociedad atravesada fuertemente por la salud y el bienestar como imperativos regulatorios. La biomedicina se configura eficaz en la superación de enfermedades y mantenimiento de la vida y a la vez, como pieza sustancial de regulación de las sensibilidades. Para ello, se articulan condiciones económicas, políticas, ideológicas y de conformación de dominaciones necesarias para la imposición del saber de las ciencias médicas (Foucault, [1953] 2004). La medicina nos interpela en nuestras subjetividades, y nos dice como entender la salud, como tratar y superar nuestras enfermedades, pero también, como debemos vivir. Qué comer, cuanto y como descansar, que actividad física realizar, qué aire respirar.

El modelo médico domina la concepción de la vida y de la enfermedad (Sarti, 2010) como expresión de la lógica científico-racional característica de la episteme moderna (Saks, 2001). La omnipresencia de la biomedicina se entiende en la conjunción con el proceso de mercantilización y medicación que en buena parte la organiza (Illich, 1975; Blech, 2005). Los saberes, instituciones y prácticas profesionales en el espacio biomédico, requieren comprenderse como parte del entramado económico e institucional al que esa construcción es funcional. Y necesaria.

El modelo médico hegemónico y su ampliación, se nos presenta como un dispositivo estratégico, configurado en un proceso histórico asociado al valor de la cientificidad, resultando “una de las principales expresiones sociales e ideológicas de la expansión capitalista” (Menéndez, 2015: 50-51). Procura desde su centralidad en el campo, saturar la concepción y la experiencia de los sujetos en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad. Resulta necesario dar cuenta muy brevemente de ese recorrido histórico. No para entrar en el detalle de ese trayecto, que escaparía a las intenciones de esta tesis, si no para evidenciar las tensiones con otras modalidades terapéuticas, luego descalificadas, y para comprender los fundamentos de su dominante condición actual. De ese modo, recuperar la reflexión sobre un proceso, desde el cual el modelo médico impone las condiciones, materiales y de sentidos, desde las cuales se establecen las relaciones con otras opciones terapéuticas (Menéndez, 2015). Luego nos permitirá una mejor comprensión de los trayectos de los sujetos por terapias no convencionales. Recuperar esa configuración histórica, evidenciará un modelo médico hegemónico no homogéneo, pétreo, inmóvil y consolidado de modo fijo y permanente. Como instancia hegemónica nunca es singular, monolítica o cerrada. Se constituye mediante la incorporación, apropiación o re-significación de sentidos y prácticas de otras formaciones, en tanto no afecten sus ejes, no lo sitúen en excesiva tensión.

La biomedicina configura parte del cimiento del orden social actual (Algranti y Bordes, 2009), organizada en torno a dispositivos de control y disciplina social dirigidos al tratamiento de la enfermedad, a partir de dos pilares discursivos basados en la potencia del imaginario de la utopía científica de la Modernidad: la cientificidad de la medicina y la eficacia de los medicamentos (Foucault, 1993). El régimen de salud vigente, encuentra su origen próximo en esas estrategias disciplinarias de la sociedad moderna, cuyo objeto de control era (es) el cuerpo, centrado en la función de éste como parte de la fuerza laboral en el capitalismo industrial (Foucault, 1977). El modelo que en la actualidad denominamos biomédico, comienza a instituirse a finales del siglo XVIII en países europeos, acompañando la Primera Revolución Industrial. La formación de la clase obrera, las nuevas ciudades industriales y, luego, la expansión colonial son el signo de la época que se asocia con su consolidación (Menéndez, 2005: 12).

Ese momento inaugural se constituyó a partir de un entramado de prácticas y discursos de fuerte disciplinamiento social, sostenidos desde la eficacia en el tratamiento de enfermedades colectivas, siendo el hospital su institución paradigmática (Foucault, 1993). La eficacia demostrada por la medicina se enlazó al paradigma dominante de la utopía científica de la modernidad. La

expectativa, aún vigente en las lecturas de sentido común pero también dentro del campo de las ciencias médicas, promueve un horizonte en el que la evolución de la biomedicina podrá contar con las respuestas necesarias para todas las dolencias, incluso anticipándose a su ocurrencia (Rose, 2012).

Desde el fortalecimiento de la asociación entre el conocimiento científico-técnico y la medicina, estos modelos de salud promovieron su ingreso en el terreno de la economía, la búsqueda de domesticación de los cuerpos (Papalini, 2007), y fundamentalmente, la instauración de la salud como eje de confrontación político-cultural (Illich, 1975). En definitiva, la biomedicina se configuró como instancia estratégica de las biopolíticas o políticas de la vida (Foucault, [1953] 2004, 1977; Rose, 2012). Estar enfermo implica dejar de trabajar, por ende, la recuperación de la salud debe ser rápida, de modo de facilitar el retorno al desempeño laboral. La biomedicina se necesita y se percibe, aún hoy, “más rápida...especialmente respecto de ciertos padecimientos vinculados a la esfera laboral. Es una medicina de urgencia, y no una medicina de espera” (Menéndez, 2005: 27).

Aquello que se concretaba mediante férreos controles institucionales en la modernidad disciplinaria estudiada por Foucault, se transforma en los actuales dispositivos superadores de las barreras físicas y espaciales, sofisticándose y generando novedosas estrategias de vigilancia y dominación (Deleuze, 1995). Podemos considerar estos sistemas como estructuras asociadas en términos molares¹³ ajustadas a la episteme moderna centrada en un sujeto normalizado (Foucault, [1953] 2004, Canguilhem, [1966] 2005) como punto fijo de referencias, que a partir de una imposición binaria, codifican la salud/enfermedad en términos del modelo hegemónico y de referencia en el mundo occidental. Se trata hoy, no solo, y no tanto, de mantener sana la fuerza productiva del obrero, como de constituir y diseminar planetariamente consumidores activos, apelando al gobierno de sus emociones, alcanzando la salud un lugar inédito (Illouz, 2007), que excede a la biomedicina para filtrarse en la vida cotidiana a partir de diversidad de formas y prácticas.

¹³ La referencia a las conceptualizaciones molar- molecular remiten al pensamiento de Deleuze/Guattari. Lo molar no se trata de la salud en términos individuales, sino de una codificación institucionalizada de LA SALUD en que lo esencial será impedir que corran flujos que no se puedan codificar. El acto fundante de la sociedad capitalista es “codificar los flujos” y considerar peligrosos a los que escapan, al menos provisoriamente, a esa codificación (Deleuze, 2005).

Los dispositivos fueron mutando asociados a la expresión de valor y las necesidades de producción y reproducción del capitalismo, vinculando fuertes contenidos simbólicos al cuidado del sí mismo. Como plantea Featherstone, la valoración estética corporal se ha articulado con el mero cálculo costo-beneficio regulador de las decisiones de consumo (Featherstone, 2000), tornándose determinante en las prácticas en salud, culturales como económicas, siendo la dimensión simbólica inseparable de las mismas. El definitivo paso de la medicina a la tecno medicina, las concretas posibilidades de transformación de la vitalidad, la medicalización de estados no patológicos y un creciente grado de mercantilización, están transformando profundamente las estructuras de la experiencia para muchos grupos sociales. No se trata solo de la atención del padecimiento, sino de mantener el cuerpo sano, prolongar la vitalidad, encontrar bienestar en la condición de salud, como novedosa estrategia de trabajo ideológico, como instancia potente de regulación social.

Aun en la ampliación del alcance regulador de la salud, el sistema biomédico mantiene su condición hegemónica en nuestro país (Saizar, 2008a; Oliszewki, 2012; Menéndez, 2015; Freidin, 2017) para lo cual concurren dispositivos complejos y multidimensionales, con diferenciables niveles de análisis posibles, resultando claramente un fenómeno de alto grado de complejidad. No es nuestra intención considerar el análisis en profundidad de cada una de las dimensiones constitutivas del dispositivo, en tanto excedería y reorientaría el sentido en el que marcha nuestro trabajo. Intentamos sí, reflexionar sobre las características distintivas del modelo médico, en tanto permitirán luego comprender las experiencias en el cuidado de la salud de sujetos que circulan no solo por el modelo médico sino también por el circuito de terapias alternativas, y se constituyen en nuestro objeto focal.

Por otra parte, “el conjunto de características y de las funciones- del MMH¹⁴ y no cada característica en sí misma” establece la hegemonía respecto de otras opciones terapéuticas, “de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarlas, aunque también a una aceptación crítica o incluso una apropiación o a un uso complementario, sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado” (Menéndez, 2015: 51). En la concepción sobre el origen de la enfermedad y las modalidades para atenderla, la biomedicina sostiene su eficacia y legitimación desde la apelación al saber científico, asociado a la institucionalidad, pública y privada

¹⁴ Modelo médico hegemónico (MMH)

(Laplantine, 1999; Tesser y Luz, 2008). Desde ese espacio, descalifica otras instancias terapéuticas, llevas al lugar de un otro amenazante, pseudo científico o pura charlatanería (Le Breton, 2002), necesario para construir la propia identificación del sistema médico, también en nuestro país.

En el proceso de constitución del modelo médico pueden reconocerse las tensiones, disputas, convivencia con otros saberes y prácticas que procuraban y procuran comprender, significar y atender de otro modo la salud/enfermedad. Como Foucault lo plantea respecto de la perspectiva de la medicina romántica en Alemania (Foucault, [1953] 2004) y Le Breton (2002) desde el enfrentamiento con saberes y prácticas tradicionales, también puede analizarse su imposición en la región latinoamericana y en nuestro país. Ello no impide recuperar el llamado de atención realizado hace un momento, para evitar tomar a la biomedicina como un dispositivo monolítico, libre de tensiones y debates internos.

El proceso histórico de apropiación monopólica de la legitimidad en el arte de curar en nuestro país (González Leandri, 1999) es atravesado en sus inicios por tensiones y discusiones con perspectivas terapéuticas que disputaban, o pretendían disputar, su inclusión en los marcos institucionales reguladores de lo legítimo. Desde finales de siglo XVIII, durante el XIX y hasta mediados del siglo XX, la configuración hegemónica del modelo médico se reconoce en las tensiones con otros saberes no médicos, provenientes del conocimiento popular (Di Liscia, 2003) o surgidas desde la misma medicina, como la homeopatía (Belmartino, et. al., 1988) o la hipnosis (Vallejo, 2014). En momentos en los cuáles las fronteras de lo válido y lo no válido estaban en construcción, pugnaban por quedar dentro de los límites de lo legítimo. El proceso de establecimiento de límites, de solución de controversias que dejarán los mojones de un adentro y un afuera de lo reconocido, de lo válido, no es reductible ni a lo global, ni a la metrópoli porteña en nuestro país. La matriz se reitera en el resto del país, aunque con expresión de particularidades (Armus, 2000; Carbonetti, 2007), considerado una expresión de colonización (Di Liscia, 2003) a partir de la negación de conocimientos de uso en el territorio y como expansión de una perspectiva higienista y anatomoclínica (Souza, 2007).

La institucionalización de los saberes médicos operó entonces con evidentes efectos de clausura, aún vigentes¹⁵, asociando directamente los saberes y prácticas médicas al horizonte de la

¹⁵ En el país, la formación en terapias alternativas no resulta habilitante para el ejercicio de las mismas dentro de las instituciones de salud, incluida la terapia floral.

ciencia, elemento central en la búsqueda del progreso, para la elite positivista que gobernó el país desde mediados del siglo XIX (Novoa & Levine, 2010). Recorrer los estudios citados en estos últimos párrafos, muestra la configuración de la medicina científica como institución hegemónica en nuestro país, permitiendo recuperar la potencia de la noción de tradición selectiva propuesta por Williams ([1980] 2012). Las terapéuticas que disputaban un espacio dentro de lo legítimo en la salud, resultan secundarizadas, subalternizadas, descalificadas u olvidadas. Se les niega su lugar en el proceso histórico y se las reduce al residuo.

El lugar que actualmente ocupa el modelo de la biomedicina, se nos presenta como lógico, inevitable, naturalizado, sin reconocimiento explícito de cómo llegó a ocupar ese lugar, de su configuración como el modo hegemónico de pensar y atender la salud y la enfermedad. Como otras instituciones, y como el mismo capitalismo, parece no haber nada más allá de él. Al menos nada que valga la pena ser considerado seriamente. Esta condición, es justamente una característica relevante producto del eficaz proceso de tradición selectiva: oculta su historicidad, su contingencia y su situacionalidad. Esa naturalización lo presenta como el único sistema válido en el campo.

La pretendida a-historicidad de su constitución, sostiene la quimera de la ajenidad de los procesos políticos, sociales y económicos involucrados, oculta su condición de hecho social situado, portador de significaciones configuradas históricamente y expresión de disputas de poder. En el fundamento ilusorio de una ciencia pura y sin regulaciones ni determinaciones externas a ellas (Latour, 1993), opaca de ese modo la caracterización de constructo social e ideológico de sus conocimientos y prácticas. “La medicina quiere situarse por fuera del marco social y cultural al detentar la palabra verdadera, la única científica y por tanto intocable. Remite al conjunto de las otras medicinas a la duda acerca de su validez” (Le Breton, 2002: 176).

En este marco se presentan evidentes las condiciones de posibilidad y sostenimiento del modelo médico hegemónico, en análisis desde hace más de treinta años, especialmente en territorio latinoamericano (Menéndez, 1984, 1988, 2005, 2015; Breilh, 2003). Configurado como un conjunto de prácticas y saberes generadas por el desarrollo de la medicina científica, desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban presentes en los conjuntos sociales, para identificarse como el único modo legítimo de atender los padecimientos, validado desde el saber científico como por el Estado (González Leandri, 1999; Armus, 2000).

Comprender el modelo médico como hegemónico, no implica suponerlo homogéneo, cerrado, de sentidos unívocos, límites precisos y ejerciendo una posición de dominación prácticamente total. El sistema médico es una expresión dinámica en lo histórico y en lo situacional, con tensiones internas, disputas y articulaciones fluctuantes con otras terapéuticas, en constante expansión. El modo en que comprendemos la noción de hegemonía (2.3.) lleva a una lectura no unívoca ni homogénea de la misma, procurando captar los sentidos y articulaciones operadas en los tránsitos entre formas culturales.

Caracterizamos el modelo médico en distintos planos, el de los sentidos configuradores de su axiomática, su marco interpretativo, ideológico y, el de las prácticas de modo más concreto, como dimensiones entrelazadas y dependientes entre sí. Quien asiste a una consulta médica es atravesado por ambas, así, la distinción es fundamentalmente realizada a efectos analíticos. Nos permitirá luego, comprender los modos diferenciales de las críticas y ambivalencias respecto de las experiencias en la biomedicina (3.4.) como del rango de adhesiones a la terapia floral (4.3.).

El modelo médico hegemónico se basa en “(...) un conjunto de prácticas, saberes y teorías de la medicina científica identificada como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1984: 84). Entre sus rasgos estructurales se encuentran:

biologicismo, concepción teórica evolucionista/positivista, orientación básicamente curativa, relación médico-paciente asimétrica (...), salud-enfermedad como mercancía, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llevar a la sumisión (...), concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado (Menéndez, 1984: 97).

Al identificar, en breve aproximación, los principios organizadores de la molaridad central de esta “gorda salud dominante” (Pelbart, 2009: 107), debemos recordar se trata de condiciones dinámicas, con variaciones, en ocasiones de modo sutil, tanto en función del momento histórico como del contexto regional en que se desenvuelven. Centrado en la atención de la enfermedad como fenómeno, caracterizaremos sintéticamente a continuación los principios estructuradores: concibe la salud como normalidad y a la enfermedad como desviación respecto de ella, la atención se enfoca en el tratamiento y desaparición del síntoma que se constituye en su foco de interés, la consideración de estos síntomas reduce el sujeto a ellos y está desprovista de toda referencia al resto de las esferas en que ese sujeto se constituye (social, histórica, ambiental), presenta una reconocida eficacia en la solución a gran variedad de dolencias, la lógica científica encarnada en

la práctica médica propone una vinculación de sumisión del sujeto (paciente) en el que no es relevante su perspectiva de sí mismo y asocia toda superación de lo sintomatológico fundamentalmente a la medicalización.

Articulado a la incorporación del proceso salud/enfermedad al circuito de mercancías, reforzando un sistema basado en el consumo que intenta resultar excluyente de cualquier otra práctica de cuidado de la salud que no esté basada en el fundamento científico-médico. De este modo se reproduce y sostiene un imaginario en el que se divide tajantemente lo humano en cuerpo-mente, se conforma la enfermedad como el eje de atención, se desconsidera la experiencia personal en el padecer, y se ocultan las condiciones sociales como las referencias culturales involucradas (Laplantine, 1999).

Las características descriptas han ido variando, especialmente a partir de las últimas décadas del siglo XX (Rose, 2001), en coincidencia con la expansión de otros modos terapéuticos, como veremos en la próxima sección (1.4.). Algunas de las particularidades descriptas en términos de principios se profundizaron, otras han sufrido giros que llevan a reconsiderar su inclusión como elemento descriptivo del modelo y otras se sostienen con menor alteración. Si bien conserva el eje de su accionar en la enfermedad y en el uso de los medicamentos apropiados para su control, se ha ampliado notoriamente el sentido de esta dimensión. En busca de una salud total, de un completo estado de bienestar, argumentación tanto sanitaria como comercial, el tratamiento no solo aplica a la hora de enfermar. Se extiende hacia los malestares propios de la vida cotidiana como el desánimo o la apatía transitoria, no patologizados hasta hace apenas unos años (Papalini, 2016) amplificando el alcance de sus prácticas. La transformación del estilo de vida como regulación de las sensibilidades, promueve la salud desde la autoexigencia personal, asociando diversidad de prácticas, hoy obligadas si queremos estar sanos, especialmente la actividad física y la modificación de hábitos alimentarios.

Los sentidos contruidos sobre la salud/enfermedad, establecen los límites pretendidamente nítidos, pero absolutamente difusos y cambiantes, entre lo normal y lo patológico, la salud y la enfermedad, como condición estructurante de su perspectiva y articulada a las dimensiones simbólicas y materiales que porta desde su legitimidad indiscutida. Definir su condición hegemónica se funda en las articulaciones reconocibles en la dinámica de todo el cuerpo social y especialmente el campo médico: validez legal, inclusión en políticas públicas, reconocimiento

desde las obras sociales y el sistema público de salud como único modo de atención¹⁶ y formación universitaria de profesionales, como las más significativas. El campo de la salud articula instituciones públicas y privadas, centros de formación académica, organismos públicos y privados de investigación científica, asociaciones profesionales, políticas públicas de variado alcance (internacional, regional, nacional, provinciales y algunos casos locales), sistemas de seguridad social, industrias químico farmacéuticas y de tecnología médica, entre otras instancias. Integra así dimensiones económicas, políticas y culturales, orientando los sentidos dominantes en circulación respecto del cuidado de la salud/atención de la enfermedad asociados a la biomedicina científica.

Reconocemos la caracterización, como cualquier tentativa de síntesis o clasificación de fenómenos socio culturales con enorme complejidad multidimensional, como un intento por presentar las condiciones esenciales que permitirán luego comprender las experiencias y la circulación de éstas en los recorridos de los sujetos por las desiguales aguas de los dominios del cuidado de la salud, aunque debemos advertir los riesgos de caer en simplificaciones o reduccionismos poco útiles. Esta se mantiene en nuestro trabajo como una constante alarma en términos de vigilancia epistemológica. Describir a la biomedicina por ausencia, por aquello que no posee, por la negación o por la descalificación, impide identificar lo compartido entre los dominios, además de presuponerlos como homogéneos, estancos, cerrados e inmutables. Situación a eludir de modo de aproximar una mejor comprensión en la temática propuesta.

Estos postulados identifican las particularidades en el dominio de la biomedicina, conforman un conjunto práctico/discursivo en el que esas dimensiones pueden analizarse de modo de profundizar su comprensión, pero resulta difícil, sino imposible, escindir las o diferenciarlas en su dinámica de dispositivo institucionalizado.

Enfocado en la enfermedad, procura establecer los fundamentos biológicos de la misma, excluyendo en su análisis, tanto la experiencia del sujeto, quien deviene ajeno a su propio padecer (Good, 2003) como las condiciones sociales, económicas, ambientales en las que aquella se produce. Se examina la evolución natural de la enfermedad, pero se elude la consideración de los procesos subjetivos, emocionales, contextuales e históricos intervinientes en ella.

.....estos y otros procesos no serán asumidos –aun cuando pueden ser reconocidos– por la biomedicina, sino que al biologizar todo padecimiento, excluirá las causales y consecuencias sociales

¹⁶ Comentaremos más adelante algunas experiencias menores y de escaso alcance en la incorporación de algunas opciones terapéuticas en instituciones públicas de salud en nuestro país, las que no alcanzan para modificar o matizar la caracterización aquí expuesta.

de los mismos, de tal manera que la enfermedad será explicada por ella misma, y la intervención médica sólo tratará la enfermedad en sí (Menéndez, 2005:12).

Si la atención de la salud, paradójicamente, se enfoca en el tratamiento y desaparición de la enfermedad, o en anticiparse a su ocurrencia, que se transforma así en su prioritario foco de interés, la consideración sintomática biológica reduce el sujeto a ella y está desprovista de toda referencia al resto de las esferas en que ese sujeto se constituye (social, laboral, ambiental, etc.). El enfoque biologista e individual domina la escena biomédica actualmente, aun cuando desde las últimas décadas del siglo pasado se proponen perspectivas menos reduccionistas dentro del espacio de la biomedicina.

El sujeto enfermo deviene expresión de un fenómeno fisiológico y se omiten la experiencia del padecer. Experiencia resultante de la trama social y cultural, de las condiciones de existencia, de las inflexiones operadas desde los sujetos en esa trama. Así, la enfermedad queda reducida a un fenómeno orgánico individual de origen puramente biológico (Fernández Juárez, 2004). Esta matriz esencialista se ha consolidado como un aspecto característico de la construcción de la subjetividad moderna en occidente, especialmente desde el campo de la salud.

De este modo, la biomedicina reproduce y da sostén a la tensión entre cuerpo-mente, pensamiento binario propio de la modernidad cartesiana, configurando la significación de la enfermedad desde ese anclaje. Si bien es un tema en debate dentro del campo, la demanda de la reflexión crítica sobre la escisión reduccionista y mecanicista entre lo corporal y lo afectivo/emocional/racional, suele provenir de disciplina humanísticas dentro del campo, como la psicología (Lemos Hoyos, et. al., 2008). Esta es una idea central en tensión con las terapéuticas alternativas y con los motivos por los cuáles los sujetos concurren a ellas.

La autopercepción de un sí mismo integrado y unidimensional en nuestra experiencia cotidiana, contrasta con la red de especializaciones que la biomedicina sostiene en la profundización de esta separación entre lo físico y lo mental. La pretendida objetividad del lenguaje biomédico, solo comprensible para los profesionales, legitima la práctica médica y la posiciona dominante para definir y regular, homogeneizando, el sentido y alcance de la enfermedad, del estar o ser enfermo (Haraway, 1995).

En definitiva, la experiencia del sujeto es excluida de su cuidado. Definido tradicionalmente como paciente y en los últimos años como usuario, se constituye ajeno a su proceso de curación, tratamiento o cuidado. En el modelo médico hegemónico la lógica científica encarnada en la

práctica médica propone una vinculación de sumisión del paciente, no es relevante su perspectiva de sí mismo ni su participación activa como responsable del cuidado de sí (Laplantine, 1999; Good, 2003). Esto es reconocido incluso desde el modelo de la biomedicina, con propuestas y experiencias de tratamiento que intentan proponer una visión más humanizada –según su expresión- de la relación médico/paciente, para recuperar la tensión entre el conocimiento y la práctica médica respecto de la experiencia del sujeto en el enfermar (Valverde, 2009; Rillo, et. al., 2009). La desconsideración de la experiencia de quien sufre, es un elemento relevante de las críticas al sistema biomédico y forma parte, no excluyente, de las motivaciones en la realización de otras exploraciones terapéuticas (Luz, 2005).

La condición tecnocrática, se evidencia con mayor claridad en la asociación de la eficacia médica a la utilización de instrumentos tecnológicos cada vez más desarrollados, en los que se deposita la diagnosis. Al lenguaje altamente especializado, crítico para el lego, se suma la mediación de instancias de laboratorio y aplicaciones tecnológicas en la elaboración diagnóstica, distanciando la posibilidad de los sujetos de formar parte de sus procesos de atención de la salud. El profesional del sistema médico “basa su práctica en la recusación de la experiencia del enfermo” (Laplantine, 1999: 16). Dentro del modelo médico, la alerta ante la creciente desilusión con la tecnología médica, como una de las críticas de mayor significación desde los usuarios, es expresión de voces minoritarias y de escaso impacto en el funcionamiento del sistema médico (Rillo, et. al., 2009).

Como resultado de la condición de su mercantilización creciente, en América Latina especialmente a partir de las transformaciones operadas desde mediados de los '70 del siglo pasado en el marco del modelo neoliberal (Breilh, 2003), se asocian, la impronta de la formación de los profesionales de la salud (Menéndez, 1988) y el control social sobre los cuerpos y los vínculos, ejercido enfáticamente a través de la prescripción de medicamentos. Es cada vez mayor el consumo de medicamentos, la consulta al profesional buscando específica y casi exclusivamente esa prescripción y la creciente circulación de drogas químicas industrializadas (Conrad & Leiter, 2004). En la creciente “toxicomanía a los medicamentos” (Ehrenberg, 2004: 19) abrevan parte de los fundamentos de mayor significación de las motivaciones a la circulación por otras terapéuticas.

El sentido del control recrudece y se hace más claro, al advertir el desarrollo de la medicación psicotrópica en el ámbito de la salud mental, qué, en tratamientos del sufrimiento emocional de los sujetos, resulta relevante en la configuración de subjetividad (Stolkiner, 2013). La

domesticación a la que se destinan es posiblemente, una estrategia de intervención en el cuerpo de lo social más eficaz y sutil que muchas otras. La medicalización, asociada intrínsecamente a la mercantilización fomentada desde la industria química farmacéutica (Clarke, et. al., 2003; Chignola, 2016), ha dejado de ser potestad del sistema profesional de la medicina (Bonet y Gomes Tavares, 2006), para formar parte constitutiva de la vida cotidiana y auto administrada por los sujetos (Krmptic, 2008; Bianchi, 2018). Las recurrentes crisis por sobreacumulación del capitalismo posfordista (Brenner, 1999), promueve y requiere de la incorporación de nuevas esferas de consumo, siendo una de las más destacadas la aludida, que ha llevado a la caracterización de este momento del capitalismo desde una dimensión profundamente farmacológica (Castro Orellana, 2009). El alcance de la medicalización llega a los más diversos ámbitos de la cotidianidad (Carballeda, 2014; Bordes, 2015b; Chignola, 2016).

La exclusión de otras terapéuticas al tratar con la enfermedad, podría explicar, en parte, la extensión de la medicalización en el caso de América Latina (Murguía, et. al., 2016). En Argentina el proceso es datado desde finales del siglo XIX, asociado a la emergencia del orden político/social propuesto por la denominada Generación del '80 (Carballeda, 2014). Analizar en profundidad el proceso de medicalización excede nuestro trabajo. Sin embargo, su mención es ineludible, en tanto resulta una de las dimensiones críticas reiteradas en las experiencias por el sistema biomédico de los sujetos que exploran el mundo de las terapias alternativas (Saizar, 2008b). Confirma la necesidad de considerar el proceso de medicalización no solo desde una perspectiva macro social, sino también en las complejidades de usos y significaciones desde los sujetos (Stolkiner, 2013; Murguía, et. al., 2016; Bianchi, 2018).

El énfasis en la consideración de la enfermedad y fundamentalmente de su origen biológico, la diagnosis mediada tecnológicamente, el lugar central de la medicalización como tratamiento, la exclusión de la experiencia propia del padeciente, la negación de sus recorridos terapéuticos, caracteriza hoy la distancia del profesional para con los usuarios. El experto porta un saber especializado e incomprensible para el sujeto, quien debe someterse pacientemente y sin palabra propia, a sus determinaciones. El modelo médico, intenta producir un universo profesional corporativo, al establecer condiciones relativamente homogéneas y distintivas de perspectivas diferentes en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad, que podrían tensionarlo. Los itinerarios terapéuticos de los sujetos, desde el autotratamiento a la consulta por otras prácticas y actividades fuera del sistema médico, es conocido por los profesionales médicos, quienes apelan

al cuestionamiento, descalificación y clausura de tales experiencias (Franco y Pecci, 2002; Eymann, et. al., 2009; Menéndez, 2015; Saizar, 2008b). Establecen así, distanciamientos institucionales y culturales, regulando los intercambios posibles “para resistir a quienes les pueden oponer creencias y tradiciones colectivas distintas, para resistir las influencias de un afuera de ese cuerpo profesional” (Lahire, 2004: 43), como expresión a su vez, del proceso de tradición selectiva al que aludimos previamente.

El reconocimiento en algunos sectores médicos de la necesidad de revisar la distancia con la experiencia del sujeto para mejorar la relación terapéutica (Valverde, 2009), no ha transformado significativamente el funcionamiento de las instituciones, organizaciones profesionales y ámbitos de formación en el sistema de salud dominante (Luz, 2005; Menéndez, 2015). Como veremos en los capítulos 3 y 4, la distancia concreta y de sentidos percibidas por los sujetos, asociada a la exclusión del mismo de su proceso de diagnóstico y curación, resulta una de las motivaciones de la concurrencia a otras terapéuticas por fuera del sistema dominante, como la terapia floral.

Una característica asentada en las condiciones descritas previamente y en su asociación con el sistema económico e ideológico al que articula, establece su práctica como única legítima en el campo de la salud y descarta cualquier otra experiencia de cuidado de la salud no basada en el fundamento científico-médico. La exclusión y cuestionamiento a los recorridos realizados por los sujetos en busca de atender sus malestares, presenta una dinámica compleja, de variaciones tanto temporales como territoriales¹⁷.

Los estudios realizados a profesionales del sistema biomédico¹⁸ respecto del conocimiento y aceptación de las terapias alternativas, de mayor recorrido en el mundo anglosajón que en nuestra región y nuestro país (Brescia, 2004; Milburn, 2004; Barros y Adams, 2005; Peña y Paco, 2007), muestran datos similares¹⁹. Escaso conocimiento de las terapias, baja aceptación, reconocimiento

¹⁷ En un ejemplo cercano del efecto de clausura, podemos recordar lo ocurrido en la ciudad de Córdoba con cursos de posgrados sobre Homeopatía y medicina ayurvédica, que comenzaron a dictarse en abril de 2010 por la Universidad de Córdoba. Dos días después de su inicio fueron suspendidos, en el marco de un debate que incluyó a medios de comunicación de alcance nacional, una entrevista al reconocido epistemólogo Mario Bunge que la reprobó absolutamente, la presión de los colegios médicos y ministerios de salud tanto de la Nación como de la Provincia. El debate se centró en la descalificación en términos de pseudociencia de la homeopatía como la medicina ayurvédica. Debemos recordar que la homeopatía es ejercida por profesionales médicos y la medicina ayurvédica es la medicina oficial de la India. Significativa la frase utilizada por Bunge en aquella ocasión “no es posible que permitan este asalto a la modernidad”. Los principios de la ciencia moderna son el argumento para la clausura del debate.

¹⁸ Los estudios, escasos, desde la perspectiva de los profesionales de la enfermería, parecen variar hacia una mayor aceptación (Barros y Adams, 2005).

¹⁹ En este punto, utilizamos solo las referencias de estudios en nuestro país y en América Latina. Las diferencias de aceptación y conocimiento de las terapias alternativas por parte de los profesionales de la biomedicina en otros

del uso por parte de los usuarios, temor al riesgo de las interacciones con los medicamentos alópatas (Isaac Otero, et. al., 2016) y dudas, más bien certezas, respecto de su eficacia sintetizan los resultados obtenidos. La habilitación, cuando ocurre, del uso complementario, es en espera de inocuidad y a partir de la insistencia de los usuarios. La aceptación es siempre relativa, como complemento del tratamiento biomédico, y se dirige mayoritariamente a algunas terapéuticas como la acupuntura y la homeopatía, dos terapias que se realizan casi exclusivamente desde profesionales de la biomedicina. La terapia floral, objeto de estudio de este trabajo, se encuentra entre las menos conocidas por los profesionales médicos, sin llegar al 10% en las muestras procesadas en la región latinoamericana (Brescia, 2004; Sierra Ríos, et. al., 2012; Gómez Agudelo, 2017).

Como hemos dicho, el mundo de la biomedicina no es una trama homogénea, ni rígida, ni reducible a unas pocas líneas de análisis, aunque es reconocible la tendencia de rechazo a las terapias alternativas, en tanto pseudo o no científicas (Bordes, 2009). Tal rechazo, se hace más visible y contundente en la institucionalidad académica, tanto en investigación biomédica como en la formación de los profesionales médicos (Luz, 2005).

La difusión de las llamadas “terapias alternativas” a partir de los ’80, su profesionalización y la paulatina inclusión complementaria de algunas de sus técnicas en los tratamientos psicoterapéuticos y médicos, constituye un emergente de la coexistencia -no exenta de tensión- entre ambos modelos. Aún cuando desde el paradigma biomédico se reconozca cierta eficacia de estas terapias, se las relega a un lugar secundario como complemento, en especial en el tratamiento del dolor en enfermedades graves o terminales, lo cual no sólo no transforma las bases sobre las que estos saberes se asientan, sino que mantiene su hegemonía terapéutica (D’Angelo, 2012: 11)

Los resultados concretos obtenidos en el tratamiento de las enfermedades, constituyeron a la eficacia de la biomedicina permitiéndole, asociado a un complejo haz de dimensiones, su consolidación como saber y práctica dominante (Menéndez, 2005). De este modo, se habilitó como estrategia superior, determinante de la posible validez de otros saberes que circulaban y circulan, en el cuidado de la salud. Sin embargo, esa misma eficacia no es un rasgo absoluto y homogéneo (Breilh, 2003). No se trata de negar, o situar como disvalor, aquello que ha distinguido a la constitución y validación social de la biomedicina, ni cuestionar su funcionalidad para con la respuesta a diversidad de situaciones que requieren prevenir, promocionar o recuperar un estado de salud o bienestar. Comienza a resultar evidente, que no puede dar cuenta por sí misma de la

contextos resultan significativas y no reflejan, como muestran las investigaciones en la región, lo que ocurre en nuestro territorio.

respuesta a algunos padecimientos, resuelve un malestar, pero genera o habilita otros en el mismo proceso de resolución eficaz de aquellos y, no responde a las demandas de sectores que reclaman otra significación para sus estados y otro lugar para sí mismos en el proceso de salud y tratamiento de la enfermedad. Además, profundiza disparidades sociales, al ser dominado el proceso de atención de la salud/enfermedad por los requerimientos de rentabilidad de la industria farmacéutica y de tecnología médica²⁰, en un proceso en que la intervención médica articula a “funciones de control más que de cura” (Menéndez, 2005:17).

Recordemos el sentido propuesto en la caracterización de los ejes significativos de la biomedicina. Nos interesa comprender el alcance de las prácticas en busca de salud, desde las experiencias de los sujetos por terapéuticas alternativas, así como la circulación de esas prácticas y lo sentidos construidos en el proceso. Para comprenderlas es necesario reconocer la trama en que se configuran. Esa constitución es indisoluble analíticamente de las condiciones sociales, culturales, económicas y político-institucionales, en que se desenvuelven. Así, el sistema que se presenta como hegemónico en la atención de la salud en el territorio en que abordamos este trabajo, la biomedicina, debe ser tomado como referencia para la comprensión de esas prácticas, de su circulación y de los sentidos en tensión, configurados en ese proceso.

La búsqueda de articulaciones con terapias alternativas es un proceso con disparidad de experiencias cargada de fuerte impronta regional, incrementado en las últimas dos décadas del siglo pasado, en contados casos de combinación de modalidades terapéuticas, desde el lugar dominante de la biomedicina y la secundarización de las opciones no biomédicas (Bordes y Saizar, 2014; Krmpotic y Saizar, 2016). Expresiones limitadas, que no parecen ampliarse, más allá de experiencias de prueba en algunas pocas instituciones de salud pública. Por el contrario, se observan expresiones de recrudescimiento de las críticas a las terapias definidas como pseudo científicas en otros contextos (López-Cantos, 2017a, 2017b).

Si bien algunos países de la región, como Brasil, Perú y México, presentan casos de combinaciones terapéuticas en instituciones de salud pública, nuestro país no es precisamente una referencia en estas prácticas. De igual modo, los análisis de tales experiencias parecen mostrar una

²⁰ Creemos que estas disparidades no pueden resolverse desde políticas públicas de salud, ya que forman parte de las condiciones de configuración del modelo de la biomedicina dentro del marco del sistema capitalista. De no desandarse esa articulación las mejores políticas siempre constituirán reparaciones insuficientes de disparidades que continuarán profundizándose.

integración que opera como la habilitación subsumida de algunas terapias secundarizadas dentro del sistema público de salud (Saizar y Bordes, 2014; Toniol, 2015; Eyzaguirre Beltroy, 2016).

Salvo contadas excepciones, y condicionado por la cultura y la formación profesional, el médico occidental no se complementa con el saber de otros sistemas y prácticas porque los desconoce, duda de su eficacia, los subvalora, y cree que su medicina es “la medicina”, no necesita ser complementada por otras. Ignora y le da poca importancia al papel de lo emocional, lo social y lo cultural en el proceso salud/enfermedad (Duarte Gómez, 2003: s/d).

Si bien son reconocibles la estructura y las prácticas culturales, ideológicas, económicas y políticas que sostienen la condición hegemónica, tanto como que ésta puede intentar excluir o condicionar perspectivas diferenciales de ese modelo, lo hegemónico no significa postular la inexistencia de diversas formas entramadas en vínculo con ese modelo. El modelo médico negocia, incorpora, subsume, apropia, resignifica, domestica, rechaza o censura, saberes y prácticas terapéuticas no biomédicas (Krmpotic, 2016; Saizar, 2016), como las analizadas en nuestro trabajo.

Advertimos entonces una tensión importante. Las propuestas de medicina integrativa o combinaciones terapéuticas, que presentan mayor trayectoria en otros contextos, incluidos los de países cercanos²¹, parecen fungir estableciendo pautas de aceptación para un pequeño grupo de terapias alternativas, secundarizadas, como auxiliares complementarias de la biomedicina, mientras se mantiene la descalificación, de otra diversidad de terapéuticas del mundo de lo alternativo. Desde el campo biomédico, se alerta sobre el riesgo potencial derivado del uso concomitante de drogas alopáticas con productos alternativos, especialmente los fitoterapéuticos. El reclamo de mayor regulación de las terapias no convencionales, es una muestra de la dinámica de tensiones (Isaac Otero, et. al., 2016).

Al sostenerse en las propuestas de medicina integrativa y combinación terapéutica la perspectiva médica dominante en cuanto al diagnóstico como a la decisión respecto de cuáles son las terapéuticas apropiadas, y del mismo modo cuáles son las que quedan excluidas, se generan tensiones importantes entre los principios y prácticas que se pretenden combinar. Son de igual modo experiencias recientes, que abren la posibilidad de diálogos concretos entre la medicina

²¹ Podemos mencionar como ejemplos, en contextos más alejados de nuestra región, los de Canadá (Health Policy Research, Issue 7, 2003), Sudáfrica (www.sun.ac.za/integrativemedicine), Reino Unido (<http://www.bsim.org.uk/>), Estados Unidos (http://www.bravewell.org/current_projects/mapping_field/, esta es especialmente interesante ya que presenta un mapa de la medicina integrativa en ese país). En Latinoamérica se destaca el caso de México, a partir del funcionamiento de hospitales interculturales que utilizan cada vez más terapias alternativas (Duarte Gómez, 2003) y especialmente el de Brasil, que ha institucionalizado el uso de algunas de las terapéuticas alternativas en el sistema único de salud de ese país (Toniol, 2015).

convencional y las terapias alternativas, al menos con algunas de ellas. Debemos destacar que no se registra actualmente la implementación de estrategias de este tipo en la región que contextualiza nuestro trabajo.

En las condiciones del modelo médico hegemónico quizás puedan encontrarse algunas claves contextuales del hoy reconocible, aunque difusamente, circuito de prácticas alternativas que orientadas al cuidado de la salud y al tratamiento de la enfermedad, circulan por la sociedad occidental contemporánea. Identificándose a sí mismas como alternativas, complementarias o no convencionales, se definen, al menos en parte, por su relación con ese modelo hegemónico. Dicho de otro modo, el modelo médico configura el marco interpretativo y las condiciones institucionales desde las que se sostiene el vínculo con las terapias no biomédicas (Menéndez, 2015), que es en general una relación de marginación y rechazo (Luz, 2005).

El proceso de imposición histórica de la biomedicina, como orden de sentidos dominante en la salud y la enfermedad, constituyó un otro, como amenaza que permite definir lo propio. Otro que, en inicio, era parte de la trama, y selectivamente fue dejado fuera de esa construcción. El conocimiento científico de fuerte contenido biologista, fundamento esencial del modelo médico, construyó en los charlatanes del mundo mágico de lo no científico, la oposición necesaria para su propia identificación (Le Breton, 2002). En relación a las terapias alternativas, como algunas de las que otrora disputaron validez dentro de la misma medicina²², como la terapia floral de Bach, pero también y especialmente en nuestra región, a las sostenidas en la cosmovisión de pueblos originarios.

Si bien no nos propusimos enfocarnos en el análisis de la biomedicina, es inevitable considerar el lugar significativo que ocupa, en tanto es la práctica válida, legítima y legitimadora en el cuidado de la salud contemporáneo, establece las condiciones en las que se desenvuelven las articulaciones con otros modos terapéuticos, y configura las primeras aproximaciones a los sentidos y prácticas en la atención del padecer para todos los sujetos de la muestra. Las críticas y frustraciones en las experiencias por la biomedicina, aproximan a la comprensión, al menos en parte, de las motivaciones de la ampliación de los itinerarios terapéuticos por fuera del modelo médico.

Al pensar el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad, debe considerarse que el dominio de lo reconocido y de lo legítimo es portado por la biomedicina en tanto referencia angular

²² Un ejemplo de ello puede seguirse en los trabajos de Stavinsky (2016), respecto de la medicina naturista propuesta en nuestro país por los anarquistas a inicios del siglo XX.

de la racionalidad científica. Como eje dominante es parte de la organización de esos cuidados y tratamientos, en directa articulación con las industrias químico-farmacéuticas y los desarrollos tecnológicos asociados. Establece sentidos de validación a partir de su eficacia por evidencia, proceso en el que limita otras prácticas en el campo, las que en general quedan descalificadas (Waisman, 2009). Aun en esa trama, los sujetos recorren variedad de prácticas terapéuticas caracterizadas como alternativas y/o complementarias, de reconocible crecimiento en las últimas décadas, exponiendo las tensiones que recorren los dominios terapéuticos, como formaciones culturales en tensión.

1.4. Expansión y contextualización de las terapias alternativas. De lo global al territorio

La modernidad occidental configura a la biomedicina como uno de los cimientos del orden cultural dominante, en términos de dispositivo de control y homogenización social (Foucault, 1977, [1953] 2004, 2005). Desde la segunda mitad del siglo pasado, la pretensión de omnipresencia del modelo médico se puso evidentemente en tensión (Illich, 1975; Menéndez, 1988; Luz, 2005), reconociendo la mayor circulación de prácticas y representaciones terapéuticas. “Formas alternativas de producción social de significados” (Algranti y Bordes, 2009), expresadas inicialmente en grupos reducidos, que paulatinamente adquieren mayor presencia social y cultural. En un proceso, que debe comprenderse en su hilo histórico, en tanto a medida se expanden y amplían su convocatoria, son combatidas o apropiadas desde el modelo médico, pero no solo. La creciente comercialización de productos y servicios asociados a las terapias alternativas, así como el enlace de sus sentidos a nuevas instancias de regulación económica, evidencian la complejidad del proceso.

La salida de la clandestinidad de diversidad de opciones terapéuticas (Le Breton, 2002: 75), es un fenómeno que atraviesa a la región, y a nuestro país, con matices diferenciales. Su crecimiento es un proceso articulado a la expansión global del capitalismo. Aun cuando las terapias alternativas no resultan una novedad, la ampliación de su alcance se conecta con transformaciones culturales relativamente recientes. Los sentidos que circulan globalmente se re significan y se re actúan en las condiciones del territorio con particularidades. Cuando nos referimos a la depresión como malestar epocal dominante o al imperativo de la salud y el bienestar como regulador de

sensibilidades (1.1.), debemos considerar las diferencias de tramas contextuales como de experiencias subjetivas que las actúan de modo diverso. De igual modo, conserva sus acentuaciones centrales: la responsabilización y autonomía individual, la apropiación personal de los itinerarios terapéuticos, las críticas al modelo médico, centrada en la aparente deshumanización de éste y su distanciamiento de la experiencia subjetiva del enfermar y el curar.

Dialogamos con el conocimiento en el tema, para mostrar el crecimiento, la expansión de las terapias alternativas, como los sentidos compartidos que parecen definir su mundo (Becker, 2008), que transforma la experiencia de la salud y atención del padecer para diversidad de grupos sociales. Objeto relativamente reciente en las ciencias sociales (Bordes, 2016), escasamente explorado desde la comunicación y sin antecedentes en la región desde la que posicionamos nuestra tarea.

Resultan lecturas en diálogo con la elaboración y desarrollo de esta propuesta, las investigaciones realizadas en las últimas décadas en el campo de las terapéuticas alternativas y complementarias. Si bien pueden rastrearse antecedentes previos en el estudio de la medicina popular, tradicional o en procesos interculturales en la atención de la salud, estos no consideraban como objeto de estudio a las configuraciones terapéuticas que nos ocupan. Queremos exponer en este punto la creciente presencia y el alcance de estas terapias en el mundo occidental, en nuestra región y en el país, fundando el sentido de oportunidad y significación para hacer objeto de estudio un fenómeno en crecimiento, tanto en la vida privada como pública, que tiene mucho para decirnos de los tránsitos entre formas culturales en la estructuración de la experiencia. Creemos es una clave de lectura pertinente para analizar la exigencia de adaptación no crítica de lo sujetos a la dinámica del sistema socioeconómico y cultural.

El significativo crecimiento de las terapias no biomédicas se data en Latino América y en el país a partir de la década de 1980 (Idoyaga Molina, 2002; Luz, 2005; D'Angelo 2012; Saizar, 2013; Freidin, 2017). Desde algunas perspectivas, ese crecimiento encuentra fundamento en las carencias, fracasos y debilidades de la biomedicina (Le Breton, 2002; Luz, 2005). Para otros (Crawford, 2006) su aumento se asocia a la ampliación del alcance de la gestión personal de la salud a cada vez más esferas de la vida cotidiana, con relativa independencia de la insatisfacción generada por el sistema biomédico, en un proceso paradójico (Menéndez, 2015): se tensiona la validez del modelo médico y en la misma operación, la salud trasciende la atención de la enfermedad y el cuidado, para incorporar variedad de prácticas y productos en una sanitización de la vida cotidiana. Es claro que en las últimas décadas se registra un sostenido aumento de la oferta,

las consultas, los productos y la instalación de debates públicos en torno a diversidad de terapias alternativas. La expansión se reconoce en el centro del mundo occidental y también en el espacio latinoamericano y nacional.

La Organización Mundial de la Salud (2002, 2013, 2019) informa el aumento en el uso de terapias no biomédicas²³ en los últimos años, con alcance global. Sus publicaciones periódicas informan que recurren a esas opciones terapéuticas entre un 40 y un 75% de personas, con diferencias por país, del centro-norte del mundo occidental (USA, Canadá, Francia, Bélgica, entre muchos otros). El número de usuarios en los continentes africano, oceánico, asiático y latinoamericano sería mucho mayor (OMS, 2013, 2019). La OMS define lineamientos de políticas internacionales con el objetivo de incluir prácticas y actividades que contribuyen al cuidado de la salud, el bienestar y “la atención centrada en las personas”, como “promover la utilización segura y eficaz” de las terapias no biomédicas (OMS, 2013: 25). Tales recomendaciones dan cuenta del alcance y relevancia del fenómeno a nivel global y son consideradas de manera muy diversa, desigual, según cada país y región (Krmptic, 2016).

La expansión de las terapias no biomédicas es reconocida en el territorio de América Latina. En los países en los cuales se han realizado estudios a nivel nacional, el porcentaje de usuarios es significativo, desde el 40%, por ejemplo, en Colombia, a un 70%, en Chile (Gómez Agudelo, 2017). El uso se percibe cada vez más frecuente y ampliando la variedad de terapias a las que se asiste, en casi todos los países de la región, como México (Duarte Gómez, 2003), Brasil (Barros y Adams, 2005) o Perú (Peña y Paco, 2007). Una referencia cercana²⁴ es la de Chile. A partir de la convocatoria pública del Ministerio de Salud, se realizó en el año 2010 un Primer Censo-Encuesta Nacional de Medicinas Complementarias/Alternativas. Encuestaron 2071 terapeutas, identificando características de los especialistas en término de género (femenino 71, 25%), de nivel educativo (casi 70% con estudios superiores), entre otras. De esas dimensiones, encontramos una que resulta significativa para esta tesis: una de las terapias más señalada por los terapeutas es la floral, con el 56,3%²⁵.

²³ La caracterización de la OMS alcanza a las medicinas tradicional y complementaria (T&CM). Cuando los datos y referencias nos lo permiten, enfocamos solamente en las que definimos como alternativas (1.3.1).

²⁴ La cercanía en nuestro caso refiere a la configuración cultural del territorio desde el que pensamos y realizamos este trabajo. Una de las migraciones más significativas, durante el siglo pasado en el Alto Valle del Río Negro, cuantitativa y cualitativamente, fue la proveniente de Chile (Bandieri, 2001; Trpin, 2004).

²⁵ Chile, crea en el año 1992, dependiente del Ministerio de Salud la “Unidad de Medicina Tradicional y Otras Prácticas Médicas Alternativas” y en 2005 dicta el Decreto Nacional n° 42, que aprueba el “Reglamento para el Ejercicio de las Prácticas Médicas Alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas

Asociado a los datos del crecimiento en la oferta y uso de terapias no biomédicas, diversidad de estudios en el campo destacan el aumento de la creciente circulación de información mediática sobre estas terapias en el mundo occidental. Weeks & Strudsholm (2008), analizan las investigaciones que vinculan el uso de las terapias alternativas con las publicaciones en medios de comunicación en Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Afirman que las noticias se incrementaron significativamente desde mediados de los '90, con una tendencia a presentarlas positivamente, como un recurso complementario a la biomedicina.

Lo publicado en los medios de comunicación, como la información circulante en la web fuente posible de consulta por potenciales usuarios de las terapias alternativas, difunde oferta, las coloca en agenda y promueve significados compartidos en el mundo de lo alternativo. Cano Orón (2016) desde España, acompaña la confirmación de este aumento de la difusión de diversos tipos de terapias no biomédicas, en este caso a partir del estudio de los medios digitales²⁶. La circulación de información de muy variadas fuentes en internet, superpone diversidad de sentidos en la deconstrucción del saber médico hegemónico (Cano Orón, 2016), como es analizado respecto del movimiento antivacunas, podría implicar mayor protagonismo de los usuarios y ampliar sus búsquedas (Brown, 2015).

Esta difusión no se encuentra exenta de tensiones. Deben reconocerse las publicaciones en los medios de comunicación masivos, orientadas a deslegitimar las terapias no biomédicas, poniendo en discusión su validez e incluso alertando de potenciales riesgos en su uso. En general esas producciones basan sus críticas en la carencia de fundamento científico de las terapias alternativas, siendo habitual referenciarlas como pseudociencias (López-Cantos, 2017a).

Así, la literatura existente sugiere la tendencia del aumento de la visibilidad mediática de distintas modalidades de terapias alternativas. Se registran en nuestro país estudios recientes y específicos sobre distintas terapias, como ayurveda (Freidin y Ballesteros, 2012), yoga (Saizar, 2008a, 2009; D'Angelo, 2012,), reflexología (Bordes, 2012), shiatzu (Pitluk, 2006, 2008),

se realizan". Evidencia las particularidades de cada país en la consideración y regulación del espacio de las terapias no biomédicas.

²⁶ Como parte de sus resultados sugiere que, al menos como tendencia, las búsquedas en internet no mantendrían una correlación significativa con la presentación en los medios de esas terapias ni con la frecuencia de uso de los sujetos (Cano Orón, 2016). Si seguimos esta posibilidad, podríamos insinuar que las indagaciones por internet no se vinculan directamente con la agenda de los medios ni con la asistencia a alguna de esas terapias. Se enfatiza la necesidad de indagar en otras dimensiones relevantes, enlazadas al contexto social y en especial a las redes de interacción social, como significativas para comprender la llegada a las terapias alternativas (Pescosolido, 1991), como veremos en el cap. 5.

acupuntura (Freidin y Abrutzky, 2010), que muestran cómo se amplía la difusión mediática de tales prácticas. Debemos destacar que se han realizado en su mayoría en la ciudad de Buenos Aires o en otros grandes centros urbanos del país como Rosario (Colacrai, Ferragutti, Manchado, 2010, 2013). En esos centros se producen a su vez las publicaciones de alcance nacional. Probablemente como producto de “procesos transnacionales de circulación de saberes, bienes y personas, operando en la transformación de prácticas y representaciones sociales sobre el cuerpo, la salud y el bienestar en la sociedad argentina contemporánea” (D’Angelo, 2012: s/d), los medios de comunicación mantienen un espacio relevante en la difusión de las terapias alternativas. Promueven y tensionan así diversas terapias y técnicas asociadas al cuidado de sí, a la prevención de enfermedades, a la atención de las mismas y al cuidado de la salud en general.

Es necesario distinguir, además, las publicaciones dedicadas a las terapias alternativas y a su público, de aquellas que circulan por los medios masivos y/o no especializados en estas terapias. Las primeras, evidencian elementos positivos respecto de las terapias alternativas, mientras las presentes en los medios masivos (televisión, prensa gráfica diaria o periódica, revistas de interés general) se configuran como una arena de tensiones, de disputas, en las que aparecen tanto artículos o noticias de promoción y enunciación positiva, como aquellos en detrimento de las terapias alternativas.

A partir de inicios de la década de 1990 del siglo pasado, las publicaciones especializadas en disciplinas alternativas y terapias de origen oriental, inicialmente dirigidas al crecimiento personal y con claras referencias a los postulados de la Nueva Era, fueron modificando su relato, reorientando hacia la calidad de vida, el bienestar y la salud (Carozzi, 2000; Saizar, 2008^a, 2009) en consonancia con el imperativo del estar bien configurado como dispositivo de presión sobre las subjetividades (Landa, 2016; Papalini, 2016, 2017).

Mientras se asume el aumento de la utilización de terapias no biomédicas como un dato significativo en todo el mundo, “en Argentina no existe información estadística proveniente de muestras probabilísticas nacionales sobre el tema” (Freidin y Ballesteros, 2012: 2), que permitiría conocer los tipos de terapias circulantes, perfiles de especialistas y usuarios, condiciones demográficas de los mismos, el número de usuarios y terapeutas, entre otros muchos otros aspectos que resultarían insumos muy valiosos, incluso en términos de políticas públicas de salud. Esa ausencia de información impide realizar afirmaciones contundentes o concretas respecto de porcentajes de población que acude a ellas o del gasto que involucran (Brescia, 2004).

De igual modo, entendemos que las aproximaciones realizadas en estudios recientes en el país (Pitluk, 2008; Bordes, 2012; Freidin y Ballesteros, 2012; D'Ángelo, 2012; Saizar, 2013; Freidin, 2017, entre otras), las referencias de datos construidos desde los ministerios de Salud en países de la región (CEOC, 2010; Gómez Agudelo, 2017) y los relevamientos del crecimiento de las menciones en los medios de comunicación de nuestro país (D'Ángelo, 2012; Saizar, 2013; Freidin et. al., 2013), resultan coincidentes con los datos registrados en los más diversos territorios del mundo occidental respecto del aumento de la oferta, circulación y uso de estas terapias. Reconocido incluso en estudios y relevamientos realizados desde el modelo médico, indagando sobre el conocimiento de los profesionales (Brescia, 2004), sobre el uso por parte de pacientes (Eymann, et. al., 2009) o desde quienes reclaman se refute o impida su uso (Peña y Paco, 2007).

Nos interesa destacar brevemente la caracterización de los grupos sociales que recurren a terapias alternativas, especialmente a partir de los estudios realizados en nuestro país. En tanto las terapias alternativas no son reconocidas ni se encuentran integradas al sistema de salud²⁷, el costo de las consultas es asumido por el usuario, identificando como tendencia mayoritaria el uso por parte de sectores de nivel socioeconómico medio²⁸ (Idoyaga Molina, 2007; Bordes, 2009; Freidin y Abrutzky, 2010; Freidin 2017). Referencias de otros contextos, identifican una ampliación significativa de los sectores sociales que recurren a ellas, cuando son reconocidas como parte del sistema de salud (Echevarría Pérez, 2008). En un rango etario variable, con educación formal que alcanza el nivel medio completo y en muchas ocasiones el superior, con tendencia mayoritaria al uso por parte de mujeres (Freidin, 2017). Los estudios, que reiteran la composición encontrada en otros contextos, como el europeo (Ballvé, 2003), se realizaron en y desde grandes centros urbanos del país, y ello debe considerarse al interpretar esta caracterización, como al momento del diálogo que pueda establecerse con nuestra tarea de campo.

Desde los estudios referidos en nuestro país y en la región latinoamericana, se recorren diversidad de razones para el crecimiento de las terapias alternativas, de su circulación cada vez más amplia y del reconocimiento de itinerarios terapéuticos que las incluyen. Las podemos agrupar inicialmente en:

²⁷ Como mencionamos al final de 1.3., las experiencias de integración en nuestro país son mínimas y no se cuenta con ninguna aproximación en el norte de la Patagonia.

²⁸ Pocos estudios analizan experiencias de usuarios de medicinas alternativas (en particular sobre el uso del ayurveda y la acupuntura) en distintos sectores sociales a modo comparativo. Para reflexionar sobre la construcción reflexiva de la identidad y la vinculación de las prácticas de cuidado y estilos de vida con las desigualdades sociales (Freidin y Abrutzky, 2010; Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013).

- ✓ insatisfacción con las experiencias en el modelo médico
- ✓ búsqueda de perspectivas diferentes (alternativas) en el modo de concebir la vida y la salud
- ✓ asociación de las terapias alternativas a sentidos circulantes, ampliando la exigencia de la salud y el bienestar, desde la industria cultural y entramada a la mercantilización de sus productos y servicios.

Las dos primeras pueden vincularse y presentarse a modo de un continuum en la experiencia personal, como exploraremos más adelante (3.3. y 4.3.), mientras la tercera, articula un nivel macro, sin que resulten excluyentes. Las razones desde los usuarios encuentran nexos con la ampliación de significaciones circulantes que las validan y entraman en sus experiencias concretas en busca de atender sus malestares.

Las investigaciones y ensayos sobre el tema suelen reconocer la crítica al sistema de salud regulado por la biomedicina como un elemento relevante para comprender las búsquedas por el mundo de las terapias alternativas. La biomedicina parece no satisfacer las expectativas de los sujetos (Echevarría Pérez, 2008), genera profundo malestar en la relación médico-paciente (Luz, 2005; Milmaniene, 2011) y se perciben sus tratamientos como riesgosos (OMS, 2002, 2013, 2019), entre los aspectos más reiterados.

En muchos países desarrollados el popular uso de las medicinas complementarias y alternativas está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria. ... Para muchos pacientes la medicina complementaria y alternativa parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática (Organización Mundial de la Salud, 2002: 2).

Debemos destacar que en nuestro país el fenómeno no transcurre en una creciente institucionalización de las terapias alternativas²⁹ (Saizar, et. al., 2013; Freidin y Abrutzky, 2010) y las ofertas de estas terapias circula de modo asimétrico respecto del modelo médico. La noción de pluralismo médico identificable como característica de la cultura actual (Fadlon, 2005) debe utilizarse con precaución, advirtiendo no se trata de opciones equivalentes en su disponibilidad, acceso ni reconocimiento.

²⁹ Periódicamente, algún legislador nacional presenta proyectos de ley destinado a la regulación de terapias alternativas y/o populares. Ninguna de ellas ha alcanzado a la fecha estado parlamentario. En la región, podemos mencionar los proyectos del senador por Neuquén P. Salvatori (presentado en el año 2007) y la senadora por Río Negro S. García Larraburu (presentado en el año 2016), con el mismo destino.

La segunda motivación, se vincula a la transformación de la cosmovisión personal, trasladada a diversas esferas de la vida cotidiana, incluyendo la resignificación del vínculo con la naturaleza (Echevarría Pérez, 2008), el rechazo al lugar preponderante de las mediaciones tecnológicas (Rillo, et. al., 2009), la construcción de un estilo de pensar (Douglas, 1994) y vivir diferente y en tensión con el propuesto por el modelo médico.

Es necesario reconocer, y aquí la tercera motivación, que las prácticas terapéuticas pueden enlazar con diversidad de imaginarios y actividades, incluidas las económicas (Gutiérrez Zúñiga, 2013). La circulación mediática de significaciones afines a procesos de individualización, de auto superación personal, de responsabilización personal por el logro de la salud plena y el bienestar (Illouz, 2007; Papalini, 2016) se articula a la creciente mercantilización de productos y servicios al cuidado de la salud desde el mundo alternativo (De la Torre, 2006; Saavedra y Berenzon, 2010; Freidin y Krause, 2017), configurando una trama compleja y heterogénea que acompaña el crecimiento de las terapias alternativas.

1.4.1. ¿Complementarias, alternativas, holísticas o no convencionales? Algo más que denominaciones

¿Cómo definir el espacio de las prácticas asociadas a la salud y atención de la enfermedad no biomédicas? ¿Pueden incluirse esa multiplicidad de modalidades bajo una misma denominación a partir de características comunes y/o principios compartidos? ¿Qué definiciones se promueven para caracterizarlas desde las políticas públicas, desde la academia y desde sus practicantes? El espacio de las terapias alternativas se conforma de modo difuso, fragmentado. Se asocian terapias enfocadas en la salud, actividades que se conectan y derivan usos terapéuticos, y espacios de espiritualidad, también con sentidos de curación/sanación³⁰. Terapias de origen oriental, otras, como la que nos ocupa, de nacimiento en occidente. Algunas centradas en el tratamiento de dolencias corporales, otras, como la floral, dedicadas a los malestares emocionales. Por ello, si

³⁰ Buena parte de la literatura en el tema, especialmente en clave antropológica, tematiza las nuevas formas de espiritualidad en relación al espacio de las terapias alternativas. En nuestro trabajo, la búsqueda de salud, en el sentido de recuperación de un estado sin sufrimiento, sin pesar o con menor pesar y sufrimiento, se impone por sobre otras dimensiones asociadas, como la espiritualidad. Como se registra en otros casos (Pitluk, 2008; Borda, 2017) las búsquedas espirituales no han tomado significación desde la tarea de campo.

bien comparten algunas características, proponemos evitar la consideración de este espacio como homogéneo³¹.

Los criterios para delimitar el alcance de las terapias no biomédicas son objeto de debate (D'Ángelo, 2012; Freidin, et. al., 2013). Definir entonces el espacio de las terapias alternativas es una compleja labor. En el recorrido por las clasificaciones propuestas en estos últimos años, identificamos algunas que resultan más significativas por su uso generalizado. La intención no es tipificar en busca de sostener estudios comparativos o proponer un sistema clasificatorio novedoso. En todo caso, se trata de clarificar el objeto de análisis de esta tesis, para llevar a dilucidar las cercanías y las diferencias circulantes al interior del diverso y heterogéneo mundo de las terapias alternativas.

Encontramos diferentes denominaciones en uso: medicinas no convencionales, terapias o medicinas complementarias, alternativas, blandas, naturales, holísticas, agrupando diversidad de prácticas terapéuticas, como Homeopatía, Acupuntura, Flores de Bach, Reiki, Reflexología, Fitoterapia, Osteopatía, Ayurveda, entre otras³². En todos los casos, independientemente del término utilizado, las terapias son definidas por oposición a la medicina hegemónica, más que por características específicas o comunes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002, 2013, 2019) propone una conocida clasificación, que remite a tres dominios de actividades en el espacio de la salud y atención de la enfermedad: biomedicina, medicinas tradicionales y medicinas complementarias (T&CM). Las tradicionales responderían a los contextos territoriales y culturales, variando según cada país o región, mientras las alternativas y complementarias incluirían las prácticas no biomédicas, ni tradicionales, como las que hacemos objeto de estudio en este trabajo. Cualquiera sea la definición y clasificación elegida, si bien identifican características propias, enfatizan aquello que la diferencia del modelo médico. Tal lectura implica reconocer el peso del código cultural dominante sostenido desde la biomedicina.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013),

Los términos “medicina complementaria” o “medicina alternativa” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de

³¹ Procuramos evitar la consideración de cualquier dominio de prácticas y narraciones como instancias que conformarían bloques homogéneos, a su interior, como en su articulación con otras con las que tensionan, además de considerarlas siempre en proceso (Hall, 2017).

³² Un mapeo realizado en el 2005, identifica 35 prácticas terapéuticas a las que acuden los usuarios de terapias no biomédicas en el centro del país (Idoyaga Molina, 2007).

un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional³³.

En vinculación con esta propuesta de clasificación de la OMS, es habitual encontrar desde el sistema de la biomedicina, la categorización de medicina complementaria y alternativa, o CAM por su sigla en inglés (*complementary and alternative medicine*). Para luego identificar modelos terapéuticos que conformarían el universo de terapias CAM. Una de las más utilizadas es la ofrecida por el National Center for Complementary and Alternative Medicine, de Estados Unidos, que agrupa las medicinas alternativas y complementarias en cinco estratos: 1. sistemas completos, como la homeopatía, 2. enfoque mente-cuerpo, como la meditación, 3. de base biológica, como la fitoterapia, 4. técnicas de manipulación corporal, como la quiropraxia, 5. terapias basadas en la energía, como el reiki.

Las clasificaciones provenientes del campo biomédico tratan de generar así, categorías incluyentes de las diferentes terapias. Integrar todas las opciones en una sola categoría puede dificultar el análisis u opacar algunas diferencias significativas, por ejemplo, entre las medicinas tradicionales, las orientales y otras terapias alternativas, como la floral de origen occidental y cercano a la medicina científica en sus orígenes. La principal dificultad de esta organización clasificatoria, ya advertida (Idoyaga Molina, 2005), resulta de intentar segmentar en base a criterios ajenos a las condiciones de las propias terapéuticas alternativas, muchas de las cuáles podrían ser incluidas en más de uno de estos cinco tipos propuestos. ¿No serían algunas fitoterapias sistemas completos? ¿Algunas de estas terapias no se basan en una conceptualización de la circulación energética? ¿Cuál sería el criterio para establecer un sistema como completo y como consecuencia otros como incompletos? ¿Qué terapia no convencional elude un enfoque integrado mente-cuerpo? Este solapamiento de criterios clasificatorios que intentan encontrar matices diferenciales parece escaso para computar la variedad terapéutica del mundo alternativo.

Además de estas tipologías, propuestas desde mayor cercanía con el modelo de la biomedicina, encontramos aquellas elaboradas desde disciplinas académicas en el campo de lo social, particularmente la antropología. En esta línea, nos resulta la de mayor pertinencia la construida por Idoyaga Molina (2005). Desde el concepto de “sistema etnomédico” de Good (2003), postula la clasificación en cinco tipos: biomedicina, medicinas tradicionales, auto tratamiento, medicinas

³³ <https://www.who.int/activities/implementation-of-the-WHO-traditional-medicine-strategy-2014-2023>

religiosas y medicinas alternativas. Si bien esta caracterización puede aproximarse como la de mayor complejidad y alcance descriptivo, desandamos en la tarea de investigación resignificaciones de estas denominaciones, que imponen posicionamientos.

Estas prácticas terapéuticas no son novedosas o contemporáneas, aunque sin dudas son resignificadas, actualizadas, a las condiciones de posibilidad de la época. Resulta una labor compleja, y de dudosa validez analítica, el clasificar la gran variedad de prácticas en este campo. Las denominaciones utilizadas hasta ahora surgen en general de etiquetamientos institucionales por fuera de esas terapias (Idoyaga Molina, 2005; Luz, 2005), pero es dable también reconocer que son asumidas y en ocasiones fundamentadas desde ellas, sea por búsquedas de diferenciación, como, por el contrario, en buscas de su validación desde la biomedicina (Saizar y Bordes, 2014).

Se las identifique como complementarias, alternativas, no convencionales, está claro se definen por aquello que no son o en todo caso, por aquello que son en relación al código dominante (Hall, 1980) asociado al modelo de la biomedicina en nuestro contexto. El campo de la salud articula instituciones públicas y privadas, centros de formación académica, organismos públicos y privados de investigación científica, asociaciones profesionales, políticas públicas de variado alcance (internacional, regional, nacional, provinciales y algunos casos locales), sistemas de seguridad social, industrias químico farmacéuticas y de tecnología médica, entre otras instancias. Integra dimensiones económicas, políticas y culturales, que orientan y significan los sentidos dominantes que circulan socialmente respecto del cuidado de la salud/atención de la enfermedad asociados a la biomedicina científica. Las denominaciones pueden ayudar a comprender el locus de creencia y los modos de adhesión de los sujetos.

La complementariedad puede leerse desde distintos niveles: como política pública, en las regiones y países en que se realizan experiencia de combinaciones terapéuticas, o como estrategia de atención y cuidado desde el usuario. Las referencias al uso complementario remiten tanto al uso pragmático (táctico) como a la búsqueda de no confrontación con el código dominante, en un posible proceso de domesticación en la complementariedad (Bordes y Saizar, 2014) mientras la referencia a la alternatividad, parece identificar mayor compromiso con los principios, con la plataforma simbólica, la matriz axiológica de las terapias alternativas.

La definición de lo complementario como aporte a la tarea biomédica y de lo alternativo como reemplazo del modelo médico³⁴, puede imponer una lectura reduccionista de las prácticas y sentidos configurados. Los itinerarios terapéuticos de los sujetos desbordan clasificaciones, en una dinámica procesual con traslapes, ambivalencias, alternancias y sin asumir esquemas fijos respecto de las opciones terapéuticas. Como bien señala Idoyaga Molina "...una misma medicina puede ser alternativa y/o complementaria, ello depende de la estrategia de salud desarrollada por el paciente..." (2005:121). En definitiva, caracterizarlas como alternativas o complementarias, dependerá de las prácticas y los sentidos construidos por los sujetos en sus itinerarios terapéuticos (D'Angelo, 2014), dentro de la trama contextual que las comprende.

¿Por qué las denominamos alternativas en este trabajo? Más allá del posible contraste constatado en las motivaciones y sentidos que los sujetos asignan a sus experiencias en el cuidado de la salud, las definiciones registradas luego del recorrido por los estudios en el tema, en todo el mundo occidental, remiten a la caracterización de las terapias alternativas como elaboraciones realizadas a partir de una operación de distinción, de diferenciación, con respecto a las del modelo médico hegemónico. Si bien lo alternativo puede pensarse como una etiqueta institucional más que como categoría conceptual, por su origen y por la polisemia que reviste (Luz, 2005), permite designar otras prácticas (Saizar y Bordes, 2014) circulantes por fuera y en tensión con el modelo médico hegemónico, a partir de un modo diferencial de concebir la salud y atender la enfermedad. Estudiar prácticas en terapias alternativas demanda una perspectiva que no soslaye el lugar del modelo médico en las experiencias de los sujetos como en la validación de los sentidos sociales circulantes.

En los recorridos de los sujetos por distintas experiencias al cuidar su salud y atender la enfermedad, orientados en tanto expectativas de respuestas a malestares muchas veces difusos, se configuran públicos con fronteras porosas entre las opciones terapéuticas, desde la biomedicina a la dispersa variedad de terapias alternativas. En ese andar se identifican prácticas y significaciones que permiten aproximar reflexiones en relación a las tensiones generadas en las transacciones de sentido entre dominios terapéuticos (Bordes, 2009).

³⁴ Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud, Argentina. <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/terapias-alternativas-o-complementarias/>

1.4.2. La matriz compartida de las terapias alternativas

Identificar dimensiones de sentido compartidas por las terapias alternativas, entre las que incluimos a la terapia floral, refiere a una gramática común (De la Torre, 2014; Viotti, 2018), a un conjunto de características y significaciones que operan como marco interpretativo (Carozzi, 2000), como cosmovisión que establece su diferenciación constitutiva respecto de la biomedicina. Aun cuando interseccionan sentidos con el modelo médico, otros resultan conflictivos y otros incompatibles (Menéndez, 1992), las terapias alternativas se definen, al menos en parte, por esas tensiones con el código cultural dominante en el espacio de la salud/enfermedad.

Presentamos una breve síntesis de los elementos que, desde el estado del conocimiento en el tema, configurarían la gramática compartida de las terapias alternativas (Carozzi, 2000; Gaylor & Coeytaux, 2002; Maluf, 2005; Luz, 2005; Pitluk, 2008). La reflexión sobre esas condiciones permitirá aproximar cercanías y distancias para una mejor comprensión de las prácticas y los sentidos que las configuran y se configuran en su circulación.

- enfocan las capacidades de auto curación, en la recuperación a partir de las propias posibilidades del sujeto, haciéndolo parte del proceso de cuidado de sí mismo;
- consideran la salud (no la enfermedad) como eje de las acciones terapéuticas, enfocando el bienestar como horizonte regulador de sus tratamientos, siendo la enfermedad y la sintomatología un aspecto secundario que funciona como informante de un desequilibrio;
- conciben al sujeto en su integración como unidad biopsíquica, evitando su caracterización como un conjunto sintomático, recuperando la integridad de la experiencia personal y eludiendo las especializaciones que fragmenten la percepción de lo humano;
- enfatizan el valor del trabajo terapéutico, la interacción cercana entre terapeuta y usuario, pretenden generar confianza en una relación dialogal, utilizando tiempo de escucha de experiencia del sujeto sobre su malestar, aquello que éste conoce y experimenta de su condición de salud;
- promueven la autonomía del usuario, en el proceso de curación, basando sus intervenciones en acompañar o facilitar la capacidad natural de autocuración;
- recuperan la integración de las diversas dimensiones de lo humano: cuerpo, mente y espíritu/emociones, imbricación inseparable de lo físico-emocional, de cuerpo-mente;

- enfocan las que consideran causas reales o subyacentes del enfermar, que en general remiten a factores emocionales, espirituales y contextuales, que son expresadas en las manifestaciones sintomatológicas;
- proponen mantener un equilibrio personal armónico, a partir de resignificar las relaciones con el contexto, cercano y mediato, desde una lectura individual (desapego);
- incluyen y promueven otros saberes y estilos posibles en términos de tratamiento, con apertura para combinación de terapias y experiencias de auto cuidado integral del sujeto, incluyendo la biomédica;
- utilizan técnicas y preparados no agresivos para el usuario ni el ambiente, así como no utilizan mediaciones tecnológicas para el diagnóstico o tratamiento;
- atribuyen significación relevante a la energía del sujeto;
- reconocen la conciencia intuitiva y la experiencia única del sujeto, en el establecimiento de las estrategias y caminos para sanar.

Así expuestas, se solapan cuestiones referidas a la atribución de significaciones, a las técnicas y a los modos terapéuticos, si bien imbricados, podrán diferenciarse analíticamente. Estas características y sentidos compartidos en el mundo de las terapias alternativas, luego son actuadas de modo diferencial, según las particularidades de las prácticas terapéuticas. Requieren ser puestas en reflexión respecto de experiencias concretas. La porosidad característica del mundo de las terapias alternativas, permite que las dimensiones referidas operen de modo flexible, con variaciones, que se expresan en ambivalencias, tanto desde usuarios como especialistas.

Aun así, a sabiendas no se trata de un espacio homogéneo de prácticas y sentidos, la identificación de la matriz compartida permite su descripción inicial y su contrastación reflexiva con lo ocurrido en nuestra muestra. Los elementos de esa matriz operan como anclajes identificatorios, como marco de interpretación de las experiencias en el mundo de lo alternativo (Carozzi, 2000). En la continuidad de nuestro trabajo, desde usuarios y especialistas en terapia floral, analizaremos prácticas y sentidos en una trama de matrices culturales de solapamientos y tensiones. Las primeras experiencias en la biomedicina, a modo de socialización inicial en el cuidado de la salud y atención del malestar, la apertura de los itinerarios terapéuticos por la terapia floral, y en muchos casos por otras prácticas de lo alternativo, el uso simultáneo por entre ambos dominios, permitirá aproximarnos a una dinámica de significaciones, cargadas de ambivalencias,

conformando dimensiones de la estructuración de la experiencia para grupos sociales como el estudiado.

El mundo de las terapias alternativas parece entonces cargar de valoración positiva el proceso de individualización, la afirmación de la autonomía individual como un locus interno de autoridad (Heelas, 2008), perspectiva autocentrada asentada sobre narrativas de autosuperación personal, trasladable a la gestión económica-laboral como condición para el éxito en ese plano (Papalini, 2016). El descubrimiento del potencial de sanación y superación, asentado en una interioridad perfecta, eje que articula el trabajo terapéutico (Maluf, 2005) con la significación central del sí mismo, en tiempo presente, desvanece las circunstancias sociales, culturales, históricas que conforman la experiencia. A la valoración positiva de la individuación y autonomía personal, se asocia como dimensión significativa de la matriz compartida, la potencialidad curativa de la naturaleza (Carozzi, 2000; Luz, 2005). Se busca recuperar la naturaleza como fuente de salud y bienestar, puesta en riesgo por el desarrollo industrial, la exacerbación del consumo y las transformaciones tecnológicas (Freidin, et. al. 2013). La entronización del sí mismo y la recuperación de la pureza de lo natural, se expresará con ambivalencias y tensiones en los usuarios y especialistas en terapia floral, como veremos en los próximos capítulos.

Nuestra propuesta se orienta a la interpretación de las prácticas, de los sentidos construidos y las mediaciones relacionales implicadas en su circulación, movilizadas en el ámbito terapéutico de la terapia floral. Debemos recordar no es el interés de este trabajo indagar en la posible eficacia material de esas prácticas en términos de búsqueda de evidencia empírica que informe de la validez de sus resultados. Esperamos sí, dar cuenta de sus fundamentos, en tanto apelaciones a su validación, de modo de comprender aquello que sí es el objeto focal de esta propuesta: prácticas culturales y mediaciones sociales que las implican, en tanto experiencias expresión de tensiones entre institucionalidades y formaciones culturales, dando cuenta de las exigencias epocales operantes sobre las sensibilidades, destacando la circulación comunicacional que de modo capilar y reticular configura y es configurada en este proceso colectivo.

1.4.3. Las terapias florales como expresión significativa de tensiones

Dentro del espacio de las terapias alternativas, elegimos enfocarnos en la terapia floral. Establecimos inicialmente la exclusión de aquellas prácticas que remitieran su fundamento exclusiva o prioritariamente a sedimentos tradicionales, mágicos y de cultura popular, como curanderismo, chamanismo, sanaciones diversas y similares, así como aquellas de origen oriental y amplia difusión en las últimas décadas, como el yoga, tai chi, shiatzu, entre otras. Tanto las tradicionales como las orientales expresan orígenes por fuera de la biomedicina (Freidin, et. al., 2013). En cambio, la terapia floral parece presentar fronteras más débiles respecto de la biomedicina, aunque ésta claramente no la considere de ese modo. Recupera como validación de sí misma fundamentos que aproximan orígenes comunes, en tanto fue creada por profesionales médicos, quienes formaban parte de la medicina reconocida. Se ajusta así a la exploración de las tensiones entre dominios terapéuticos, a la interpretación del proceso de re-significación de sentidos, que es lo que nos propusimos develar.

La terapia floral³⁵ en las versiones que conocemos actualmente, resulta de la propuesta a finales del siglo XIX y principios del XX, por el médico galés Edward Bach (1886-1936). La terapia propone comprender la pérdida de salud en el manejo de las emociones, referida a un desequilibrio energético que integra todas las dimensiones del sujeto. Sus tratamientos se basan en la combinación de esencias florales según cada situación personal. El trabajo terapéutico se orienta a encontrar las composiciones de esencias apropiadas para el usuario, siendo los síntomas o las enfermedades portadores de un mensaje, que va más allá de ellas para dar cuenta de cuestiones emocionales de mayor profundidad. Las esencias florales, que no poseen contraindicaciones ni efectos adversos, son preparaciones que trasladarían la energía característica de la flor, al agua que la conservaría como potencia. Bach identificó un conjunto de flores (38) que son las que se utilizan aún hoy en el sistema. Se conservan en pequeños frascos y se las combina de las más diversas maneras, resueltas por el terapeuta en cada caso, según las características de la situación y del consultante.

³⁵ Si bien en los últimos años se han difundido otros sistemas florales, como los de California, Australia y Mediterráneo, nos centraremos en la terapia Floral de Bach, que ha sido la terapéutica fundante sobre la que los otros sistemas se han creado y la de uso dominante en la muestra. De hecho, los terapeutas que exploran otros sistemas florales lo hacen complementariamente y a posterior de su formación y ejercicio con la terapia floral de Bach.

La terapia floral de Bach presenta particularidades, que entendemos la configuran como instancia pertinente para el análisis de las tensiones que guían este trabajo. Fueron creadas por profesionales de la medicina a inicios del siglo pasado, que en su momento reclamaron la aceptabilidad científica de su propuesta³⁶. Aun hoy, se realizan estudios desde la biomedicina que intentan evaluar la eficacia de la terapia floral en términos de evidencia científica, fluctuantes entre hallazgos relativos³⁷ y contundentes descalificaciones³⁸.

Aun compartiendo el marco de interpretación, el espacio de las terapias alternativas se presenta heterogéneo, con especificidades según el tipo de terapia analizada. Desde nuestra tarea de campo y confirmando lo descrito en la bibliografía al respecto (Idoyaga Molina, 2005; Freidin, 2017), quienes inician su recorrido en las terapias alternativas, difícilmente agoten sus búsquedas en un tipo de terapia. tanto especialistas como usuarios, acuden a diversas prácticas terapéuticas dentro de ese espacio. Mantendremos el foco en las terapias florales, dando cuenta tanto de las articulaciones con la matriz compartida en el mundo de lo alternativo, como de las particularidades que pueda expresar. Los trayectos terapéuticos de los usuarios y la lectura del trabajo terapéutico desde los especialistas, nos llevan a considerar la terapia floral como un espacio de “cruce”

³⁶ Bach, médico integrado inicialmente en el sistema biomédico, proponía incorporar su terapia dentro de la biomedicina. El análisis de los intercambios epistolares con sus colegas y colectivos profesionales de la época, es evidencia de su intento por orientar la medicina a una menor fragmentación de lo humano, de menor especialización, de corrimiento del biologicismo dominante, incorporando el trabajo con las emociones y recuperando la potencialidad de sanación interior. Finalmente, su propuesta es desconsiderada y él excluido (en parte autoexcluido) del modelo médico. Como expresión de tradición selectiva, el proceso de tensiones y funamentos de aquel momento, es omitido desde el modelo médico.

³⁷ Muchos de ellos realizados en Cuba, dónde la terapia floral de Bach está integrada en el servicio de salud pública, intentan encontrar evidencias de eficacia en dolencias específicas como: hipertensión (Benítez Rodríguez, Muñoz Nuñez, 2014); enfermedades autoinmunes (Perez de A. Rodríguez (2014); déficit de atención (Rueda Macías, et. al. 2012; Duany Veranes, et. al. 2010, Serrano Gonzalez, et. al., 2005); climaterio (Landin Mesa y Noda García, 2002); trastornos depresivos (Calvo Sanz et. al., 2006); estrés académico en estudiantes universitarios (Maceo Palacio et. al., 2003); niños con vitiligo (Fernandez Martell, 2016); articulado a la intervención psicológica, en Chile (Lobo Burgos, 2010; Cid Pomareda, 2008). Esto también ha motivado estudios en contrario, intentando demostrar la ausencia de efectos significativos (Bergado Rosado, 2009).

³⁸ Podemos tomar como referencia el caso de Benveniste, inmunólogo francés, quién en junio de 1988 publicó en la revista *Nature* un artículo basado en experimentaciones propias que informaba de la capacidad de “memoria del agua” conservando las propiedades de las esencias florales, como postulaba Bach, para solaz del mundo de la terapia floral. La prestigiosa publicación había exigido al autor previo a la publicación, no siendo una práctica habitual, revisar sus resultados por otros laboratorios y enviar una delegación de la propia revista que inspeccionara sus experimentos. Conclusión: una catarata de artículos, incluidos los del mismo director de *Nature*, descalificaron las pruebas de Benveniste. Se mantiene hoy alguna controversia en cuanto a las cuestiones técnico-metodológicas tanto de la experiencia original como de sus replicaciones. Así continuará este malentendido si no se revisan los presupuestos desde los cuáles se parte para su evaluación, que además y necesariamente deben incluir la eficacia simbólica como factor asociado plenamente a la recuperación de los sujetos de instancias de sufrimiento y malestar.

(Bordes, 2009) con otras terapias y actividades que forman parte del mundo de las terapias alternativas.

Considerada, dentro del mundo de las terapias alternativas, como una de las que mantiene una “popularidad alta y estable” (Carozzi, 2000: 66), respecto de otras que cumplen ciclos con períodos de alta exposición y luego reducen notoriamente su presencia, los relevamientos en regiones cercanas la informan como la terapia con mayor registro de terapeutas en el mundo alternativo³⁹. Pese a ello, no se encuentran en el país, ni hasta dónde hemos podido recabar en la región latinoamericana, investigaciones desde las ciencias sociales, incluyendo claro a la comunicación social, que hagan objeto de estudio la terapia floral. Podemos destacar otra vacancia, ante la falta de investigaciones sobre el mundo de las terapias alternativas en general, en el norte de la Patagonia argentina.

Nos interesa comprender las tensiones y resignificaciones respecto del cuidado de la salud y los modos de atender los padecimientos, construidos desde prácticas en una terapia que en sus orígenes tuvo pretensión de reconocimiento científico, pero que, a partir del proceso de tradición selectiva de imposición de la biomedicina, fue relegada al lugar de pseudocientífica, en el mejor de los casos. Orientada a la sanación emocional, a la atención de malestares que expresan las exigencias de los condicionamientos materiales/culturales sobre los sujetos, la terapia floral resulta fuente adecuada para reflexionar sobre la regulación de sensibilidades operadas en el alcance del imperativo epocal de la salud plena y el bienestar. Presentamos en el próximo capítulo el posicionamiento teórico y las decisiones metodológicas construidas para reflexionar sobre el tema desde el campo disciplinar.

³⁹ El estudio realizado en Chile (CEOC, 2010) la identifica con el mayor número de terapeutas (56,3%)

Capítulo 2

Prácticas y mediaciones en las búsquedas de salud. Una lectura comunicacional de sentidos en tensión

En el primer capítulo, dando cuenta del diálogo con el estado del conocimiento en el tema, procuramos establecer la relevancia del estudio de las prácticas en busca de salud y atención del padecer como fenómeno significativo en la actualidad. Presentamos en este segundo capítulo la trama conceptual construida en el espacio disciplinar de Comunicación/Cultura y las decisiones metodológicas implementadas para construir los datos que fundan el análisis en la continuidad de la tesis. Proponemos comprender lo comunicacional, desde las tensiones en la construcción social del sentido, recuperadas desde las prácticas y mediaciones relacionales. Atraviesa nuestras reflexiones un pensamiento situado, contextualizando territorial y temporalmente el fenómeno en estudio.

Así, organizamos el contexto conceptual a partir de una lectura integral y multidimensional de las prácticas en el espacio de la salud/enfermedad, en una dinámica que se comprende en la tensión entre formaciones culturales emergentes/residuales y la institucionalidad hegemónica, no como formas puras. Analizamos prácticas indeterminadas en permanente proceso de interpenetración, que expresan las disputas desde las experiencias concretas de los sujetos, en una lectura en que la comunicación se define por las tensiones en la construcción de las significaciones. Seguimos en este punto el pensamiento de Raymond Williams, y las discusiones, aportes y complementaciones realizadas por Stuart Hall, que puede definirse como el marco general de nuestra propuesta conceptual. En línea con ello, encontramos en la noción de estructuras del sentir la posibilidad de esa reflexión integradora de experiencias biográficas captables desde lo micro social, con sentidos sociales de mayor alcance, asumiendo los riesgos teóricos-metodológicos implicados en el intento de trabajar empíricamente desde las experiencias para reponerlas en el entramado de formas culturales en tensión, en la dinámica de apropiación permanente de lo hegemónico. Exploramos la experiencia de los practicantes en terapia floral en la región, como expresión de regulaciones de la sensibilidad en el capitalismo contemporáneo.

Entendimos necesario para la comprensión de los itinerarios terapéuticos y los sentidos construidos en ellos, especialmente a partir del análisis de las primeras observaciones y entrevistas, profundizar en dos dimensiones que completan y complementan la lectura integral de las prácticas:

los aspectos biográficos disposicionales ⁴⁰ y el lugar de las redes de sociabilidad ⁴¹. La aproximación al análisis de las disposiciones incorporadas, nos auxilia para comprender la incorporación biográfica de lo hegemónico como los modos diferenciales de adhesión a las terapias alternativas. En tanto los espacios cercanos de sociabilidad, las redes de interacción, habilitan y sostienen las prácticas en la terapia floral, aportando a la construcción de sentidos colectivos compartidos, que se presenta como otra dimensión significativa desde lo disciplinar.

Las particularidades del territorio, en términos amplios como restringidos, imprimen diferenciaciones en prácticas y sentidos circulantes globalmente. Reflexionar lo local conceptualmente, como referencia de una cercanía física y social es también un posible aporte al diferenciarnos de la mayoría de investigaciones y conceptualizaciones en el tema, efectuados desde lecturas en contextos de mayor centralidad. Pensar desde lo local no significa estudiar la localidad, en este caso G. Roca (Fiske Menuco), como de interés en sí misma. Nos invita pensar desde instancias locales, en que la cercanía física y social deja huellas sobre el circuito de fenómenos globales, sobre las prácticas y sobre las redes de sociabilidad que las habilitan.

Organizamos el capítulo en tres secciones. En la primera, más breve, explicamos la dinámica interactiva del diseño teórico y metodológico (2.1.). En la segunda, presentamos las ideas centrales configuradoras del contexto conceptual (2.2.), y en la última, exponemos y fundamentamos las decisiones metodológicas implementadas, caracterizando también la composición de la muestra con la que trabajamos (2.3). Se encuentra, no una vacancia, como si se tratara de un lugar vacío, pero sí un espacio escasamente explorado, hasta dónde nuestras indagaciones nos permitieron conocer, al enfocar las prácticas por terapias alternativas desde esta perspectiva.

⁴⁰ La ruptura biográfica registrada al momento de enfermar y la interpelación respecto de las adhesiones diferenciales, nos llevó a profundizar en lo disposicional, recuperando elementos de la perspectiva de B. Lahire (2004, 2006, 2017) que procuramos integrar a la trama conceptual propuesta. Si bien no es el eje del trabajo, ni la tarea empírica se centró fundamentalmente en ello, ni buscamos posicionarnos en clave del pensamiento de Lahire en general, resultó un aporte complementario muy útil para la comprensión de las prácticas.

⁴¹ Suponíamos las redes de interacción social cercanas como relevantes, constatado en la tarea de campo. Tomamos como referencia en este punto los aportes de H. Becker, procurando también su integración a la perspectiva general de nuestro encuadre conceptual.

2.1. Dinámica del diseño teórico-metodológico del trabajo

El diseño de la investigación presupone las decisiones epistemológicas, teóricas y metodológicas que efectivamente organizaron y orientaron el proceso, que ha realizado diversas reorientaciones respecto del plan inicial. Una vez culminado el proceso de enlace dinámico, recursivo y recurrente entre lo conceptual y lo empírico, podemos explicar cabalmente el trayecto recorrido (Maxwell, 1996). En tanto diseño flexible e interactivo (Mendizábal, 2006) el contexto conceptual se reorientó en el diálogo con el avance de la tarea de campo y los análisis iniciales. Propusimos un contexto teórico abierto, guiando la tarea, dispuesto para ser modificado, ampliado, rectificado en el encuentro con los análisis de los relatos y observaciones realizadas.

El marco de interpretación se configuró en relación a la situación estudiada y a la articulación con los análisis de la información en construcción (Strauss y Corbin, 2002). En ese encuentro con el mundo social los conceptos pueden sostener su validez (Lahire, 2004), permitiendo aproximar reflexiones sobre las prácticas y sentidos en el espacio de cuidado de la salud y atención de la enfermedad. Si la teoría resulta “un recurso estratégico contingente” (Williams, [1980] 2012: 44), los conceptos y categorías son instrumentos imprescindibles para reflexionar, pero al mismo tiempo expresan la imposibilidad de dar cuenta de toda la complejidad de la situación en estudio. Así, la perspectiva teórica asumida alumbra matices mientras opaca otros. Por ello, nos propusimos evitar el uso de los conceptos como “desencadenantes de reflejos automáticos y demarcadores de territorios” (Lahire, 2004: 17) poblados de sentidos equívocos.

El capítulo expone entonces el resultado de ese proceso, recorriendo la trama conceptual propuesta, sin agotar las reflexiones conceptuales, ni el coloquio intertextual con estudios afines, en tanto se recuperan en los capítulos posteriores (capítulos 3 a 6), instancia en las que se imbricarán con los datos construidos en el proceso. Reflexionar desde esta perspectiva mueve a pensar la teoría con flexibilidad, a partir de la escucha atenta del producto de la tarea de campo.

En el análisis de prácticas y sentidos sociales circulantes respecto de las terapias alternativas, no pocos estudios (Colacrai, et. al., 2010, 2013; Escribá Salés, et. al., 2015; López-Cantos, 2017a, 2017b) asumen la necesidad de ejercer por sí el control disciplinar de las ciencias de la modernidad, denigrando estas prácticas calificadas de pseudo científicas o pura charlatanería, las que deberían combatirse, también desde las ciencias sociales. Estos posicionamientos suelen ser muy explícitos en sus convicciones de partida, opacando las posibilidades de comprensión del fenómeno. En otra

línea de trabajos, se puede advertir cierta presunción del potencial transformador de las terapias alternativas, sugiriendo podrían conformar un fenómeno de resistencia respecto de la biomedicina científica (Douglas, 1998) y depositando en ellas expectativas de transformación cultural.

Ni por un camino ni por el otro. Esta tesis enfoca las prácticas y sentidos en terapias alternativas desde lo local, especialmente en la terapia floral, al presumir que en ellas se tensionan modos de ver y actuar, modos de significar y comprender una dimensión significativa de la vida social. Espacio de regulación de las sensibilidades, da cuenta de la institucionalidad hegemónica, como a su vez expresa afecciones, modulaciones y resignificaciones, en la dinámica entre formaciones culturales en tensión. Así, observamos prácticas descalificadas en algunos ámbitos académicos, en busca de conectar las motivaciones de los sujetos, las condiciones culturales y sociales en que se entraman y son posibles, y a la vez limitadas, los sentidos que se configuran en ese proceso⁴² a partir de las mediaciones de redes sociales en el espacio de lo local, asociando esos sentidos a su posible tensión y a la vez funcionalidad, con las regulaciones simbólicas y materiales del capitalismo. Damos estatuto de objeto de investigación a prácticas que buscan la manera de darse una dinámica propia de existencia como un asunto que tiene interés, no solo, ni tanto, en sí mismo.

⁴² La dinámica procesual caracteriza las articulaciones entre formas residuales/emergentes y hegemónicas, así como los sentidos configurados en enlace y tensión. Las prácticas, las condiciones sociales y culturales, las motivaciones y articulaciones biográficas, las mediaciones, las estructuras de la experiencia compuestas en esa trama, deben ser repuestas en clave de proceso y evitar su esencialización en un estado de cosas presentado como estable y/o a-histórico. El recorte realizado es *momento en un proceso* e intentamos recuperar esa condición en todo lo que nos permite el material construido, como en una alerta para el alcance de las reflexiones analíticas.

2.2. Comunicación/Cultura. Propuesta de un análisis multidimensional de las prácticas en el capitalismo contemporáneo

Todo trabajo académico se inscribe en un diálogo intertextual, en un espacio de intercambios reflexivos que permite comprender los vínculos desde los que se parte para pensar la temática en análisis. Se reflexiona con, y en ocasiones matizando, las referencias con las que se dialoga (Lahire, 2004), eludiendo la trampa irreal de la creación de un sitio vacío y de algún modo absolutamente propio (De Certeau, [1990] 2010) desde el cuál analizar las prácticas culturales en búsqueda del cuidado de la salud. Los aportes que realice este trabajo encuentran una tradición disciplinar que los contiene y con la que discute.

La tesis se posiciona en el campo de Comunicación/Cultura, en la comprensión de la necesidad de considerar estos términos como parte de la misma tensión y a través de los que se puede pensar la comunicación en los intersticios de la vida cotidiana (Schmucler, 1984). La comunicación hace objeto de su reflexión el análisis de los procesos de construcción de sentido, procesos a partir de los cuales se asignan significaciones y valores a los mundos de la experiencia. Desde esta perspectiva, la comunicación deviene en el lugar de la significación, una disciplina de análisis de los procesos de formación del sentido en la vida social (Vizer, 2006). Nos permitimos añadir, se trata de sentidos en tensión, nunca unívocos y siempre atravesados por institucionalidades hegemónicas y formaciones en interpelación de esa hegemonía (Williams, [1980] 2012).

Comprendemos la comunicación como proceso social de producción de sentidos, siempre en tensión, se configura a través de discursos y prácticas sociales que pugnan por la asignación de verosimilitud en la construcción de lo real (Rodríguez, 2008). Reflexionada como productora y difusora de significaciones sociales (Hall, 1980), tiene un lugar relevante e ineludible en la constitución de las experiencias vinculadas al cuidado de la salud. Analizamos los modos en que los sujetos le dan sentido a dimensiones de su vida cotidiana, en el cuidado de la salud y la atención del padecer, en la trama social y cultural en que esos sentidos son posibles y a la vez limitados.

Enlace y producto de mediaciones e interacciones sociales sostenidas desde tramas situadas histórica y territorialmente (Saintout, 2011), permite integrarnos en la dinámica de la vida cotidiana. La comunicación es así cuestión cultural en las tensiones por “la nominación del sentido legítimo del mundo, como asunto de percepciones y sensibilidades” (Fernández Hasan, 2011: s/d) a partir de la asignación de significaciones. Considerarla de este modo, nos lleva a analizar

prácticas y justificaciones de los sujetos, desde sus itinerarios en búsqueda de salud, intentando recuperar su articulación en formas culturales, que expresan sentidos en tensión. Enfocamos las maneras de dotar de significación el cuidado de la salud desde practicantes en terapias alternativas, en tanto la comunicación configura parte de la argamasa que permite integrar esas significaciones como modos activados sobre condiciones concretas⁴³ que ejercen límites y presiones sobre las mismas.

Siguiendo a Williams, postulamos la cultura como el modo en que se comprende la experiencia, constituida como compartida, a partir de instancias diversas de comunicación (Hall, 2017). Aquello que hacen/sienten en busca de salud, da cuenta de las experiencias de los sujetos⁴⁴ y de las mediaciones que las articulan y significan desde la circulación de formas residuales/emergentes en procesos de tensión/apropiación/re significación con lo hegemónico (Williams, [1977] 2009). Prácticas que entendemos objeto relevante en el campo de la comunicación social y que nos permiten recomponer esas construcciones de sentido que atraviesan parte significativa de la vida cotidiana. A partir del análisis reflexivo de las prácticas, podemos asomar a algunas de las dimensiones de la estructura de la experiencia que se configura en las trayectorias por las terapias alternativas, que resultan conectores significativos para reflexionar sobre la dinámica de las tensiones culturales, caracterizando una clave de época para determinados grupos sociales.

El objeto de estudio queda definido entonces por las prácticas en las que se llevan a cabo procesos de producción de significaciones en la construcción social del sentido. En las prácticas en busca de salud/atención de la enfermedad, los sujetos construyen sentidos sobre la salud/enfermedad, que resultan expectativa y regulación de otras instancias de la vida cotidiana. Las significaciones requieren ser recuperadas en relación a la trama contextual en que se desenvuelven y en la que actúan y se negocian, habilitando una lectura que incorpora la posibilidad de afectaciones particulares y parciales, en el tránsito entre formaciones culturales. Partimos de

⁴³ Condiciones concretas: históricas, territoriales, culturales y materiales. Materialidad que en este trabajo no analizaremos en sí misma, si no en lo que de ellas expresan las prácticas, las estructuras de la experiencia -muy especialmente- y los sentidos construidos colectivamente.

⁴⁴ Utilizaremos la denominación de sujeto por sobre otras (agente, actor) en términos de un sujeto que reflexionamos colectivamente y que puede expresar una inflexión con cierta particularidad como, fundamentalmente, condicionamientos e imposiciones culturales/materiales. Comprendemos la experiencia, siempre en proceso, como un nudo en que intersectan los procesos de socialización incorporados, las imposiciones culturales, los límites y presiones de lo hegemónico, como condicionamientos no absolutos, con cierto grado de indeterminación, que buscamos recuperar desde las trayectorias en circulación dinámica por entre formaciones culturales en el espacio del cuidado de la salud.

una concepción dinámica de la cultura, fuertemente inserta en la experiencia y todavía no fijada por las instituciones, en la que las prácticas expresan el orden de lo simbólico/material, restituyendo la compleja totalidad del proceso social.

La cultura se entiende como dimensión significativa de lo social, como arena de lucha por los sentidos legítimos que una comunidad da al mundo en que vive. Tiene una doble dimensión: creación e innovación en las prácticas sociales; terreno de dominación y reproducción (Saintout, 2011: 147).

Una advertencia, a modo de nota reflexiva, para enmarcar el lugar desde el que pensamos las prácticas por terapias alternativas. Recuperar la especificidad de lo cultural no implica ubicar la cultura por fuera de la influencia estructuradora de las formas económicas/políticas de las prácticas, de los “efectos estructurales de las contradicciones” del capitalismo (Hall, 2017: 263) o, como la definiría Williams, del establecimiento de límites y el ejercicio de presiones que impone la hegemonía. Si bien desde esta perspectiva sostenemos la interpenetración de todas las prácticas humanas, en busca de no segmentar lo cultural y reducirlo al reflejo o determinación absoluta de lo económico (desde el análisis de Williams ([1977] 2009, [1980] 2012) en cuestionamiento a la simplificación mecanicista de la que según entiende fue objeto la metáfora base-superestructura de Marx), la determinación última no puede perderse de vista.

La cultura es vivencia de la dominación, de la articulación o rearticulación de lo hegemónico en la experiencia. “La cultura reproduce la desigualdad que niega” (Cevasco, 2003: 127). No es autónoma -por si hiciera falta aclararlo- y la hacemos objeto de análisis y reconocimiento en tanto espacio de disputas por la significación, por el sentido, y en ello, por los modos de organización social. En definitiva, organiza la vida de los grupos sociales, “es” todo un modo de vida, inescindible de las prácticas económicas/políticas del capitalismo. Así, las prácticas en el cuidado y atención de la salud/enfermedad, expresan las tensiones entre formaciones culturales en el marco de las dinámicas de negociación y apropiación desde lo hegemónico. Desde el análisis de las prácticas recuperamos aquello que informan de las dimensiones materiales y simbólicas significativas en la reproducción del capitalismo, que se articulan en las experiencias de diversos grupos sociales.

Si bien ningún modo de producción agota las prácticas (Hall, 2017), analizarlas es reconocer en ellas, en las vivencias cotidianas para definir y atender la salud/enfermedad, las ambigüedades, alternancias y ambivalencias operadas en el encuadre del ejercicio permanente de lo hegemónico, nunca singular. La no singularidad ni lectura estanca de lo hegemónico (Williams, ([1977] 2009) nos permite distinguir el lugar hegemónico del modelo médico en el campo de la salud, pero

también ampliar la mirada, para conectar con los valores que sostienen formas políticas y económicas de mayor alcance, funcionales a la reproducción de la dominación.

Los patrones subyacentes que distinguen el complejo de prácticas de cualquier sociedad dada en un determinado momento son las "formas de organización" características que las subyacen a todas, y que por lo tanto pueden ser detectadas en cada una... categorías que simultáneamente organizan la conciencia empírica de un determinado grupo social (Hall, 1980).

La hegemonía se articula en lo cotidiano de grupos sociales (Thompson, 1995), en nuestro caso en las prácticas en terapias alternativas, generando apropiaciones, adaptaciones e incorporaciones del potencial conflictual, aunque no sea, como en este caso, un potencial forjado desde el antagonismo de clase. La cultura es entonces campo de disputa en la determinación de sentidos. Esos sentidos y valores organizan la vida en común, son constitutivos de la organización social e interpenetran todas las prácticas. El orden social y político es también una producción material y es imposible separar la cultura, la lucha por los significados y los modos de organización, de lo político económico (Cevasco, 2003). En este sentido comprendemos la materialidad de lo cultural, que será determinante en el análisis de la estructura de sentimiento. En definitiva, la cultura es un proceso productivo material y social, no solo dimensión de análisis en la reproducción.

Las prácticas son producción y no solo reproducción de significados y valores. La comunicación es, junto con el lenguaje, una de las fuerzas sociales formadoras en una interacción compleja de instituciones (articulaciones sistematizadas) y formaciones residuales/emergentes (Williams, [1977] 2009). Esas formaciones no son garantías en sí mismas de posiciones o efectos progresistas o conservadores, ni son reductibles a posiciones de clase, en tanto las formaciones y prácticas culturales no son formas puras, siempre resultan contradictorias, ambivalentes y el proceso hegemónico es activo en su incorporación/disolución o incluso en la celebración de la diversidad "desde el mando de posición central" (Hall, 2017: 245). Por eso intentamos presentar las prácticas y los sentidos construidos desde usuarios y especialistas en terapias alternativas, en tensión constante, en la expresión de ambivalencias y ambigüedades.

El debate sobre lo cultural, articula entonces de manera concreta el movimiento de la totalidad social, en tanto las prácticas en busca de salud son materialidad, al exponer sentidos configurados histórica y socialmente y realizarse sobre y desde materialidades concretas. La determinación opera como influencia estructuradora, como ejercicio de límites y presiones, siempre en proceso, siempre activa, sin agotar la experiencia. Las prácticas en terapias alternativas recorren todo el

movimiento dinámico entre lo dominante, lo residual y lo emergente y son fuente privilegiada de conocimiento de la experiencia, que es social y material, e histórica. Ese punto de anclaje, de interpenetración, es el que intenta captar la noción de estructura de sentimiento, para dar cuenta de los rastros en la incorporación/disolución de sentidos y valores no hegemónicos, la tolerancia y hasta celebración de otros, en un análisis de prácticas que expresan toda esa disputa desde las experiencias concretas de los sujetos.

La vivencia de la enfermedad o el padecimiento, la incorporación temprana de las claves de la biomedicina en el cuidado de la salud, los itinerarios terapéuticos recorriendo las terapias alternativas, las ambigüedades y ambivalencias en prácticas y sentidos, exponen aspectos de la trama económica, social y cultural que las contiene, limita y a la vez, habilita las condiciones de su posibilidad. Intentamos una aproximación a la lectura del fenómeno como un conjunto multidimensional, solo distinguible en términos analíticos.

El campo de la salud es portador relevante de sentidos, atravesando como dimensión significativa la subjetividad actual para diversos grupos sociales (Papalini, 2016). El proceso de sanitización operado (Viotti, 2018) sostenido sobre la apelación a la responsabilidad individual, actúa en la experiencia solapando esferas biográficas. El imperativo de la salud, expone efectos sobre la totalidad de la experiencia, sobre el modo de comprender nuestro lugar en el mundo, sobre las relaciones vinculares en sentido amplio y restringido. En definitiva, configura condiciones concretas de subjetivación.

Reflexionamos entonces sobre la complejidad de la vida social a partir de las prácticas en los procesos de salud/enfermedad, como pliegues en los cuáles indagar la construcción de significaciones sociales. Significación nunca unívoca ni homogénea, en la que se articulan prácticas y cultura, dando cuenta de procesos sociales de mayor complejidad y alcance. Prácticas que refieren usos y significaciones. Prácticas que muchas veces son naturalizadas y que permiten acceder a redes de articulación entre comunicación y cultura, atravesadas por dispositivos institucionales. Prácticas en el espacio de la salud que resultan un camino para comprender procesos de significación, en los que se movilizan instancias de mediación y articulación de redes sociales (Bonet y Gomes Tavares, 2006).

Las prácticas que recorren las terapias alternativas, en nuestro caso especialmente las terapias florales, se insertan fuertemente en la experiencia de diversos grupos sociales y todavía no se encuentran fijadas por las instituciones, más aún en nuestro país (Bordes, 2012; Saizar, 2013;

Freidin, 2017). Como vimos en el capítulo 1, en el territorio en que se desarrolla la tesis, las terapias alternativas, dentro de ellas la floral, no encuentran referencia institucional que las incluya. En términos legales no poseen ninguna regulación para la práctica terapéutica como tampoco para la formación o registro de especialistas. Asociado a ello, carecen de cualquier reconocimiento desde el sistema de seguridad social, sea público o privado. Además, resultan en general⁴⁵ combatidas desde el sistema biomédico y no solo.

Si recuperamos la idea procesual que acompaña nuestra perspectiva, deben identificarse tibios procesos de integración, que parecen confirmar la captación de algunas terapias desde la lógica del sistema biomédico (Bordes y Saizar, 2014), de las que dimos cuenta en 1.3. Aun así, estas aproximaciones de articulación no configuran inserciones institucionales significativas. Las instituciones sanitarias y legales asociadas al campo de la salud se encuentran consolidadamente sostenidas en la lógica y racionalidad de la biomedicina⁴⁶.

¿De qué modo comprendemos esas prácticas en buscas de salud y atención de la enfermedad por las terapias alternativas? ¿Cómo concebimos las tensiones entre formaciones culturales con las que se entraman? ¿Cómo interactúan esas prácticas? ¿Cómo se construyen significaciones que atraviesan espacios de cotidianidad, más allá de las propias búsquedas de salud? ¿Qué tensiones se producen en esos sentidos, en sí, y en su articulación para con los sentidos en juego en la matriz cultural dominante?

Consideramos las prácticas como la resultante de los modos que expresan “como entendemos y experimentamos nuestras circunstancias. Una práctica siempre conlleva una cultura.” (Hall, 2017: 60). Por ello, son espacio significativo para comprender la experiencia, con toda su carga social e histórica (Cevasco, 2003). Como consecuencia, la experiencia práctica no es definida como un interior individualizado ni ajeno a lo social. Es práctica y justificación de esas prácticas, en el encuentro de condiciones de realización y construcción de significados. Limitada y condicionada desde lo hegemónico como activa en sus intersticios a partir de expresiones residuales y/o emergentes (Williams, [1980] 2012), se expone en las trayectorias de los sujetos, en las que se pueden distinguir disposiciones que se activan a partir del encuentro con lo situacional

⁴⁵ Debemos distinguir terapias como la homeopatía que, en buena parte porque es realizada por profesionales biomédicos, parece encontrar menores resistencias (Freidin, 2017).

⁴⁶ Recordamos la consideración de la biomedicina como una trama compleja, que asocia diversos niveles de institucionalidad (formación de profesionales, prácticas profesionales, reconocimiento de esas prácticas, legalidades, industrias químico/farmacéuticas, mercado de productos y servicios, políticas públicas en diversos niveles, etc.)

(Lahire, 2004), desde momentos de desajuste biográfico enlazados a las mediaciones que operan las redes de sociabilidad como habilitación y sostén de las experiencias.

Así, las prácticas se comprenden en las tensiones por la construcción y apropiación de los sentidos que circulan socialmente (Geertz, [1973] 2005) y que deben reponerse en ese ámbito. Si las prácticas se desbrozan de los sentidos sociales en tensión, la lectura podría resultar subjetivista e individualista, presuponiendo además la referencia a un sujeto autónomo, con libertad de elección reflexiva a cada paso. La centralidad de las prácticas y de las relaciones entre diversidad de prácticas, nos propone pensar la cultura “imbricada con todas las prácticas sociales” como expresiones de sentidos y valores compartidos por grupos sociales “diferenciados”. Es a través de las prácticas “vivas” que se expresan y “encarnan” esas significaciones, en el modo en que los sujetos actúan ante sus circunstancias, fundada en las condiciones de existencia en que se desenvuelven. Las prácticas manifiestan “cómo la gente experimenta sus condiciones de vida, las define y responde a ellas” (Hall, 1980).

Quisiéramos destacar un alerta respecto de esta caracterización en la que intentamos seguir, al menos en lo fundamental, el pensamiento de Williams. Si la experiencia es la arena articuladora de sentidos y condiciones de existencia, debemos recordar aquello que esas condiciones implican en tanto el mundo es vivido desde posiciones específicas, no homogéneas ni simétricas, en el que las prácticas muestran las posiciones de las que se percibe y actúa (Grossberg, 2012), dando cuenta de los sentidos asignados en la vida cotidiana. Intentamos articular los sentidos construidos en el paso de los sujetos por las terapias alternativas con significaciones sociales de mayor alcance vinculadas a los requerimientos y apropiaciones de la reproducción del capitalismo contemporáneo, de modo de reponer las prácticas en la trama histórico-social en la que se desarrollan y que permite explicarlas, al menos en parte. Desde la perspectiva asumida los sistemas de representaciones/ideologías/valores no resultan directamente reducibles a la clase social. Si bien no hay correspondencia directa (Hall, 2017), el lugar de la clase social en la configuración de prácticas y sentidos es ineludible. Nuestro trabajo procura recuperar, en las posibilidades surgidas de la tarea de campo, la “sombra” de clase proyectada (Hall y Jefferson, [1975] 2006) sobre las prácticas, valores, creencias y sentidos desde una muestra conformada por sectores sociales medios.

Estas experiencias, en tanto exponen efectos performativos de los procesos culturales y la centralidad de la dimensión socioafectiva, llevan a preguntarse: ¿Cómo conectar un tema que

remite a la experiencia subjetiva con su presencia en lo social/institucional? Experiencia que es colectiva, expresión de posicionamientos sociales/culturales y expone, la matriz cultural que en clave de época define ese momento para determinados grupos sociales. Las prácticas resultan del como la vida es efectivamente experimentada. Efectos de los marcos institucionales como los viven los sujetos y sobre los que actúan, por lo que están en constante desplazamiento.

Creemos es una contribución significativa realizar lecturas de estos fenómenos desde el campo de la comunicación. Proponemos un marco de interpretación sociocultural que recupere la comunicación como dimensión constitutiva de las prácticas sociales. Habilitar la comprensión del espacio de prácticas de los sujetos sin perder de vista las condiciones históricas, sociales, económicas y políticas en que estas se realizan, condiciones que a su vez son realizadas por estos sujetos, y que intentamos recuperar a partir de esas experiencias. En “la densidad significativa de la vida cotidiana” podemos reconocer los procesos a través de los cuales los sujetos dotando de sentido su realidad, reconocibles a partir del análisis de las prácticas y sus articulaciones con significaciones de circulación colectiva (Fuentes Navarro, 2002: 25).

Recomponer esos procesos de construcción de sentido, implica considerar a su vez, el lugar de las mediaciones relacionales, de los espacios de sociabilidad como un clivaje que permite recomponer la complejidad de lo cultural-comunicacional. Se destacan así las actividades de comunicación en tanto intercambio y circulación entre los sujetos, siempre social y culturalmente configurados en situaciones concretas. Esta producción y reproducción del sentido presupone las necesarias competencias interpretativas, en términos de posibilidades, pero también de límites sobre los procesos de producción común de sentido.

Nos proponemos enfatizar la comunicación como constituyente de los vínculos sociales, como práctica cultural, incorporando sus límites y condicionalidades (Varela, 1999).

Las prácticas culturales pueden verse ahora como una herramienta metodológica que desubica o desfocaliza la mirada académica convencional para, desde una (inter)posición polémica (o, como diría M. de Certeau, polemológica), encontrar en la vida cotidiana de la gente la huella de los movimientos sociales y los conflictos biopolíticos (Méndez Rubio: 2012: 86).

Las representaciones sostenidas desde los dispositivos institucionales hegemónicos en el campo de la salud, presentan efectos incluyentes/excluyentes de prácticas, estableciendo fronteras de sentido entre aquellas prácticas terapéuticas válidas a partir especialmente de su fundamento científico, respecto de aquellas que, se las defina como inocuas o riesgosas, no son consideradas válidas ni eficaces. Expresado desde el modelo médico hegemónico como crítica, negación,

desconocimiento de las terapias alternativas, en el intento por inhabilitar o incluso impedir la concreción de esas prácticas.

Pese a esa línea demarcadora que desde el modelo médico se intenta imponer, circulan otras significaciones posibles que tensionan con la expresión de lo legítimo (Rodríguez, 2008). Cuando observamos prácticas específicas, como las de quienes recorren las terapias alternativas, podemos rastrear las modulaciones diferenciales que las nociones de salud y enfermedad asumen en estos sujetos y grupos, que circulan cada vez más extendidamente. Estas modulaciones parecen exponer un modo alternativo más que oposicional (Williams, [1980] 2012), en tanto intentan establecer otro modo de pensar y actuar la salud/enfermedad, y por consecuencia parte de la vida cotidiana, más que conformar una confrontación que se dirija a la disolución o abandono de los dispositivos hegemónicos. Modo alternativo respecto de la biomedicina, que por tanto es apropiado, subsumido o resignificado parcialmente, desde el modelo médico hegemónico, generando pequeñas modificaciones en la institucionalidad dominante y mercantilización creciente desde la industria farmacéutica (Menéndez, 2015). Pero las articulaciones no se restringen al campo de la salud. Entendemos encuentra nexos en otros dispositivos sociales/institucionales, fundamentalmente en la esfera económica, de gestión del trabajo. Así, lo interpretado como alternativo en algunos espacios y momentos, resulta funcional en relación a otros ámbitos y otros momentos. En esa dinámica de críticas, tensiones y reapropiaciones se pueden comprender las prácticas de los sujetos por las terapias alternativas.

La caracterización de las experiencias de practicantes y terapeutas en las terapias florales, expone un proceso social, unos modos específicos de interacción y un proceso de (re) significación de las representaciones acerca del cuidado de la salud en nuestra sociedad. Si bien las representaciones e instituciones dominantes, limitan temas y marcos de interpretación, no agotan la producción de experiencias que les disputan esos sentidos, que a su vez se nos muestran con diversidad de matices, en las tensiones con el modelo médico, pero también con tensiones en las dimensiones que expresan la gramática de las terapias alternativas.

La construcción de un punto de lectura desde esas prácticas no reconocidas permite descubrir la perspectiva de sujetos y grupos que no se articulan a los dispositivos legítimos y legitimantes en el campo de la salud/enfermedad. E implica suponer que esas prácticas gestionan representaciones verosímiles (Rodríguez, 2008), dejando huella sobre las representaciones hegemónicas, las que se pliegan y reorganizan en tensión con ellas, a partir de instancias de

subsunción, apropiación, rechazo o incorporación (Williams, [1980] 2012). Definido como nueva conciencia de la salud, se lee en clave de su funcionalidad para con la dinámica de reproducción del capitalismo contemporáneo, en el que las institucionalidades y sentidos hegemónicos discuten, apropian, re significan, incorporan, descalifican, o hasta celebran (Hall, 2017), críticas que a modo de expresiones residuales y/o emergentes las ponen en tensión.

Advertimos esta dinámica procesual y necesariamente contextualizada territorial y temporalmente, de modo de eludir la idea de que estas críticas o desvíos se configurarían sola, o fundamentalmente, como un contra frente cultural (Gutiérrez Zúñiga, 2013) o contra hegemónico (Douglas, 1998). En nuestra lectura, la posible potencialidad de tensión es negociada desde lo hegemónico, en dos niveles. Uno el del modelo médico, en el que las tensiones generan reacciones y negociaciones entre la institucionalidad dominante y las terapias alternativas. Otro, el de la matriz cultural (Rodríguez, 2008) con eje en la reproducción de las condiciones económicas y de gestión del trabajo, con la que buena parte de las prácticas y sentidos configurados en el mundo de las terapias alternativas, encuentra articulaciones de funcionalidad. Los sujetos participan con sus experiencias, aun las que podríamos identificar como radicalmente alternativas, en zonas fuertemente tramadas y configuradas por la matriz cultural dominante, reguladora de la sensibilidad contemporánea.

Partimos de las prácticas y narraciones de los sujetos para recomponer esas disputas de sentidos, de modo de reflexionar la integración de dimensiones de la estructura del sentir que atraviesan a grupos sociales actualmente, y en el que a su vez se reconocen momentos y texturas propias de su expresión en lo local. Prácticas y significaciones desenvueltas en un espacio de límites y condiciones en las disputas entre formas culturales, que no debe ocultarnos el lugar que las redes de sociabilidad tienen en relación a esas prácticas y sentidos. Las prácticas se comprenden en un anclaje de múltiples dimensiones.

Analizamos en este primer punto (2.2) como encuadre general de nuestro contexto conceptual, y por ende de toda la tesis, el modo en que concebimos la cultura, lo comunicacional y las prácticas como eje del nodo disciplinar. Las prácticas permiten recuperar las articulaciones de lo cultural, como expresión, y condicionadas por, las materialidades y significaciones propias del capitalismo contemporáneo. El desafío conceptual y metodológico de pensar sobre estos temas desde relatos orales de los sujetos, en tanto conjunción de cuestiones micro y macro socio-culturales, se sostiene sobre una lectura multidimensional de las prácticas, que desarrollamos a continuación. En primer

término, referimos a las tensiones entre la institucionalidad hegemónica y las formaciones residuales/emergentes en las que se traman las experiencias (2.2.1). En el marco de esa dinámica cultural, las estructuras del sentir (2.2.2), permitirán comprender elementos de la matriz cultural como de las afecciones específicas que pueden expresar, siendo condición para comprender esa estructuración del sentimiento, reponerla en las tensiones de la dinámica cultural referida. Entendimos necesario complementar el análisis desde dos dimensiones, quizás escasamente atendidas desde la perspectiva general en la que nos posicionamos: las disposiciones incorporadas en procesos de socialización tempranos y heterogéneos (2.2.3.), y las mediaciones operadas por las redes de sociabilidad (2.2.4), para comprender las adhesiones diferenciales como las validaciones advertidas en los itinerarios terapéuticos por la terapia floral en el territorio. El orden expositivo recorre estos ejes reflexivos, a sabiendas de distinciones que pueden fundarse analíticamente, pero que se encuentran fuertemente imbricadas en las experiencias.

2.2.1. Hegemonía y formaciones residuales/emergentes: del modelo médico a las terapias alternativas

Las prácticas y los sentidos configurados en la circulación por las terapias alternativas requieren de la consideración de la dinámica de tensiones entre lo hegemónico y las formaciones residuales y emergentes. Dinámica por otra parte imprescindible para comprender la conceptualización de las estructuras del sentir. El modelo biomédico se extiende como un conjunto integrado de instituciones y prácticas dominantes en el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad (Menéndez, 2015). Ello no implica considerarlo homogéneo ni estático. Parte de su dinámica y sostenibilidad como dador de lo creíble, de lo legítimo en el campo, se funda en las relaciones de incorporación y apropiación, que puede ser parcial, de otros modos de concebir y actuar en el espacio de la salud/enfermedad.

Los procesos hegemónicos se despliegan como un todo dinámico, articulando formas económicas, jurídico-políticas y culturales. La idea de hegemonía trasciende el poder político directo, constituyéndose en una forma de ver el mundo, en un conjunto significativo que dota de “sentido a la realidad” (Williams, [1977] 2009), en la que una visión dominante se convierte en sentido común, adquirido en una compleja trama a partir de diversidad de instituciones, como “modos de organizar las relaciones sociales desde lo hegemónico” (Cevasco, 2003: 166).

Así, vamos a considerar su lugar como configurador del marco primario de las trayectorias terapéuticas analizadas. La referencia respecto de esa matriz permite comprender, al menos en parte, las prácticas y sentidos que discurren en el campo de las terapias alternativas y que se definen, se significan y se actúan, a modo de crítica, oposición, diferenciación y/o subsunción con el modelo médico. Esta hegemonía, que no es singular, no deviene una dominación absoluta o excluyente de otros sentidos posibles. Se configuran y circulan en tensión sentidos que desafían, resisten, resignifican, dialogan con los dominantes. Las prácticas que analizamos se constituyen en ese espacio de tensiones. Al considerar que las experiencias en la circulación por terapias alternativas se definen, al menos en parte, por su relación de tensiones con el modelo de la biomedicina, es que reflexionamos sobre esas dimensiones, configuradoras de un conjunto que no debe disgregarse en el terreno del análisis.

Williams ([1977] 2009) define la hegemonía como

... todo un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida [...] las percepciones definidas que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. Es un sistema vívido de significados y valores -constituyentes y constituidos- [...]. Por lo tanto, constituye un sentido de realidad para la mayoría de las personas (145-146).

Este sentido de realidad genera consenso para con el discurso y prácticas hegemónicas en el campo de la salud y es constituyente de su legitimación como tal. Por una parte, se desenvuelve un entramado de discursos y prácticas legitimadoras, y por otra, los sujetos circulan experiencias alternativas o de re-significación, a partir de recurrir a terapéuticas por fuera del modelo médico. El doble juego remite a instancias que por momentos se enfrentan y en otros se complementan en la trayectoria del sujeto respecto de prácticas y saberes para el cuidado de sí⁴⁷.

El cuidado de la salud en la cultura occidental es dirigido por el conjunto de líneas que podríamos denominar duras, lo molar-institucional (Deleuze, 2005; Pélibart, 2009), qué, asentado sobre un pretendido valor de verdad, se presenta como estructura reguladora de prácticas. No se trata aquí de deslegitimar ni descalificar prácticas ni su fundamento. Nos interesa reflexionar sobre los posibles efectos de clausura, en tanto el modelo médico hegemónico mantiene el control social para habilitar unas prácticas mientras desacredita otras tantas, que resultan experiencias combatidas, desconsideradas o ridiculizadas. Partimos del supuesto que estas prácticas

⁴⁷ La totalidad de los sujetos entrevistados, tanto usuarios como terapeutas, dan cuenta de este movimiento en el que realizan sus experiencias de cuidado de la salud tanto en el ámbito de la biomedicina como de las terapias alternativas. Ratifica la necesidad de considerar los intercambios y traslapes entre ambas modalidades, en el diálogo continuo entre la trama conceptual y la tarea de campo.

terapéuticas se realizan en un espacio desigual, en el que el modelo médico se configura como hegemónica, subordinando y/o excluyendo a otras opciones terapéuticas (Menéndez, 2015).

Si bien son reconocibles la estructura y las prácticas culturales, ideológicas, económicas y políticas que sostienen la condición hegemónica, tanto como que ésta puede intentar excluir o condicionar perspectivas diferenciales de ese modelo, lo hegemónico no significa postular la inexistencia de diversas formas y experiencias que se entraman en vínculo con ese modelo. No hay procesos hegemónicos sin relación de tensión con formaciones residuales/emergentes.

El modelo de la biomedicina configura el pasado y el presente en una mirada intencional que oculta prácticas y significados pasados, mostrando una supuesta continuidad histórica que es validada y necesaria para la visión y acción hegemónica. Las instituciones de la salud dominante, muestran ese efecto (real) invisibilizando parte de la composición histórica de la biomedicina - como vimos en 1.3. – y exponiendo esa tensión como la disputa del pensamiento científico moderno enfrentando al pasado, a la creencia pre o pseudo científica. Deben, dice Williams, considerarse las formaciones que efectivamente actúan en relación a esas instituciones y que incluye la lectura de un proceso dinámico entre lo hegemónico, lo residual y lo emergente, estas últimas de fronteras difusas.

Es en la incorporación de lo activamente residual –a través de la reinterpretación, la disolución, la proyección, la inclusión y la exclusión discriminada– como el trabajo de la tradición selectiva se torna especialmente evidente (Williams, [1980] 2012: 145).

Si la hegemonía remite a aquello que se da por aceptado, que se naturaliza, las formas residuales, latentes, pueden resurgir, aun cuando se encuentran distantes de lo culturalmente dominante. Referencia de un pasado en latencia, que selectivamente fue dejado de lado, reaparece -o puede re aparecer-, siempre vivida “sobre la base del residuo” (Williams [1980] 2012: 63). A diferencia de lo residual, lo emergente se nos presenta a modo de confrontación, de ruptura con la hegemonía. Esa emergencia incorpora sentidos, valores y prácticas relativamente novedosas.

A su vez, se trate de lo residual o de lo emergente, por cierto, complejo de distinguir, debemos considerar si se conforman como alternativa o como oposición a lo hegemónico. Williams intenta con esta caracterización diferenciar entre quien “simplemente encuentra una manera diferente de vivir y desea que lo dejen tranquilo”, como modo alternativo, respecto de lo oposicional. Este último encarna en “la práctica política”, y oposicionalmente pretende generar transformaciones

sociales desde los valores y prácticas que confrontan abiertamente con lo hegemónico (Williams [1980] 2012: 63)⁴⁸.

Se trate de formas residuales o emergentes, “la cultura dominante no puede permitirse demasiado volumen de estas prácticas y experiencias por fuera de sí” (Williams [1980] 2012: 63) y se mantiene siempre atenta al surgimiento y expansión de esas formaciones. Puede negarlas, desconocerlas, en sus primeras apariciones. Cuando su alcance se amplía, cuando sus públicos crecen, estas formas son combatidas o apropiadas desde lo hegemónico. Apropiación siempre parcial, realizada desde la clave de lectura de la hegemonía sin afectar sus ejes de reproducción.

En parte residuales, en parte novedades (emergentes), las percepciones alternativas respecto de la salud/enfermedad, han sido y son desconocidas, omitidas, descalificadas o combatidas. A partir de la ampliación del alcance de esas experiencias, al llegar a cada vez más grupos sociales, desde la década del '80 del siglo pasado con mayor énfasis, comienzan a gestarse instancias de incorporación, siempre parciales, fragmentarias, que muestran lo heterogéneo de la conformación cultural en el campo, como espacio poblado de tensiones. Las apropiaciones no alcanzan a todas las terapias ni a todos los valores en tensión, lo que se expresa en las prácticas y narraciones de los sujetos como en la articulación y circulación de esas prácticas a partir de las redes de interacción social en que se configuran.

Un significado o una práctica puede ser tolerada en tanto sea una desviación y se la vea como una manera más de vivir, siempre que además no afecte ni desafíe abiertamente las cuestiones centrales de la dominante. Pero si extiende el alcance de esas prácticas y sentidos, pueden verse como un desafío y ya no como mera omisión o desprecio (Williams [1980] 2012: 63).

Las formaciones se presentan exponiendo intereses compartidos, principios y prácticas comunes, en un modo tenue de vincularse, con una dinámica difusa y que parece fugaz, al menos inicialmente. Su condición es la inestabilidad, en tanto aún no se encuentran afianzadas ni se perciben estables ni perdurables. El proceso de tensiones por apropiación y resignificación desde la biomedicina se encuentra en desarrollo y las terapias alternativas parecen posicionarse desde

⁴⁸ Podemos asociar la caracterización de alternativo/oposicional, a las modalidades de la crítica que proponen Boltanski y Chiapello (2002). Desde su lectura, la crítica correctiva se dirige a mejorar la prueba, a tensarla, a una depuración que no tiene fin y que deviene, en definitiva, reformista, diferenciada de la crítica radical que se orienta a la supresión de la prueba, a su reemplazo y que es, o pretende ser, revolucionaria. Resultará significativo para nuestro análisis considerar la ambigüedad intrínseca de la crítica, “la cual –aún en los movimientos más radicales– comparte siempre algo con aquello que trata de criticar”. Desde esta lectura, lo residual/emergente traslapa elementos con esa hegemonía a la que tensiona.

una crítica correctiva, de manera alternativa más que oposicional. Elementos de su cosmovisión y sus prácticas confrontan parcialmente con las del modelo médico hegemónico, y a su vez encuentran conexiones funcionales en otras esferas, como la económica.

Leemos en esta clave la potencia heurística de las inquietudes de análisis que surgen. ¿Se tratan las terapias alternativas de prácticas que recuperan sentidos residuales? ¿Se conforman desde la novedad de la emergencia? ¿Asumen como alternativas o como oposición? Y, en tal caso, ¿a qué significaciones y prácticas se ofrecen como alternativa/oposición? ¿Respecto de qué espacios de lo hegemónico se registra instancias de apropiación? ¿Cuál es el alcance de esas incorporaciones?

Excede nuestro trabajo dar una respuesta cabal y profunda a estos interrogantes. Se trata de situaciones que se articulan constantemente en un proceso de variaciones que se configura históricamente. Tomamos un momento e intentamos dar cuenta de su condición procesual, pero requeriríamos un rango temporal mayor y/o el decantamiento del proceso para dar respuestas contundentes. O al menos, más contundentes. De igual modo, intentamos desde las prácticas en el espacio de las terapias alternativas, aproximar pistas de comprensión respecto de estas inquietudes a partir de las fuentes de las significaciones en juego como de las tensiones entre ellas, distinguiendo elementos residuales y/o emergentes, su condición de alternativa y/u oposición, como tensiones que sostienen, orientan y limitan las experiencias en busca de la salud.

Las expresiones hegemónicas no agotan las prácticas ni los sentidos circulantes. Lo que lleva a que, atentas a las prácticas que funcionan por fuera de ellas, intentarán excluirlas o incorporarlas, total o parcialmente, generando posibles transformaciones menores en lo dominante y fundamentalmente limitando o anulando lo que esas prácticas pueden presentar como potencial riesgo oposicional para los elementos centrales de la hegemonía (Williams, [1980] 2012). Si se nos permite expandir la idea, lo que no puede ser puesto siquiera en tensión, son los mecanismos centrales de la reproducción del capitalismo. Así, el espacio de tensiones culturales funciona como fuelle de disputas que configura la protección, siempre en términos de lectura histórica, de los modos de reproducción y los sentidos necesarios para sostenerlos.

Mediante el proceso de tradición selectiva (Williams, [1980] 2012), la biomedicina se ha configurado excluyendo algunas prácticas que fueron parte de su conformación y estableciendo en ese proceso un oposicional claro: la pseudo ciencia⁴⁹. En un proceso dinámico, permanente, que

⁴⁹ Le Breton (2002) analiza la construcción de la figura del “charlatán” como condición necesaria para la reafirmación de la biomedicina en occidente.

se “corrige y ajusta de manera constante” (Williams, [1980] 2012: 60), mantiene su movimiento estratégico de incorporación de prácticas y sentidos residuales y emergentes - sean alternativas u oposición -, tolera, acomoda y reinserta dentro de lo dominante, que lo presenta en toda su complejidad. La medicina integrativa (Rakel, 2007), la incorporación de algunas terapias en el sistema público de salud (Bordes y Saizar, 2014), son referencias de este proceso⁵⁰.

Las terapias alternativas, específicamente la terapia floral que nos ocupa, puede considerarse como expresión de elementos residuales, producto de formaciones sociales previas, y/o emergentes, como creación de nuevos significados. Como plantea Williams ([1980] 2012), no es sencillo realizar las distinciones entre ellas. En ambos casos, y dependiendo de su alcance, importa esclarecer que es incorporado y distinguir aquello que no es incorporado desde el modelo hegemónico. Desde la lectura de prácticas y justificaciones en terapias alternativas, resulta significativo reflexionar sobre la identificación de las fuentes de esas prácticas, en tanto presencia de elementos residuales y/o emergentes; la caracterización como prácticas de oposición y/o de alternativa; y la dinámica de tensiones que se produce, dando cuenta de las ambigüedades y solapamientos que se implican.

El “momento práctico de las experiencias sociales” (Oliszewski, 2012) se desfasa respecto de la institucionalidad hegemónica. Sedimentos de formaciones residuales encuentran vehículo en esa insatisfacción existencial y se abren paso a partir de prácticas en terapias alternativas que luego se amplían, circulan, se difunden y logran en algún momento del proceso tener mayor visibilidad. Según su alcance, su visibilidad social, y sus potencialidades de generar mercancías o reorientaciones en esos intercambios mercantiles, son reapropiadas -incorporadas en términos de Williams- simbólicamente y materialmente por el orden social hegemónico, que nunca agota las prácticas y sentidos en circulación y en tensión. Proceso que entendemos está en estos momentos en desarrollo, sin que podamos anticipar las expresiones de su continuidad.

El reencuentro con la naturaleza que pregonan las terapias alternativas, por ejemplo, vuelve de esos sedimentos, de esos residuos y emerge como una novedad que a la vez se asocia al pasado. Una novedad que emerge y, a su vez, reconfigura sedimentos del pasado, de las lógicas pre científicas, previas a la entronización de la ciencia como el conocimiento dominante/válido de la época. No es que no existieran, se concentraban en círculos más pequeños, no se discutían en los

⁵⁰ Como vimos en 1.3.

grandes medios, no contaban con las audiencias y públicos con que hoy cuentan (Le Breton, 2002). ¿Se trata de la resignificación de las condiciones simbólica/materiales en busca de encontrar sentidos de vida trascendentes o valorizables que permitan soportar el sinsentido, las crisis existenciales, el sufrimiento del sujeto en la actualidad? En cualquier caso, es procesado desde la perspectiva dominante para ser incorporado, generando incluso modificaciones en la institucionalidad hegemónica de la biomedicina, siempre que esas adaptaciones no alteren sus ejes, su centro ni amenacen su condición de hegemónica.

¿Cómo dar cuenta de los sentidos sociales/culturales que, reconocibles y vividos en las prácticas por terapias alternativas, disputan la significación de lo legítimo (Rodríguez, 2008)? Reflexionar en clave de comprensión crítica las significaciones respecto de la salud enfermedad desde la perspectiva de los sujetos que circulan por las terapias alternativas, nos lleva a detectar las modulaciones que asume en estos grupos y aproximar elementos de un pulso de época, en movimiento, que atraviesa parte de la vida social. Sentidos culturales que emergen de manera relativamente fragmentaria, para después procesarse como un conjunto de formas relativamente estables de significación que pueden quedar instituidas como minoritarias o apropiadas desde lo hegemónico, con muchos matices en ese rango de lo instituyente a la apropiación. Ese orden simbólico es materialidad sobre el que intervienen dispositivos en el intento de hacer algo más soportable el malestar contemporáneo.

La dinámica permanente del ejercicio hegemónico, tanto desde el modelo médico en el campo de la salud como desde otras esferas vitales asociadas, configura regulaciones concretas de la experiencia. Los itinerarios terapéuticos por las terapias alternativas resultan una expresión de tales regulaciones de la sensibilidad, en busca de responder al imperativo epocal de la buena salud, del bienestar, de la adaptación requerida por las exigencias socio-culturales del capitalismo actual. Exponen las tensiones, ambivalencias, ambigüedades, en la incorporación de lo hegemónico, “como sistema vivido de significados y valores...experimentados como prácticas” (Williams, [1977] 2009: 132). La noción de estructura de sentimiento intenta captar la articulación de la hegemonía en los sentidos, creencias y principios, tal como son vividos y experimentados por los sujetos.

2.2.2. Tensiones en la regulación de la sensibilidad. Estructuras del sentir desde las prácticas en terapias alternativas

Las prácticas y sus justificaciones, en tanto exponen efectos performativos de los procesos culturales y centralidad de la dimensión socioafectiva, permiten aproximarnos a la cultura como es experimentada, al pulso o espíritu de un momento histórico y contextualizado. Las prácticas y narraciones en los recorridos por las terapias florales, habilitan el acceso a configuraciones de sentido que en los dispositivos institucionales dando sentido a la vida cotidiana. La “deliberada condensación de elementos aparentemente incompatibles” (Hall, 1980) en la noción de estructuras del sentir⁵¹, resulta fructífera para comprender como se vive y se significa una dimensión social relevante, desde la búsqueda de salud y atención de la enfermedad.

La matriz cultural se configura como una estructura que subyace a distintas prácticas, a la totalidad de las prácticas, siendo posible encontrar en ellas elementos que estructuran esferas aparentemente diferentes de la experiencia (Hall, 2017: 62/63). Dimensiones compartidas por distintas prácticas en un mismo momento histórico. al estudiar las prácticas en busca de salud, podemos identificar dimensiones de la matriz que recorre diversidad de instancias, dando forma y contenido a la experiencia. Los sentidos de esta estructuración organizan la cultura del capitalismo contemporáneo. Así, reflexionar por caso, sobre la responsabilización individual por conseguir la salud plena, expone una clave de estructuración de esa matriz, que circula no solo en ese campo.

El espacio emergente de las terapias alternativas si bien expone otros modos de sentir y pensar la salud, distinguible de las formas integradas plenamente a la institucionalidad biomédica, expresa a su vez elementos de la matriz cultural. La propuesta es comprender esas transformaciones en proceso sobre las formaciones culturales, creencias e institucionalidades que tensionan en un momento histórico específico (Williams, [1977] 2009) desde el sentir/pensar expuesto en las prácticas. Lo emergente informa componentes del presente “activo”, en proceso y aun no en “solución”, en la formación con la que articulan las estructuras de la experiencia. Desde las prácticas, desde las significaciones y sentimientos producidos en ellas y a partir de ellas, tratamos de comprender procesos de regulación de la sensibilidad.

⁵¹ Williams utilizó diferentes denominaciones: estructuras del sentir, estructuras de sentimiento y – la más tardía – estructuras de la experiencia, a las que acudiremos indistintamente en este trabajo:.

Evitamos celebrar la emergencia de las terapias alternativas como si se tratara de prácticas y sentidos en pos de transformar el orden social. Tensionan con el modelo médico hegemónico en el campo de la salud y a su vez resultan, al menos parcialmente, funcionales a las esferas económicas y culturales centrales en la producción y reproducción del capitalismo (Cevasco, 2003). El análisis de las experiencias requiere de su reposición en la trama de dispositivos y sujeciones que en buena parte las conforman y habilitan, para tratar de comprender formas emergentes, muchas veces en tensión y rechazo con formas institucionalizadas, con lo hegemónico, que no es posible circunscribir a formaciones previas. La noción de estructura de sentimiento va en busca “de lo que todavía permanece como alternativo, emergente y aún no ha sido articulado sistemáticamente por el proceso social” (Cáceres Riquelme y Herrera Pardo, 2014: 188). Una manera diferente de vivir y pensar la salud y la enfermedad, en la que las estructuras del sentir circulan en los pliegues de lo social y se indagan en la “conciencia práctica” presente, en el sentir y el pensar como una totalidad indivisible que caracteriza grupos sociales.

Prácticas sociales en proceso, aun no cristalizadas, articulan con formaciones emergentes/residuales y es en ese vínculo, entre los motivos que orientan a los sujetos y las formaciones emergentes, dónde pueden captarse aproximaciones a las estructuras del sentir (Sarlo, 1993; Labra, 2014) identificando significaciones comunes en grupos sociales, siempre contextualizados. En tanto experiencias concretas de sujetos en relaciones presentes y dinámicas, pueden exponer un modo particular de comprender y actuar en la vida cotidiana, mostrando cierta congruencia allí, donde visto desde la institucionalidad dominante parece no haberla.

La matriz cultural se expresa estructurando la experiencia, a modo de regulación socio-cultural, sin que ello implique el alcance total de la misma. Estructuraciones de lo que es vivido en un momento histórico, la estructura de la experiencia, expone de modo dinámico las operaciones ideológicas en busca de regulación de la sensibilidad, que a la vez presenta ambivalencias y contradicciones (Boito, 2010). Es el lugar de la tensión constante entre lo articulado, lo institucionalizado, como maneras de organizar las prácticas políticas-económicas- culturales desde lo hegemónico (Cevasco, 2003) y la experiencia vivida (Williams, [1977] 2009). Matriz estructurada por configuraciones subyacentes que, como formas de regulación social de la sensibilidad, circula en esferas aparentemente diferentes, pero que no resulta absoluta, su alcance no es totalizador y se evidencian, entonces, inflexiones, afecciones particulares, contradicciones, mutaciones en compleja relación con la estructuración de clases sociales. Cada “conciencia

práctica de tipo presente, dentro de una continuidad viviente e interrelacionada” se percibe (siente y piensa) atravesada por ambigüedades, alternancias y ambivalencias” (Boito, 2010: 89), exponiendo la tensión entre las prácticas, en el marco del ejercicio permanente de lo hegemónico (con todo lo que porta de estructurante).

La estructura de sentimiento propone eludir la diferenciación entre prácticas, la separación entre la experiencia y la materialidad, evitando aislar la experiencia respecto de la trama que la limita y presiona, eludiendo lecturas que identificarían por una parte lo estructural (base económica) y por otra lo vivencial (superestructural). La apuesta de la estructura de sentimiento es la de integrar la matriz, lo estructural, desde las prácticas, desde como esos significados y valores son vividos y sentidos activamente. Estructura y pensamiento como una unidad, y no estructura contra pensamiento/sentir/sensibilidad o a la inversa.

No sentimiento contra pensamiento, sino pensamiento tal como es sentido y sentimiento tal como es pensado; una conciencia práctica de tipo presente, dentro de una continuidad viviente e interrelacionada (Williams, [1977] 2009: 175).

Entonces ¿Cuándo estamos hablando de estructura de sentimiento? Cuando la matriz cultural se expresa en las prácticas, asumiendo el lugar de la vivencia, de la experiencia, mostrando las tensiones propias de las formas culturales que la atraviesan (dominante/residual/emergente) en las que se pueden advertir las operaciones ideológicas de lo hegemónico. Consideramos a las estructuras de sentimiento (Williams, [1977] 2009) como un conjunto de significaciones y condiciones de existencia tal como son vividas, que dan sentido a la experiencia en un determinado ámbito y momento, haciéndola comunicable y expresando necesariamente las tensiones que circulan en lo social/cultural. Desde la mirada analítica parecen expresar una relativa estabilidad⁵², presentando elementos de lo hegemónico como de formaciones residuales y emergentes, que se imbrican a modo de tensiones y habilitan las ambigüedades de las prácticas culturales específicas como objeto de estudio.

La escurridiza dimensión simbólica de lo cultural, objeto de estudio privilegiado desde lo comunicacional (Loaiza y Solana, 2019), permite asomarnos al pulso de un momento histórico, siempre en lectura situada (Kejner y Monasterio, 2019). Los códigos dominantes (Hall, [1980] 1996) y lo presente como vivencia (Williams, [1977] 2009) se encuentran en esa tensión que las estructuras del sentir hacen posible captar, transitoria y fragmentariamente. Las estructuras del

⁵² Siempre considerándolas en términos de proceso histórico.

sentir, que siempre son producción colectiva (Williams, [1980] 2012), pueden/deben comprenderse en el espacio de las dinámicas de las formaciones culturales, en las tensiones y movimientos entre lo hegemónico y las expresiones residuales y emergentes. Permiten captar la “innegable experiencia del presente...dentro de lo cual podemos discernir y reconocer efectivamente las instituciones” (Williams [1977] 2009:169). Experiencia aún en proceso, asumida en muchas ocasiones en instancias sumergidas, de escasa aparición en lo social/cultural, en transición entre un modo latente y otro de mayor visibilidad pública (Melucci, 1999).

‘Las estructuras del sentir’ son definidas como ‘emergencias’ o ‘preemergencias’ que se van constituyendo no sólo en tensión/en contradicción con otras estructuras del sentir, sino con relación a sí mismas, implicando mecanismos que activan tanto dimensiones anteriores de sentir, como expresiones genuinamente creativas de lo nuevo. ‘Estructura del sentir’/‘estructura de experiencia’ son construcciones que permiten dar cuenta de las formas de regulación social de ‘aquello que afecta’ y los ‘modos de afectación’ en el espacio/tiempo de la ‘experiencia viviente’ (Boito, 2010: 90).

En tanto conciencia práctica, expresa lo que se vive y no solo su representación, dando cuenta de la materialidad que la conforma. “Es un tipo de sentimiento y pensamiento efectivamente social y material” (Williams, [1977] 2009:173). En este sentido comprendemos lo subjetivo, como presente y movimiento, que condensa lo institucional y material que lo atraviesa y, parcialmente lo configura, intentando eludir, al menos en su formulación, las oposiciones experiencia-creencia, subjetivo-objetivo, práctica-representación y sentimiento-reflexión. Las prácticas en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad, permiten el acceso a formas de regulación de la experiencia, en el reconocimiento de formas hegemónicas como en la expresión de ambivalencias, ambigüedades y tensiones.

Somos conscientes de los riesgos en el uso de la noción de estructura del sentir. Tanto conceptuales como metodológicos, si es que pudieran escindirse. Aún en su posible amplitud o falta de especificidad, de su uso en muchas ocasiones ensayístico, quisiéramos recuperar su potencialidad para comprender las significaciones de las prácticas y su articulación con dinámicas socioculturales de mayor amplitud. A partir de las prácticas y de la justificación de las mismas, se pueden reconstruir dimensiones de las estructuras del sentir. Postulamos esas estructuras comunicables de modo analítico a partir de la identificación del haz de dimensiones que las configuran, especialmente aquellas de mayor significación. Las prácticas informan cómo se actúa, se siente, se vive determinada esfera de lo cotidiano, en la misma operación que dan cuenta de las significaciones que atraviesan lo social con mayor o menor alcance.

Las modificaciones en las estructuras de la experiencia, siempre en proceso, advierten de tensiones en lo social⁵³, que intentan ser apropiadas por lo hegemónico lo que deviene en su institucionalización. Las tensiones en ese proceso de posible incorporación son atravesadas por las instancias de mercantilización de actividades y productos, lo que suele incluso anticipar la apropiación institucional. La noción de estructuras del sentir, a modo de hipótesis cultural como la denominó Williams (2009 [1977]), busca comprender la emergencia de modos de sentir y pensar en tensión con sentimientos y pensamientos plenamente articulados a lo institucional (Poliszuk, 2017).

Intenta así caracterizar tensiones, elementos que resultan “contradictorios, conflictivos y mezclados” (Sarlo, 1993), pertinentes en relación a las prácticas que hacemos objeto de análisis en este trabajo. En los modos de adhesión a la terapia floral, en los sentidos configurados como principios de la creencia, se solapan significaciones con mayor o menor elaboración, circulantes en diferentes registros desde la vida cotidiana a alguna mínima inserción institucional. Configuración de una trama poblada de ambigüedades y ambivalencias, en que las inflexiones y matices que imprimen las redes de interacción en espacios de sociabilidad son tan significativas “como las convenciones establecidas” (Sarlo, 1993).

Implica comprender las prácticas como una actividad procesual atendiendo nuevos matices aun no materializados, evitando su consideración como un producto fijo, acabado, estanco o cerrado. “Significados y valores tal como son vividos y sentidos activamente” en su relación entre sí y con las “creencias sistemáticas o formales”, a modo de tensiones variables, que se expresan en un rango que va desde el acuerdo formal con “una disensión privada, hasta la interacción más matizada existente entre las creencias seleccionadas e interpretadas y las experiencias efectuadas y justificadas” (Williams, [1977] 2009: 175). Una estructura en términos de relaciones específicas, articuladas y a la vez en tensión, que es proceso, y que expresa características de lo emergente/residual como de lo hegemónico (Williams, [1977] 2009). En asociación con espacios de sociabilidad que las habilitan se movilizan sentidos diferenciales de los modos dominantes de pensar la salud, a la vez que se configuran en tensión en sí mismas y con esos modos hegemónicos,

⁵³ Williams utiliza la noción de estructuras del sentir en clara referencia a procesos de transformación social leídos desde la conflictividad entre clases sociales. Aun cuando advierte la posibilidad de que estos procesos se den al interior de clases y grupos sociales específicos. Si bien conectamos estas tensiones entre formas culturales en la trama de los sentidos que se integran al nuevo espíritu del capitalismo, y a su reproducción, podría ser una continuidad de nuestro trabajo reconocer y enfatizar el análisis de los atravesamientos de clase social en la temática.

exponiendo dimensiones de una estructura de sentimiento que organiza parte de la experiencia de estos grupos sociales.

Cuando Williams refiere a “lo inalienablemente físico” presente en las estructuras del sentir ([1977] 2009: 169), nos lleva al análisis de aquello hecho cuerpo, no reflexivo o pre-reflexivo, inescindible de la experiencia. Los ajustes/desajustes producidos en las biografías a partir del enfermar, del padecer, se presentan como una ruptura, un momento liminal (a modo del “disturbio” a que alude Williams) en los que se inician las transformaciones en los itinerarios terapéuticos.

Expresada en el cuerpo, la estructura de la experiencia presenta una dimensión no reflexiva, incorporada en el reconocimiento de lo hegemónico naturalizándose. Proceso que inicia biográficamente en la socialización inicial que, como plantea Williams, es un tipo específico y muy significativo de incorporación de lo hegemónico. Los aprendizajes necesarios y compartidos por las sociedades en un período histórico, se vinculan a un conjunto selectivo de significaciones y prácticas, configuradoras de los valores centrales de lo hegemónico (Williams [1980] 2012). La incorporación a través del paso inicial por la biomedicina, configura una estructuración inicial ineludible en el campo. Pero el proceso, congruentemente con lo expuesto previamente, no es monolítico ni homogéneo.

Ahora bien, ¿cómo comprender las adhesiones diferenciales a las terapias alternativas en grupos sociales afines? ¿cómo indagar la presencia de lo incorporado en la estructura de la experiencia a partir de la socialización? ¿de qué modo se pueden reconocer las posibilidades de la apertura a recorrer otras prácticas? ¿qué elementos biográficos permiten descubrir la posibilidad - o no- de esas aperturas en la experiencia? Para aproximar algunas respuestas recurrimos complementariamente a la noción de disposiciones incorporadas, propuesta por Lahire (2004), de modo de comprender las cercanías y diferencias registradas a partir de las articulaciones biográficas. Procuramos no alejarnos del eje conceptual de nuestro trabajo y no pretendemos agotar la reflexión sobre la incorporación de disposiciones, toda vez que no orientamos la tarea de campo con ese objetivo. Nos permitimos sí, realizar una aproximación analítica a un aspecto significativo surgido en el material empírico y que nos llevó a indagar los modos en que se incorpora lo hegemónico como las posibilidades de afecciones diferenciales en el cuidado de la salud y atención del padecer.

2.2.3. La articulación biográfica como dimensión de análisis de las experiencias⁵⁴

Para comprender las prácticas y significaciones configuradas en busca de la salud, se presenta necesario considerar la multidimensionalidad implicada en ellas: la trama cultural en disputa, los recorridos y sentidos del hacer/sentir, las articulaciones biográficas como pasado incorporado y las redes de sociabilidad como mediaciones que las acompañan y sostienen. Los grupos y sujetos presentan modulaciones e inflexiones posibles de recuperar a partir de las trayectorias - evitando lecturas homogeneizadoras de la experiencia⁵⁵ - como huellas del proceso social/cultural del que forman parte, que a su vez les impone límites y condiciones.

En el contexto conceptual inicial, lo pre-reflexivo, las disposiciones incorporadas, se mantenía como alerta de posibilidad más que como una dimensión de análisis asumida. La tarea de campo, en la indagación de trayectorias de usuarios y terapeutas, nos devolvió la necesidad de dar cuenta de esta dimensión, ante las situaciones de ajuste/desajuste encarnadas en el padecer, en la situación de enfermedad, recuperando aquello que asoma del pasado incorporado, para auxiliar en la comprensión de las prácticas analizadas. Sin asumir la perspectiva general que acompaña la noción ni desviarnos de la trama conceptual expuesta hasta aquí. La tarea de reflexión sobre las entrevistas, por tanto, no agota las posibilidades ni el alcance del análisis sobre lo disposicional. En nuestro caso, el uso de la noción resulta complementaria, para profundizar un aspecto significativo, como lo es el pasado incorporado.

Caracterizar disposiciones o “esquemas de acción interiorizados” (Lahire, 2004: 47) hasta dónde nuestra tarea de campo lo permite, implica reponer los puntos significativos de las trayectorias que ayudan a comprender la dinámica de las prácticas en estudio. Sujetos con posiciones sociales cercanas pueden adherir en más o en menos a estas terapéuticas o despreciarlas por completo. ¿Por qué se registran modulaciones diferenciales en grupos sociales afines? ¿Por qué algunos sujetos recorren las terapias alternativas y otros no? ¿Por qué se diferencian las adhesiones a la terapia floral y el compromiso con su cosmovisión? ¿Por qué hemos encontrado ausencia de palabras y reflexión al momento de narrar la experiencia? ¿Qué nos dicen esas

⁵⁴ Utilizamos la referencia a la *articulación biográfica* propuesta por Schütz (1973) para referir disposiciones incorporadas que se activan y resignifican en el encuentro con situaciones de desencuadre/desajuste (padecer/enfermar), aún cuando no asumamos las lecturas fenomenológicas en el tema.

⁵⁵ Como analizaremos en 6.1. se pueden advertir diferencias significativas en el rango de adhesiones a los sentidos que proponen las terapias alternativas.

trayectorias de predisposiciones previas a la práctica? ¿Cuánto y cómo las biografías exponen aspectos comprensivos de esas prácticas? Sin considerarla factor excluyente de explicación ni eje central de nuestra tesis, analizamos los esquemas de acción incorporados⁵⁶ desde las trayectorias de los sujetos. Dimensión inseparable de las experiencias y de la gradación de los compromisos asumidos con la cosmovisión de las terapias alternativas, así como de la construcción de sentidos en ese proceso.

Analizamos el aspecto prerreflexivo de las prácticas, desde la idea de esquemas disposicionales propuestos por Lahire⁵⁷. En tanto criterios orientadores de la práctica, son incorporados por los sujetos en instancias de socialización, diversas y heterogéneas, aun en el marco del ejercicio de lo hegemónico. Los repertorios incorporados y disponibles, permiten identificar el “sentido de su uso... la pertinencia contextual relativa de su puesta en práctica” (Lahire, 2004: 55). Aprendemos que aquello pertinente y posible en un espacio de prácticas no opera de igual modo en otro. Las disposiciones incorporadas son predisposiciones a partir de las que pensamos y actuamos, “esquemas de acción” fragmentarios que componen un conjunto de “repertorios” diversos, producto de procesos de socialización que no resultan homogéneos ni lineales (Lahire, 2004).

Como expusimos, lo hegemónico no es singular y mantiene una dinámica permanente de apropiación y negociación con formaciones culturales residuales/emergentes, configurándose en esos procesos la composición del conjunto de disposiciones disponibles, luego activadas, o no, según la situación. La incorporación de lo disposicional, implica para Lahire, que la socialización pasa por el cuerpo, por lo propiamente físico en la lectura de Williams. La estructuración de lo disposicional, expresa a su vez las posibilidades y los límites en las prácticas, que nosotros comprendemos en clave de la estructura de la experiencia.

⁵⁶ En el contexto conceptual inicial, lo pre-reflexivo, las disposiciones incorporadas, se mantenía como alerta de posibilidad más que como una dimensión de análisis asumida. La tarea de campo, en la indagación de trayectorias de usuarios y terapeutas, nos devolvió la necesidad de dar cuenta de esta dimensión, ante las situaciones de ajuste/desajuste encarnadas en el padecer, recuperando aquello que asoma del pasado incorporado, para auxiliar en la comprensión de las prácticas analizadas. La tarea de reflexión sobre las entrevistas, no agota las posibilidades ni el alcance del análisis sobre lo disposicional. De hecho, alguna tesis podría centrarse exclusivamente en ello. En nuestro caso, el uso de la noción resulta complementaria, para profundizar un aspecto significativo, como lo es el pasado incorporado.

⁵⁷ Los aportes de Lahire deben comprenderse en el diálogo, no siempre armonioso, con el programa teórico de Pierre Bourdieu. En este punto, especialmente en relación a la idea de habitus. Trabajamos sobre la propuesta de Lahire, concientes de los nexos que lo articulan con el pensamiento bourdiano, sin asumir sus perspectivas de manera integral. Intentamos un uso de la noción de las disposiciones exclusivamente complementario y auxiliar de nuestra posición de análisis sobre las prácticas.

Las disposiciones exponen el conocimiento “prerreflexivo práctico” (Cristiano, 2017: 82), y procuramos comprenderlas como expresión del mundo cultural del que surgen y en el que son posibles, a modo de esquemas interpretativos que posibilitan y orientan las prácticas en situaciones concretas. A modo de repertorios de acción incorporados, fundamentalmente a través del proceso de socialización, en el campo de la salud opera desde el acompañamiento familiar y la institucionalidad en que atendemos la salud y cuidamos la enfermedad desde el nacimiento. Algo de esos repertorios es selectivamente activado, a partir del encuentro con lo situacional. En nuestro caso, la situacionalidad se dinamiza desde el momento de desajuste que provoca el padecer, la enfermedad, como en el encuentro con redes de sociabilidad que habilitan y sostienen la activación disposicional.

La socialización se produce en el paso del sujeto por diversidad de mundos no homogéneos, incorporando esquemas de acción plurales, incluso contradictorios, a partir de experiencias distintas en el recorrido por “contextos múltiples y heterogéneos” (Lahire, 2004: 47). Podemos conectar con la idea de Hall respecto de identificaciones cambiantes, del rechazo a la unicidad de lo identitario y de homogeneidad de las prácticas, al considerarlas resultado de “la confluencia y contraposición de las diferentes locaciones sociales” de las que formamos parte (Hall, [1980] 1996). Somos portadores entonces de cierta variedad de posibilidades de acción y sentidos, aun en el reconocimiento de lo hegemónico como dominante en el proceso.

Inmersos en diversidad de grupos heterogéneos y cambiantes, nuestras experiencias de socialización recorrieron mundos diferentes y hasta contradictorios, nuestras adhesiones prácticas y de sentido no son fijas ni inmutables, por lo que las ambigüedades y ambivalencias de las experiencias no pueden verse como incoherencias, resultan esperables, en tanto producto de trayectorias circulantes sin homogeneidad. No proponemos una fragmentación absoluta y continua al infinito. Sí la necesidad de considerar la pluralidad y ambivalencia de las prácticas como característica intrínseca, descartando su homogeneidad (Williams [1977] 2009; Hall, 2017). Definidas no solo ni en lo fundamental por las disposiciones incorporadas, en tanto son expresión de: las condiciones concretas en que operan, la situación que activa tales disposiciones, las redes de interacción que la sostienen, y las tensiones y sentidos culturales en circulación contextualizada que las hacen posible. A partir del esquema propuesto, recuperamos el lugar de presión y ejercicio de límites desde la institucionalidad del modelo médico como de la matriz cultural en términos más amplios.

Procuramos reponer los momentos en que las prácticas por la terapia floral exponen articulaciones biográficas, para comprender la inmersión en el mundo de las terapias alternativas y la diversidad de modos de adhesión a su plataforma simbólica. Como instancia procesual, entendemos el pasado incorporado necesario para comprender prácticas y sentidos configuradas en ellas, en directa relación con la situación en el presente que las habilita. “Los elementos y la configuración de la situación presente tienen un peso fundamental en el engendramiento de las prácticas” (Lahire, 2004: 79).

Habilitar lo incorporado ante un momento específico y a partir de la interacción con otros que informan, recomiendan y acompañan en el espacio de las terapias florales, moviliza “archivos del pasado” (Lahire, 2004: 109), no necesariamente de manera reflexiva. En palabras de Lahire, resulta “tan absurdo presuponer que los actores nunca son estratégicos como proponer que todos lo son y siempre” (Lahire, 2004: 213). Podemos encontrar en la activación de esos esquemas, modos con conciencia de esa movilización y modos pre-reflexivos, que podrían suponer una conciencia práctica con cierta continuidad entre algunos grupos sociales (Williams, [1980] 2012).

La reflexión sobre las prácticas queda inconclusa o aplanada, homogeneizada en exceso, si no damos cuenta al menos parcialmente de las articulaciones biográficas y su encuentro con situaciones específicas que las habilitan. En las articulaciones biográficas un punto clave son las búsquedas de los sujetos para dar respuesta a crisis vitales de desajuste provocadas por el padecer, momentos liminales de desencuadre, como los denominaría Goffman ([1975] 2006). La experiencia del enfermar, del sufrir, obturada como expresión desde el imperativo epocal que nos conduce a estar bien todo el tiempo, habilita las transformaciones en los itinerarios terapéuticos desde el conjunto de disposiciones incorporadas. La diversidad de instancias de socialización, recordamos no homogéneas, permitirá, al menos como hipótesis, mayor repertorio de posibilidades en el stock de disposiciones disponibles para su activación (Lahire, 2004).

La situación se define por desajustes o desencuadres biográficos, en nuestro trabajo identificables en el momento de enfermar, en el encuentro con mediaciones relacionales, en una trama de tensiones culturales sobre sentidos circulantes. Los ámbitos del modelo médico hegemónico como de las terapias alternativas, no presentan fronteras nítidas ni excluyentes, y forman parte de los ajustes (y desajustes) a implementar en cada ocasión. Los momentos de alteraciones biográficas, habilitan el inicio del recorrido por las terapias alternativas, a modo de desfasaje, de desencuadre, en tanto se realiza en la clave de un tipo de prácticas, que no contienen

la experiencia. Si “las situaciones sociales en que vivimos son los verdaderos activadores de los repertorios de esquemas incorporados” (Lahire, 2004: 89), y si definimos a esas situaciones sociales como expresiones de tensiones culturales, destacando el lugar de los espacios de sociabilidad que interaccionan, podemos comprender el peso que la trama contextual del presente imprime en las prácticas. Desde ello, el sentido político que atraviesa las mismas.

La activación de disposiciones puede surgir de una situación de enfermedad o momentos del ciclo vital que generan un desajuste personal significativo, del desfase con experiencias en la biomedicina como de la participación en grupos sociales que tensionan modelos institucionales hegemónicos en determinados grupos sociales. Se produce algún desajuste, momento del ciclo vital en encuentro con micro situación social, como lo llama Lahire, y las redes de sociabilidad (Becker, 2008) habilitan desde la información, el acompañamiento y fundamentalmente, la asignación de confianza y validez en el mundo de las terapias alternativas. La situación como parte constitutiva de la lógica práctica, deja entonces de estar comprendida como una doxa previa a la misma práctica.

Las disposiciones incorporadas dan cuenta de procesos de socialización, atravesados por significados circulantes en las tensiones del espacio social/cultural, articulando la puesta en juego del conocimiento práctico de los sujetos en tramas de acción prefiguradas en enlace con los códigos interpretativos disponibles. La propuesta es pensar lo disposicional en procesos de emergencia articulados desde redes de interacción social, sostenidas y limitadas, habilitadas y restringidas, en la trama sociocultural de mayor alcance. Las redes y espacios de sociabilidad completan el esquema multidimensional que proponemos para analizar las prácticas.

2.2.4. Mediaciones relacionales en la circulación de prácticas por terapias alternativas

De las dimensiones propuestas para comprender las prácticas, desarrollamos aquí la noción de las redes de sociabilidad como mediaciones situacionales específicas, que sostienen los recorridos terapéuticos y en las que se configuran los sentidos que validan la experiencia en el paso por las terapias alternativas. Como expusimos, las prácticas no se desenvuelven en el vacío, ni se pueden reducir a instancias puramente reflexivas o elecciones racionales sobre la base de una total libertad, inexistente. Tampoco, resultan reductibles a lo pre-reflexivo, a modo de disposiciones

relativamente homogéneas e incorporadas previamente. Ni se producen en la configuración de mundos homogéneos con fronteras nítidas y excluyentes respecto de otros mundos, en nuestro caso el de las terapias alternativas.

Las prácticas de los sujetos se comprenden en una trama cultural, en un conjunto de significaciones posibles, atravesadas por las disputas entre formas culturales, que mucho nos dice de ellas, aunque no es suficiente para explicarlas. Es necesario recuperar los trayectos de los sujetos, incluyendo la incorporación de una variedad limitada de disposiciones, activadas situacionalmente. En esa situacionalidad resultan determinantes las redes de interacción social, a modo de mediaciones significativas, articuladoras de prácticas en la trama cultural, haciéndolas posible y configurando sentidos colectivos. Las redes de socialidad cercana componen los modos de interacción y comunicación cotidianas, y exponen en lo micro social, sentidos de una socialidad de mayor amplitud (Díaz Larrañaga, Grassi y Mainini, 2011).

Las prácticas producen sentidos y articulan a sentidos circulantes. Producen sentidos y son condicionadas por sentidos producidos, a través de zonas de sociabilidad y redes sociales de interacción. Por tanto, las mediaciones, vistas especialmente desde esos espacios de sociabilidad, desde redes de interacción social con mayor o menor visibilidad pública, se configuran en interacción con otros cercanos, que a su vez permiten identificar parcialmente componentes de circuitos de las terapias alternativas, encontrando actividades, lugares y sujetos con función mediadora relevante en lo local. Las mediaciones relacionales entonces devendrán procesos estructurantes (Gámez Torres, 2007) que se producen en la interrelación de sujetos, prácticas, instituciones y procesos sociales con distinto alcance. De modo que cuestiones culturales amplias de alcance en diversos espacios de lo social, encarnan en situaciones de mayor especificidad.

La complejidad de la noción surge del enlace entre los límites y condicionamientos que se establecen desde la institucionalidad como de las posibilidades de formas emergentes/residuales articuladas con ella, produciendo movimiento tanto en unas como en otras. Analizar procesos mediadores requiere enfocar articulaciones particulares en espacios de sociabilidad específicos que muestran los sentidos generados en ese proceso. De estas mediaciones dependen parcialmente las exploraciones terapéuticas, comprendiendo lo comunicacional como dimensión constitutiva de esos sentidos.

Asistir al sistema biomédico, ante situaciones de enfermedad o para prevenirlas, se concreta desde diversas instancias institucionales entrelazadas. Acudimos habitualmente al modelo

regulado legalmente que se asocia con otros ámbitos que lo requieren, como el escolar o el laboral. La pregunta de por qué acudimos a la biomedicina probablemente no resonaría de un modo especial, en el marco de cierta obviedad, como ocurriría con la escolarización, en tanto institucionalidades que dominan el campo y son naturalizadas. Pero, ¿cómo y por qué algunos grupos acuden a otro tipo de terapias con búsquedas similares? En este punto destacamos el lugar significativo de las redes de interacción social, en tanto constructoras de esas prácticas.

Resolver asistir a una terapia alternativa, es una decisión que parece involucrar un momento en un proceso social, a partir de los sentidos circulantes en disputa o complementariedad en la caracterización del significado y la acción para cuidar la salud, aquí analizada en su dimensión relacional (Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013). Se configura a partir de espacios de sociabilidad cercanos, que no solo informan muchas veces de la existencia de la terapia, sino que motivan a su asistencia, asignan elementos de validación y confianza a partir de la experiencia propia. Los espacios de sociabilidad expresan, al menos en lo local, claras referencias de grupos que comparten o presentan cercanía física y social, como significaciones desde lo cultural. Los grupos sociales presentan afinidades en cuanto a sentidos compartidos y a su lugar social, haciendo presente la sombra de clase social sobre las prácticas (Hall y Jefferson, [1975] 2006).

Compartir tales significaciones no los vuelve luego un mundo en sí mismo, con delimitaciones precisas y límites claros con otros mundos. Proponemos pensar las prácticas como interacciones e interpenetración entre diversidad de prácticas (Hall, 1980a evitando establecer mundos, redes y grupos como cerrados y homogéneos en sí mismos. Conectar con el circuito de las terapias alternativas e incluso compartir poco o mucho de elementos de su cosmovisión, no implica “una adhesión privilegiada o exclusiva” (Aliano y Moguillansky, 2017), en tanto se realiza en asociación, articulación, solapamiento, con otras prácticas. No se trata solamente de sujetos en interacción. No solo se define asistir a una terapia alternativa por vínculos entre sujetos, tampoco se resuelve solo por disposiciones prereflexivas en términos de posiciones y capitales acumulados en un campo, tampoco exclusivamente por institucionalidades hegemónicas que estructuran los sentidos dominantes. Se conectan predisposiciones, activadas en interacciones específicas, en los límites y posibilidades que ejercen las formas culturales (hegemónicas – residuales/emergentes) a partir del lugar significativo de las redes de sociabilidad.

Así, parte de las motivaciones y orientaciones de las prácticas se pueden encontrar en la mediación relacional de las interacciones próximas. Las interacciones cercanas y significativas se

presentan como “un elemento clave” en la articulación y activación de estas dimensiones. Así, las redes de sociabilidad “no son secundarias en la comprensión de las prácticas. Al contrario, se trata de instancias significativas, en parte definitorias de esas prácticas y como tal, un espacio que la Comunicación puede sostener como dimensión clave en sus indagaciones” (Aliano y Mognillansky, 2017: 111).

Los sujetos asisten, circulan y adhieren en mayor o menor grado a las terapias alternativas, a través de prácticas que se imbrican en redes de sociabilidad, que asesoran, asisten, recomiendan, dan confianza, habilitan esa instancia terapéutica como un modo creíble de responder a las búsquedas de salud (Freidín, et. al., 2013). Resulta clave el momento de la mediación relacional operando como un anclaje que fundamenta, contiene y sostiene esas prácticas y los sentidos que se configuran en ellas. Si omitiéramos el espacio de lo disposicional y de los vínculos de cercanía en el proceso, perderíamos dimensiones relevantes para comprender porque sujetos que comparten posiciones afines cultural y socialmente, exploran diversidad de experiencias y adhieren diferencialmente a los sentidos construidos. La estructuración de la experiencia es una resultante compleja de esta multidimensionalidad, con elementos de mayor estabilidad y aspectos más dinámicos.

Las mediaciones relacionales se incorporan como una dimensión necesaria y significativa para comprender las prácticas como los grados de adhesión de lo sujetos. Reflexionamos las prácticas en lo que movilizan de las biografías de los sujetos, como en las vinculaciones sociales que las habilitan y sostienen “en una confluencia de experiencias, sociabilidades y repertorios que se conectan” (Aliano y Mognillansky, 2017). Se llega a la terapia floral, circulante por fuera de reconocimientos legales e institucionales desde esos espacios de sociabilidad, desde esos vínculos cercanos que, en el encuentro con alguna situación de desajuste provocada por el padecer y de insatisfacción más o menos contundente con las experiencias en el modelo biomédico, las informa y valida.

Así, la construcción de sentidos respecto de la salud y la enfermedad se genera y circula en espacios de sociabilidad (Becker, 2008) del mundo de fronteras porosas de las terapias alternativas, que se concretan atravesados por las tensiones con los límites y condicionamientos establecidos por los marcos institucionales y discursivos hegemónicos. En ese espacio se interactúa, se conforman redes de interacción social, se construyen y sostienen sentidos que en parte establecen aquello que forma parte de lo alternativo, con límites siempre difusos y no excluyentes de la

realización de otras prácticas terapéuticas. Esos sentidos se configuran con flexibilidad, y aun cuando puedan reconocerse procesos que intentan estandarizarlos, no se presentan en términos de rigidez o inmutabilidad, ni configuran un espacio de autonomía (Becker, 2008), en tanto se integran en la trama social y cultural a la que venimos aludiendo como necesaria para comprender las prácticas y los sentidos que circulan por terapias alternativas.

Lo experimentado en las primeras experiencias de atención de la salud/enfermedad por la biomedicina genera el marco desde el que se considera la salud/enfermedad y las actividades asociadas a ellas. Con mayor o menor grado de insatisfacción para con el modelo médico y ante situaciones que impactan como desajuste (Lahire, 2004) respecto de las vivencias previas, y siempre que vínculos cercanos lo conecten, los sujetos experimentan otros modos de responder a las búsquedas en salud desde las que transforman el modo de comprender y actuar la salud y la enfermedad.

Las redes de sociabilidad participan de manera relevante en las decisiones de los sujetos como en la difusión y asignación de verosimilitud de las terapias alternativas, para sectores cada vez más amplios en lo social. Las prácticas y los sentidos que se construyen y a la vez las justifican circulan y se anudan en redes sociales que comparten significaciones emergentes e intentan difundir otros modos de comprender y actuar la salud y la enfermedad, promoviendo la validez en la creencia (Good, 2003). Los sujetos construyen sentidos que no resultan lineales ni exentos de tensiones.

La biomedicina se encuentra entre las instituciones normativas que resultan mediadoras de procesos socio-culturales (Serrano, [1978] 2008), como instancia de articulación entre los sujetos, el mundo del trabajo y la reproducción, y las búsquedas de salud, de conservación de la vida. A diferencia de la biomedicina, campo fuertemente institucionalizado, el espacio de las terapias alternativas se presenta fragmentado, con diversidad de ofertas y muy bajo alcance de institucionalización. Por lo que reflexionar desde las nociones de espacios y redes de sociabilidad permite abordarlo en su dinámica difusa, incipiente y evasiva.

El momento de la circulación (Hall, [1980] 1996) nos lleva a enfocar la trama desenvuelta a través de las interacciones y los procesos de intercambio, entre la urdimbre de las condiciones institucionales –históricas, sociales, situadas- en que se producen esos procesos. Procesos comunicacionales, relacionales y de intercambio de sentidos, a partir de los que se configuran circuitos reflexionados desde lo comunicacional, en tanto relación y fundamento de la interacción. Producto de un proceso colectivo, nunca individual o aislado, que se constituye a partir de la

interacción reiterada con quienes se construyen dimensiones simbólicas compartidas en el espacio de los condicionamientos y pliegues configurados por la institucionalidad.

Las redes de interacción conforman instancias relevantes para comprender las prácticas, para acceder a los sentidos circulantes y que las justifican. Estas redes sostienen la articulación entre sujetos y grupos, exponiendo instancias y momentos con distinto grado de visibilidad. El movimiento entre los polos de latencia y visibilidad, siempre inserto e identificable en un proceso de mayor alcance temporal (Melucci, 1999), resulta apropiado para reflexionar respecto de la redes y circuitos en terapias alternativas, como ha sido explorado en relación al movimiento New Age (Carozzi, 1999, 2000). Las redes presentan un circuito “sumergido” en que se exploran modos de organizar la experiencia y se ponen en juego otros códigos culturales (Melucci, 1999; Carozzi, 1999, 2000) respecto de los hegemónicos.

El circuito del mundo terapéutico alternativo, como espacio de relaciones, como ámbito de vínculos y prácticas, produce una configuración no contigua (Magnani, 2014) en el espacio de sociabilidad (Becker, 2008) de las terapias alternativas que puede recomponerse a través de la trayectoria de los sujetos en la realización de algunas de sus prácticas como de actividades en común. El circuito permite identificar puntos nodales de articulación (De la Torre, 2014) en lo local, expresión de un segmento formando parte de un conjunto más amplio del circuito, de alcance global como hemos visto (1.4) en el que son posibles otras relaciones con otros sujetos, más allá de la frontera restringida de cada recorte. Ese recorte establece un criterio/grado de pertinencia para considerar a ese punto o ese trayecto como parte del circuito. Desde otra perspectiva puede no serlo o formar parte de otros circuitos, por lo que éste no se encuentra dado de antemano.

El circuito de las terapias alternativas incluye diversidad de sujetos, de espacios, de prácticas y de tiempos de realización, en el que podemos identificar núcleos organizacionales, sujetos y actividades de mayor centralidad, a amplios grupos de usuarios con gradación diferencial respecto del compromiso con la perspectiva de las terapias alternativas. Cartografiamos una red en lo local, parte de otras redes y depende del nivel de análisis el alcance asignado a esa trama vincular de sujetos, actividades, espacios y sentidos.

Reflexionamos lo local como impronta que conlleva modulaciones particulares a los espacios de sociabilidad como a las prácticas. El nivel de lo local se mantiene abierto en sus articulaciones, con lo nacional, regional y global (Reguillo, 2004). Se identifica un posible aporte al reflexionar sobre las prácticas en territorios afines, caracterizadas de modo diferencial a los espacios de

centralidad en nuestro país. Siempre que lo local se piense desde una caracterización específica y no se reduzca al estudio *en* lo local. Pensar desde lo local remite a la impronta que la cercanía física y social imprime sobre prácticas y circuitos cuya circulación excede lo local y entrama en ella.

Lo local (Martínez, 2013), en la condición de periferia extra céntrica del norte de la Patagonia en un país latinoamericano, en el marco del capitalismo contemporáneo, acompaña la búsqueda de comprensión situada de las reflexiones propuestas. El diálogo intertextual implicado hasta aquí, se revisa y especifica a partir de la intencionalidad mencionada, al dar cuenta de las particularidades que la cercanía física y social imprime en ámbitos como el estudiado, sin por ello perder de vista el plano global (Reguillo, 2004). En esa lectura proponemos recuperar las dimensiones de lo local como aporte para pensar la particularidad, pero, más que ello, para reflexionar sobre contextos similares y evitar el riesgo de asumir pretendidas lecturas universalistas que opacan análisis posibles para comprender las tramas locales.

Buena parte del estado del arte como de la construcción conceptual se funda en trabajos pensados y realizados en contextos de las grandes metrópolis de los países referentes del norte occidental. Con pretensiones, más o menos explícitas, de universalidad. En general en diálogo con estos trabajos, se siguen estudios y aportes conceptuales de Latinoamérica y de nuestro país que se construyen desde los grandes centros urbanos, desde la centralidad en la periferia. Quienes estudian contextos de mayor afinidad con el expuesto en esta tesis, suelen enfocarse en lo tradicional, lo folklórico o lo nativo en términos de extrañeza, de profunda otredad con las representaciones y prácticas de la salud autorizada (Idoyaga Molina, 2005; Olizewski, 2012).

Queda claro la relevancia de los contextos para comprender al menos algunas de las modulaciones específicas de procesos que poseen un alcance mayor. No reducimos la comprensión de las prácticas a una especie de particularismo que las dotaría de características exclusivas. Se trata de prácticas y sentidos que atraviesan y se producen en todo el mundo occidental, no lo perdemos de vista y forma parte de nuestro análisis. Queremos destacar, sí, la especificidad de los ámbitos locales, eludiendo la asimilación de pretendidas universalidades a referencias céntricas, nacionales y de fuera del país.

Nos interesa asumir un punto de vista que destaque las condiciones y experiencias de lo local. En la articulación con esos trabajos de referencia como con los aportes conceptuales propuestos, considerando siempre la diferencia de contextos y de interpretaciones impresas por el ámbito

elegido. Identificar así las modulaciones, las variaciones sobre las prácticas en el cuidado de la salud/atención de la enfermedad que surgen y/o se comprenden desde la cercanía física y social de ámbitos locales como el hecho objeto de estudio.

Lo local queda definido por la caracterización de dimensiones que atraviesan la multidimensionalidad de las prácticas. La cercanía física y social, la interacción cotidiana con recurrencias en ámbitos diversos, las referencias a un control social más próximo, los ritmos de vida y la alusión a una “naturaleza” también próxima, imprimen algo más que matices, que no debemos soslayar. Aquí reside un posible aporte diferencial de nuestra tesis. Las modulaciones en lo local deben recuperarse, como todas las dimensiones de las prácticas en análisis, en la trama cultural que las contiene, limita, habilita y tensiona. Esa trama no es mero contexto en que las prácticas se realizan. Es parte constitutiva de las mismas y sin la cual –postulamos– esas prácticas no se pueden comprender.

En la convicción de la necesaria integración de las decisiones metodológicas a la perspectiva conceptual que configura la construcción de la situación en estudio, aun a riesgo del posible cambio de registro narrativo por la dinámica de los componentes del capítulo, incluimos a continuación una síntesis de las decisiones metodológicas implementadas para construir la información fundante de los análisis y reflexiones que recorren los capítulos posteriores.

2.3. Diseño e implementación de las decisiones metodológicas

Las terapias alternativas en nuestro país no se encuentran reguladas, ni existe información sistemática de organismos públicos o privados que permitan conocer datos básicos como la cantidad de terapeutas, su formación, el número de consultantes, datos demográficos de los usuarios o los motivos de consultas (como vimos en 1.4.). Así, la reconstrucción del circuito de lo alternativo en lo local resultó tarea propia y siempre imprecisa. Recurrimos al conocimiento personal de terapeutas y usuarios, la presentación de otros a partir de los primeros contactos y la búsqueda a través de las redes sociales virtuales, especialmente Facebook. Pero resultó fundamental la participación en instancias colectivas de difusión de las terapias alternativas en la localidad, para diversificar lo más ampliamente posible el cuerpo empírico del trabajo y abrirnos un campo hasta ese momento desconocido.

Implementamos una estrategia metodológica cualitativa, basada en observación participante en las ferias y jornadas, y especialmente a través de entrevistas en profundidad con usuarios y especialistas en terapia floral de la ciudad de General Roca (Fiske Menuco). El proceso metodológico desarrollado (2014-2018) articuló dinámica y necesariamente con la perspectiva epistémica y conceptual a partir de la que comprendemos el tema en estudio, así como con las condiciones de realización de la tesis. Concebimos a las decisiones metodológicas y su implementación inescindibles de la trama temática-conceptual-histórica-territorial, siempre regidas por condiciones de necesidad y suficiencia respecto del cumplimiento de los objetivos cognitivos propuestos.

Partimos de las prácticas de cuidado de la salud y atención de la enfermedad en lo local, para analizar la trama sociocultural de regulación de lo sensible que expresan. Nos preguntamos por: las experiencias en los itinerarios terapéuticos de los sujetos; las maneras en que definen el padecer y el modo en que ello articula con sus biografías; las expectativas que asignan y la creencia que construyen en su circulación por la terapia floral; las motivaciones que los animan en esos recorridos; las redes de interacción y vinculares asociadas. A partir de sus narraciones, intentamos recuperar dimensiones de estructuras del sentir, expresión de las tensiones circulantes entre formaciones emergentes y la institucionalidad hegemónica del modelo médico, en una trama cultural de mayor alcance. Desde la lectura multidimensional de las prácticas que hemos expuesto en este capítulo (2.2.) exploramos una temática no estudiada en la región.

Si bien el marco interpretativo de la situación de diálogo en las entrevistas se establece desde el investigador, no llevamos un conjunto estructurado de interrogantes ni la exigencia de incluir todos los temas que configuraban nuestras preocupaciones. Elaboramos una guía temática inicial⁵⁸, inscripta en los objetivos y la trama conceptual propuesta (Scribano, 2008) modo de un guion orientativo de temas, de posibles preguntas, que utilizamos según lo requiriera la dinámica del diálogo. Realizamos entrevistas abiertas, flexibles, procurando que los sujetos encadenaran recuerdos, asociaciones y conectaran temas con la menor intervención posible de nuestra parte (Guber, 2001), buscando reconstruir las prácticas y los sentidos que las atraviesan, desde el significado que tienen para quienes las realizan, partiendo de los hechos en tanto interpretación de

⁵⁸ Ver Anexo II, pp. 280.

los sujetos. La perspectiva asumida para aplicar la técnica, implicó que los ritmos y tiempos resultaran variables, dependiendo de cada situación concreta de entrevista.

La tarea de campo y los análisis preliminares de la información construida a partir de ella, entraron en diálogo continuo con el marco interpretativo, lo que fue transformando ambas instancias, conceptual y metodológica. Como plantea Maxwell (1996), es recién en este momento de cierre provisorio del proceso, que podemos dar cuenta del conjunto de decisiones teórico-metodológicas que implementamos, resolviendo la tensión entre lo planificado y lo actuado, en el marco de un diseño flexible, abierto e interactivo. Estas estrategias metodológicas se desarrollaron como fases o momentos, habilitando la posibilidad del surgimiento de información en el campo que generó la reorientación de esas decisiones y la consecuente revisión del resto de los componentes de la tesis.

Así, las decisiones metodológicas se imbrican en las estrategias de investigación de corte cualitativo en tanto trabajamos sobre la búsqueda de comprensión de sentidos en parte ocultos a la mirada social, a partir de técnicas flexibles. El proceso se caracterizó por la combinación de estrategias en la recolección como en el análisis de la información, instancias que se concretaron como simultáneas e interdependientes (Strauss y Corbin, 2002). La simultaneidad fue variando en intensidades y dedicación en las tareas de recolección y análisis. Se enfatizó inicialmente la recolección de información a partir de la observación y entrevistas, alternando con la codificación y análisis preliminares. Luego el énfasis se trasladó a la codificación y los análisis e interpretaciones tomando cierta distancia de las tareas de recolección.

El proceso desarrollado se compuso de una primera instancia de exploración inicial del terreno y mapeo de sujetos y puntos del circuito, a partir del cual realizamos las entrevistas y análisis, organizados en tres cortes muestrales.

La tarea exploratoria, como aproximación inicial al circuito de terapias alternativas en la localidad, orientó las decisiones posteriores⁵⁹. Asistimos a dos jornadas en los meses de agosto y octubre de 2014, en las que se combinaban charlas de terapeutas, prácticas abiertas y stands de difusión de variedad de terapias alternativas, entre ellas la terapia floral. Observamos, participamos, tuvimos conversaciones informales, agendamos nombres y direcciones. Esto

⁵⁹ Esta labor fue realizada acompañando la tarea propuesta por el *Taller de Tesis II* del Doctorado.

permitió el contacto con personas que forman parte de la población de este trabajo: usuarios y terapeutas en terapia floral.

Resultado directo de esa exploración, elaboramos un mapa informal de sujetos y prácticas en el campo, que si bien no tenía pretensión de exhaustivo, comprobamos luego alcanzaba a un amplio espectro de las terapias y terapeutas en el lugar. Algunas reflexiones del registro, confirmaban como tendencia, lo propuesto por la literatura respecto de las terapias alternativas, reafirmado después a través de las entrevistas: 1) la pertenencia de usuarios y terapeutas a sectores sociales medios; 2) la circulación de usuarios y terapeutas por diversidad de terapias y prácticas dentro del mundo de las terapias alternativas; 3) la constante referencia a la biomedicina, para diferenciarse, posicionarse, validarse y/o complementarse.

En definitiva, el corpus del trabajo se conforma por:

a) entrevistas abiertas y flexibles a veintiséis (26) usuarios y once (11) terapeutas florales de la localidad,

b) observación participante de seis (6) instancias colectivas (ferias, jornadas, encuentros) de difusión y realización de terapias alternativas en las que pudimos registrar horas de observación, así como realizar entrevistas breves a terapeutas y usuarios, y

c), entrevistas a propietarios y/o personal de atención al público en distintos puntos del circuito local del mundo de las terapias alternativas, como librerías, farmacias, herboristerías, dietéticas y centro de distribución de revistas⁶⁰.

Primer momento de las entrevistas

El primer momento de entrevistas a usuarios, lo realizamos entre noviembre de 2015 y abril de 2016. Para conformar la muestra inicial, configuramos tres modos de llegada: contactos personales, la información recabada en las jornadas en que participamos, y a través de los grupos y contactos en redes sociales virtuales (especialmente Facebook). La comunicación fue individual, solicitando la entrevista, informando el sentido de las mismas, su uso anónimo, confidencial y con fines académicos. Grabamos con autorización de las personas entrevistadas y luego transcribimos para codificar y analizar. Sobre treinta y seis (36) contactados, recibimos la respuesta positiva de veinticinco (25) personas, de las cuáles finalmente entrevistamos diecinueve (19) en esta etapa.

⁶⁰ Detalle en Anexo I, pp. 276.

Segundo momento

Luego del análisis preliminar de las entrevistas a usuarias, realizamos once (11) entrevistas a terapeutas florales, entre setiembre y noviembre de 2016, con idéntica modalidad de entrevista a la propuesta para el primer corte muestral. La muestra se corresponde con el mismo sector social, con edades de entre 32 y 66 años de edad. Aquí se incorporó una tercera entrada para contactar a las especialistas, a partir de la información obrante en páginas web de las instituciones de formación en terapias florales, algunas de las cuáles identifican especialistas por región, provincia y localidad⁶¹.

Procuramos luego de la codificación y análisis preliminar de las entrevistas correspondientes a los terapeutas, sin intenciones de comparabilidad entre grupos en un sentido estricto, integrar el hilo argumental del trabajo de tesis en el diálogo entre las reflexiones respecto de las entrevistas y el contexto conceptual propuesto que, a su vez, se reconfiguraba en relación a esos análisis. Debemos destacar que comprendemos nuestra tarea como una lectura interpretativa que asigna sentidos sobre y a partir de los contenidos de las entrevistas, leídas desde nuestras claves conceptuales.

Tercer momento

Al llegar al momento del análisis final, interpretamos que algunas de las dimensiones en estudio no parecían suficientemente saturadas. Advertimos reflexiones sobre las codificaciones que parecían requerir nueva información, para confirmarlas o reorientarlas, especialmente desde los usuarios. Se sumó a ello cierta preocupación respecto de posibles variaciones a partir del tiempo transcurrido respecto de las primeras entrevistas. Resolvimos entonces realizar un tercer corte muestral, entrevistando a siete (7) usuarios, entre octubre y diciembre de 2018.

⁶¹ Instituto argentino de flores de Bach <http://www.terapeutasbach.org/>
Centro Bach <http://www.centrobach.com.ar/>
Escuela Bach <http://www.escuelabach.com.ar/>
Escuela holística <http://www.escuelaholistica.com/>
Asociación Bach <http://www.asociacionbach.org/>
Centro de terapeutas florales <http://www.terapeutafloral.com.ar/>
Centro de estudios florales y naturales <http://www.floral-center.com/>

La tarea de análisis, desde el proceso de codificación a la recontextualización e interpretación, se realizó desde el análisis interpretativo de datos cualitativos significativos (Coffey y Atkinson, 2003). Generamos un primer análisis con la codificación y organización de esos datos en un número limitado de categorías amplias, que pretendían la inclusión de la totalidad de los datos producidos a partir de los relatos recabados. Los objetivos y el guion de las entrevistas dan cuenta de esa matriz de categorías/nociones, pensadas de manera amplia y en busca de las propiedades y especificidades que se desarrollaran a partir de las narraciones. En el momento expositivo de esta presentación de tesis, organizamos los capítulos 3 a 6 y las secciones de los mismos, a partir de tales categorías. Recuperamos permanentemente los fragmentos de entrevistas sobre los que se sostiene la interpretación construida, eligiendo los relatos que más claramente representan la referencia a la dinámica colectiva. La codificación y análisis de las entrevistas la realizamos distinguiendo entre especialistas y usuarios. Los terapeutas presentan mayor adhesión y conocimiento respecto de la terapia, cuestión que intentamos distinguir en todo el trabajo. Luego de cada momento de codificación, reiteramos la revisión de las codificaciones previas como de extractos de entrevistas/observaciones que no encontraban códigos que las agruparan.

2.3.1. Composición de la muestra

Identificamos a modo de síntesis las características básicas de la muestra, para brindar una aproximación a sus condiciones y condicionamientos socio-culturales, de modo de poner en contexto los análisis a continuación, que no deben desprenderse de ellas. Esta descripción permite establecer las particularidades del muestreo realizado, que tiene mucho de exploración en un campo difuso y que no pretende arrogarse representatividad en un mundo de límites por demás difuso.

- Género auto percibido

La muestra de terapeutas y usuarios entrevistados se compuso de veintiocho (28) mujeres, ocho (8) varones y un (1) otro⁶².

⁶² La pregunta se orientó al género autopercebido, sin precalsificar las posibles respuestas y la persona entrevistada prefirió no utilizar ninguna denominación específica.

- **Nivel educativo**

Cuadro n° 1. Caracterización de la muestra según educación formal

Nivel educativo alcanzado	Cantidad
Superior (universitaria o terciaria) completa	21
Superior (universitaria o terciaria) incompleta	4
Secundario completo	12

Fuente: elaboración propia a partir de la tarea de campo⁶³

- **Nivel socioeconómico**

Sin pretensión de rigurosidad en cuanto a la clasificación por nivel socioeconómico en perspectiva demográfica, consideramos algunas de las variables con las que formalmente se estima tal condición en nuestro país (vivienda – propiedad y características/ nivel educativo/ ocupación).

Como síntesis:

- ✓ Veinticinco (25) se encuentran entre los NSE C2/C3 (genérica y habitualmente asociadas a la denominada “clase media”)
- ✓ Solo dos (2) a la D1 (denominada como “clase media baja”).

- **Edad**

Cuadro n° 2. Distribución de la muestra según edades

Edades	Sujetos
20/29	5
30/39	11
40/49	8
50/59	6
60/69	6
70 o +	1

Fuente: elaboración propia a partir de la tarea de campo

⁶³ Todos los cuadros presentados en la tesis comparten la fuente descripta.

La muestra reitera la tendencia de los estudios más recientes sobre terapias alternativas en el país (Freidin, 2017).

2.3.2. Algunos recaudos reflexivos

La situación de entrevista genera el marco interpretativo específico de la interacción. Las narraciones se dinamizan en función de ese encuentro particular. Si la situación de entrevista se resuelve situacionalmente en un marco social específico y en el encuentro particular estableciendo “un dispositivo de desencadenamiento de las experiencias” (Lahire, 2004:115) debemos evitar considerar los relatos como si se tratara de objetivaciones de las trayectorias de los sujetos. Cada situación de entrevista estableció así unas coordenadas dialógicas que es condición de aquello que fue efectivamente movilizado.

Si en cualquier situación de que se trate las palabras no están ahí a la espera que nos presentemos como entrevistadores para que surjan (Lahire, 2004), puede ser aún más complejo al tratarse de cuestiones como el padecer, el tratamiento en una terapia alternativa, por ejemplo, imbricadas en lo más íntimo de los sujetos. Intentamos tomar las narraciones como referencia de sentidos con mayor y menor nivel de explicitación, procuramos comprenderlas en la trama en que se desenvuelven, creer en la verosimilitud de lo dicho y a la vez leer entre líneas y tras las líneas del relato.

Encontramos cierta carencia de términos para expresar la experiencia, especialmente entre los usuarios. Creemos que la ausencia de palabras podría deberse, en parte, a la dificultad para organizar el relato, cuyas dimensiones significativas pueden devenir dificultosas para ser narradas. Expresar sentimientos, emociones, malestares difusos, no debe considerarse una labor de resolución sencilla, que asume también su especificidad en un ámbito local, en el que resuenan otras interacciones posibles en la realización misma de las entrevistas⁶⁴.

⁶⁴ La impronta de la cercanía física y social en lo local, de los cruces de interacciones en tiempo y espacios diversos, de la búsqueda por reconocer y ubicar al otro en referencias vinculares propias, cercanas, o conocidas, resultó una alerta permanente, no para omitirlo, negarlo o intentar que no ocurra, si no para incorporarlo como instancia reflexiva. Una muestra. En una ocasión nos presentamos a una entrevista acordada con una terapeuta en su domicilio, que resultó una docente de nuestros años de nivel medio. Ella nos había reconocido por el nombre. Nosotros no. Al escuchar luego la entrevista, advertimos todos los cruces y referencias a experiencias pasadas compartidas. Otra muestra. Reiterada en varias entrevistas, resultó la indagación respecto de la procedencia familiar, si éramos de la localidad y consultas similares, que buscaban ubicar en el contexto local al entrevistador. La cercanía física y social en lo local a la que referimos, nos puso en muchas ocasiones en encuentro posterior con los sujetos entrevistados.

La tarea de campo nos llevó a conocer prácticas, actividades y espacios poco visibles en el espacio público local. Los sujetos se manifestaron en general bien predispuestos para las entrevistas. Registramos muy pocos casos de rechazo o indiferencia a la propuesta de hablar sobre sus experiencias en la terapia floral. En las terapeutas florales, como en los usuarios de mayor afinidad y compromiso con la gramática cosmovisional del mundo alternativo, resultó reconocible su función de mediadores y polinizadores (5.2.1. y 5.2.2.). La predisposición y dedicación en la situación de entrevista, la recomendación de lecturas, actividades terapéuticas y terapeutas, formaron parte de las conversaciones, mostrando quizás, uno de los modos más significativos de la transmisión y circulación de las terapias, el de las redes de sociabilidad. Si detectamos alguna ambivalencia, entre la satisfacción por contar (y porque se les pregunte) respecto de sus experiencias en terapia floral y cierta duda respecto del uso confidencial reiterando su pedido de anonimato. Lo percibimos con mayor nitidez en dos terapeutas, quizás también efecto de la cercanía social en lo local.

Las técnicas implementadas y la perspectiva de lo local recién descrita, nos llevó a tomar recaudos reflexivos y metodológicos, habituales en la realización de entrevistas, con algunas especificidades de esa trama. Así: evitamos entrevistar personas con las que sostuviéramos vínculos cercanos y recientes; realizamos los encuentros en los espacios que propusieron las personas entrevistadas; mantuvimos disposición temporal sin interrupciones en función de sus tiempos; dejamos abierta la posibilidad para contactarnos nuevamente; grabamos las entrevistas y las escuchamos repetidamente antes de transcribirlas, y volvimos a escuchar fragmentos a posterior de la transcripción; registramos inmediatamente las primeras impresiones surgidas de la entrevista, especialmente de elementos no verbales como de los detalles de disposición espacial; codificamos las entrevistas desde la lectura transversal y a la vez identificando de sus particularidades.

Los próximos capítulos, 3 a 6, presentan los resultados analíticos del encuentro entre la tarea de campo - desde los datos construidos en el proceso metodológico-, con el estado del conocimiento en el tema y fundamentalmente desde el andamiaje que configura el contexto conceptual, presentado en este capítulo.

Capítulo 3

Experiencias terapéuticas en el sistema biomédico. Frustraciones, críticas y ambivalencias

Las prácticas en búsqueda de alivio para el malestar, informa itinerarios que recorren distintos espacios terapéuticos. Los sujetos transitan experiencias simultáneas en el modelo médico y la terapia floral, en una circulación en que se solapan motivaciones prácticas, de sentido, de valores, reflexivas y pre reflexivas, entre dominios con asimetrías en distintas esferas. Así, despliegan trayectorias en combinación de instancias terapéuticas, caracterizado por la literatura en el tema como pluralismo médico (Idoyaga Molina, 2005) o convergencia terapéutica (Freidin, 2017), entre otras denominaciones. Desde la perspectiva de análisis propuesta en este trabajo, la diversidad de opciones terapéuticas no debe confundirse con pluralismo sin más, en el sentido de equivalencias entre esas opciones. Se trata de saberes y prácticas asimétricas en el espacio institucional. La matriz cultural en la convalidación de prácticas y sentidos para la salud/enfermedad, se encuentra asociada a la biomedicina, con las especificidades que describimos en nuestro contexto (1.3., 1.4.).

Nuestra tesis no tiene por objetivo principal analizar el modelo médico hegemónico en sí mismo. En tanto el cuerpo documental se compone de entrevistas y observaciones a usuarios, terapeutas, espacios de encuentro y difusión en la terapia floral, dentro del mundo de las terapias alternativas en lo local, sería un error conceptual y metodológico, por insuficiencia, pretender caracterizar el modelo médico, como cualquier matriz o institucionalidad hegemónica, exclusiva o prioritariamente desde quienes evidencian desencanto con ella (Hall, 2017). Lo hegemónico, también dinámico y en tensión, tampoco puede darse como dado, estanco o a-historizado. Apelar a la noción de modelo médico hegemónico, como dimos cuenta en los capítulos previos, implica concebir su compleja dinámica interna como las tensiones con otras formaciones terapéuticas. Pero es ineludible su consideración, en tanto la biomedicina se constituye en el marco inicial de las experiencias en el espacio del cuidado de la salud y es la referencia, en general expresada como oposicional sobre el que diferenciarse, sobre la que se distinguen los sentidos de buena parte de la plataforma simbólica de las terapias alternativas.

El marco primario de las trayectorias terapéuticas analizadas se configura en las vivencias en el modelo médico, fundantes de los sentidos sobre la salud y la enfermedad, y los modos de atenderla. La referencia a esa matriz institucional incorporada tempranamente, permite comprender, al menos

en parte, las prácticas y sentidos que discurren en el campo de las terapias alternativas y que se definen, se significan y se actúan, a modo de crítica, oposición, diferenciación y/o subsunción con ella. Entonces, es de interés y relevancia, dar cuenta de la mirada que expresan respecto de la biomedicina, a partir del modo en que esas experiencias son recuperadas como parte de las razones de asistencia a la terapia floral. La insatisfacción para con los recorridos en el modelo biomédico, nos aproxima a esas motivaciones, como se puede advertir en la literatura en el tema (Fadlon, 2005; Luz, 2005; Pitluk, 2008, entre muchos otros) y confirmamos en la exploración inicial del campo (Loaiza, 2013a, 2014).

Nos preguntamos en este capítulo respecto de esas experiencias iniciales y fundantes por la biomedicina, y a la vez actuales y simultáneas al uso de otras opciones terapéuticas, para asomarnos al modo en que cierto grado de insatisfacción en esas experiencias, como las ambivalencias y ambigüedades detectadas, permite comprender las trayectorias en el espacio de la terapia floral. Entonces, ¿Qué experiencias transitan los sujetos por el modelo médico? ¿Cómo valoran las experiencias? ¿Qué elementos caracterizan la atención médica desde su perspectiva? ¿Cómo se vinculan esas experiencias con la predisposición a explorar otras opciones terapéuticas por fuera del modelo médico? ¿Qué valores y sentidos configuran el marco experiencial en clave biomédica? Las respuestas se presentan integradas, como la experiencia, articulando dos planos, el de las situaciones concretas vividas en las consultas y tratamientos médicos, y el de la axiomática del modelo médico hegemónico, que funda los sentidos configurados en esas situaciones.

En primer término, caracterizamos el lugar de las tempranas experiencias en el modelo médico, fundantes del marco de interpretación primario en la salud (3.1.). En la siguiente sección (3.2.) analizamos las prácticas por la biomedicina, a partir de las críticas y ambivalencias registradas, y finalizamos el capítulo examinando los usos simultáneos y en paralelo de lo biomédico -y los sentidos asignados a esas experiencias- desde la reelaboración de los sujetos que asisten a la terapia floral (3.3.).

3.1. El modelo médico como marco de referencia en el cuidado de la salud

Ante la probabilidad, casi certeza, que la mayoría, si no la totalidad de los sujetos, tuviera años de prácticas en relación a las consultas, diagnósticos, tratamientos en el sistema médico, indagamos respecto de esas experiencias, antiguas y actuales. Usuarios y especialistas⁶⁵ en terapia floral exponen en todos los casos, el inicio de sus prácticas en el cuidado de la salud en el sistema biomédico, que durante años fue la única transitada. Las primeras experiencias terapéuticas en todos los casos remiten al espacio de la biomedicina, en el que usuarios y terapeutas informan recorridos de años de consultas, diagnósticos y tratamientos de salud/enfermedad. El campo de la biomedicina se estableció como el primer contacto con instancias de prevención, diagnóstico y atención de la salud, configurando las claves a través de las cuáles se interpreta tempranamente la salud/enfermedad en el recorrido biográfico. Se incorpora tempranamente el orden cultural dominante (Hall, [1980] 1996) en el espacio de la salud/enfermedad, a través de las experiencias iniciales en el modelo médico.

Usuarios y terapeutas recordaban difusamente, cuando lo hacían, sus primeras experiencias en el sistema biomédico. *Fui desde siempre* (U23⁶⁶) puede considerarse la expresión característica de toda la muestra. Las experiencias iniciales anudaron recuerdos borrosos de los primeros años de vida. El acompañamiento parental, la vacunación obligatoria y los controles de salud escolar, se reiteraron como imágenes imprecisas de esa apertura. Las narraciones recuperan en estas referencias, las asociaciones institucionales que se validan mutuamente, como expresión de la dinámica de socialización de los sentidos dominantes.

Se entran la institucionalidad familiar, escolar y de salud, expresión de los aprendizajes compartidos en lo social, que articulan selectivamente significados y prácticas, configurando los valores centrales de lo hegemónico (Williams [1980] 2012). La incorporación a través del paso inicial por la biomedicina, constituye así una estructuración inicial ineludible, aun cuando no resulte monolítica ni homogénea. En los primeros años de vida incorporamos claves de sentidos y

⁶⁵ En cada ocasión reflexiva, como en los fragmentos de entrevistas utilizados, diferenciamos entre terapeutas y usuarios, si bien sus experiencias en el modelo médico fueron y son como usuarios del mismo.

⁶⁶ Las referencias a cada entrevistado/a son expuestas con la inicial correspondiente a Usuario (U) y Terapeuta (T) y un número de orden (que se corresponde con el detalle en Anexo I, pp. 276), con el objetivo de plasmar el análisis de las experiencias vividas, al focalizar más en el proceso colectivo que contribuyen a construir y no en las particularidades de los/as sujetos/as individuales que prestaron sus testimonios.

modos operacionales para comprender y actuar en la atención de la enfermedad a través de esas experiencias. El análisis de los itinerarios de usuarios y terapeutas florales en el cuidado de la salud, queda incompleto si no se considera este marco primario de referencia.

El encuadre conformado en las experiencias iniciales en el modelo médico, se presenta naturalizado, obvio, de algún modo inevitable para definir la salud y atender la enfermedad. Estar sano o estar enfermo es resuelto desde la consulta biomédica, nada ni nadie tiene posibilidad de injerencia. Así, el eficaz proceso de tradición selectiva (Williams, [1980] 2012) oculta el proceso histórico de configuración institucional del modelo médico. Se asocia a ello, la creencia en infalibilidad de la base científica de las ciencias médicas, ocultando su condición -inherente- de falibilidad y error.

Indagar respecto de ese momento inicial, de las primeras experiencias en el modelo médico, pareció generar cierta extrañeza en los sujetos entrevistados. Las respuestas, quizás, se entendían obvias. En tanto proceso de socialización en el campo de la salud -y no solo – se naturaliza, se nos presenta en las experiencias como ineludible. Tomado como habitual, reiterado, compartido con todos, muestra la potencia de la incorporación de sentidos y valores que atraviesan los modos de comprender y actuar la salud, y que pueden ser reflexionados, cuando lo son, mucho tiempo después. Lo hegemónico se incorpora a la vivencia (Williams, [1980] 2012), se hace cuerpo, se torna difícil de distinguir como una elección. Es aquello que se hace y aquello que debe hacerse en el cuidado de la salud. Las experiencias que exponen la insatisfacción y las tensiones para con la biomedicina, desde las narraciones de los sujetos, son recuperadas a partir de momentos más recientes en sus biografías (como veremos a continuación en 3.2.).

Además de resultar la referencia fundante de las prácticas en el espacio de la salud, al momento de las entrevistas todos los usuarios y especialistas acuden al modelo médico paralelamente a la terapia floral. Aun quienes llevan tiempo en la exploración de otras prácticas en el mundo de lo alternativo y realizan fuertes críticas al modelo médico, continúan asistiendo. Si bien resultan evidentes las tensiones y desplazamientos de sentidos producidas, que continuaremos analizando en todo el trabajo, los itinerarios conforman usos complementarios en el tránsito entre dominios terapéuticos.

Ante las indagaciones respecto de la continuidad en la asistencia al modelo médico, luego de contundentes cuestionamientos al mismo, surgen respuestas que cierran tempranamente la reflexión.

por qué sí, por qué fui desde siempre (U23)

es la reconocida (U15)

¿por qué voy? por qué hay que ir... (U25)

Así, el reconocimiento oficial, la obligatoriedad, la incorporación temprana, funcionan como elementos conectados al modo en que se presentan y circulan las instituciones hegemónicas, procurando saturar los sentidos sociales, configurándose como matriz estratégica que intenta ocupar el espacio total de prácticas y significaciones, en la salud/enfermedad. Esta saturación implica además las materialidades en que se configura, siendo la biomedicina el único sistema reconocido por el sistema de seguridad social y las políticas públicas en nuestro país. Ello implica que la asistencia a una terapia alternativa, como la floral, requiere contar con los recursos para asumirla. La caracterización de la muestra, como perteneciente a sectores de clase media, es una dimensión que atraviesa todas las lecturas realizadas sobre los itinerarios terapéuticos. No solo en relación a esta condición material para asistir a la terapia, sino también en cuanto a la labilidad de los valores y creencias que la configura (Duer, 2018). Aun cuando los sentidos construidos puedan confrontar en algunos planos con los del modelo médico, como veremos, las prácticas transitan por opciones terapéuticas con tensiones y ambivalencias.

Los motivos de asistencia concurrente a la biomedicina, al momento de las entrevistas, se pueden agrupar en dos tipos: enfermedad objetivada desde el diagnóstico médico (11- once casos) y realización de controles periódicos (26 - veintiséis). Estos últimos enfatizan el intento de limitar la concurrencia al modelo médico, aunque lo hacen no solo desde una configuración diferencial del sentido de la salud, si no también desde la percepción de sentirse sanos.

Y en realidad yo a la medicina tradicional [refiriendo a la biomedicina] voy lo menos que puedo, chequeo, controles que una tiene que hacerse (U4)

En el caso de quienes concurren por enfermedades diagnosticadas y en tratamiento, definen a éstas como crónicas, permanentes, con riesgos potenciales significativos de no continuar los tratamientos indicados.

Cuadro n° 3. Enfermedades crónicas en tratamiento en el modelo médico (sobre 11 casos)

Enfermedad	Cantidad
Cáncer	4
Hipertensión	4
Diabetes	2
Miastenia grave	1

Fuente: elaboración propia a partir de la tarea de campo

La enfermedad es la que motiva el desajuste, la ruptura biográfica situacional que lleva luego a la transformación de los itinerarios terapéuticos (como veremos especialmente en 4.2.). De igual modo, quienes informan que asisten a la biomedicina al momento de las entrevistas solo para realizar controles periódicos, registran en su biografía el anclaje del enfermar como momento liminal en lo personal y como inicio de las tensiones e insatisfacción para con el modelo médico. Entonces, si bien pueden diferenciarse estos dos aspectos (enfermedad/controles) en la asistencia a la biomedicina al momento de las entrevistas, la vivencia de la enfermedad tratada en el modelo médico discurre como elemento significativo en la totalidad de las prácticas. Así, a partir de las experiencias pasadas y actuales en la biomedicina, se configuran parte de las tensiones que dan sentido y llevan al uso de terapias alternativas.

Un accidente quirúrgico inesperado y de baja probabilidad de ocurrencia que deriva en una colostomía por más de un año, o, una depresión y ansiedad generalizada, o, una fractura de tibia que demoró meses en recuperarse, entre otras situaciones agudas, activan el momento de malestar que tensiona con lo institucionalizado (Williams, [1977] 2009). Si bien es una activación que se inicia desde el desajuste personal, el malestar percibido encuentra en las redes de interacción cercana y en sentidos circulantes en las formaciones de las terapias alternativas, las posibilidades de un mundo que otorga respuestas significativas para ese malestar.

En síntesis, la inmersión en el modelo médico, estableciendo relaciones con los profesionales en el espacio, realizando estudios diagnósticos y siguiendo tratamientos sostenidos fundamentalmente en el consumo de medicamentos, se concreta en las biografías muy tempranamente. La incorporación a través de la socialización en el cuidado de la salud se procesa en dos planos entrelazados. El de los sentidos que atraviesan y configuran la axiomática, el marco interpretativo de la biomedicina, y el que se presenta en las prácticas de modo más concreto. Quien

asiste a una consulta médica es atravesado por ambas. El marco primario aprendido tempranamente, identifica el valor del conocimiento de base científica, la eficacia e infalibilidad del mismo, así como el proceso terapéutico de estudios, diagnósticos y tratamientos en el modelo médico. Se incorpora la derivación de la cura en el profesional, que porta el saber especializado, configurando la relación asimétrica que parece caracterizar el dominio biomédico. Las experiencias biográficas al enfermar y no encontrar respuestas, generan desajustes, reinterpretando, a partir de trayectos terapéuticos por fuera de la biomedicina, el sentido de los valores incorporados.

Quienes en algún punto de sus itinerarios terapéuticos comienzan a explorar el espacio de la terapia floral, resignifican las experiencias por la biomedicina, con críticas y ambivalencias, que examinamos a continuación. Sin olvidar que aun desde esas lecturas críticas, todos los sujetos mantienen sus consultas en el modelo médico. Los cuestionamientos deben considerarse entonces en el traslapo entre los dominios terapéuticos, a modo de la circulación simultánea por espacios de fronteras porosas y dinámicas. En la dinámica de interpenetración de las prácticas, comprometerse con una formación no hegemónica en el mundo de las terapias alternativas, no deriva en el rechazo, negación o desconocimiento del modelo médico. Las trayectorias parecen sostenerse desde una circulación entre la institucionalidad del modelo médico y el mundo de las terapias alternativas, a partir de una lógica de uso, de la consideración de la pertinencia y eficacia ante el padecer, sin llevar a tensiones definitivas que obliguen a optar por uno u otro sistema⁶⁷.

⁶⁷ Este punto puede asociarse al modo de procesar las tensiones sociales desde los sectores sociales medios, con tendencia a la individualización utilitaria de posibles contradicciones, encuadrando funcionalmente en las lógicas de regulación de la sensibilidad del capitalismo actual. Necesitaríamos mayor énfasis en la construcción de datos para profundizar en este punto, que pensamos como posible continuidad en nuestra tarea de investigación. Por ello exponemos las reflexiones en el tema como posibles hipótesis, que necesitan ser más trabajadas.

3.2. Críticas y ambigüedades desde las experiencias en el modelo médico

En este punto, desandamos los aspectos que los sujetos reconocen como significativos de sus experiencias en la biomedicina. Se trata de expresiones de insatisfacción, con ambivalencias, integrando los planos de las prácticas, con los referidos a los valores que las atraviesan. Recordamos se trata de usuarios y terapeutas cuyos itinerarios los han llevado por la terapia floral, y en su mayor parte por otras actividades del circuito del mundo alternativo. A partir de ello, la resignificación de la salud y el enfermar como del trabajo terapéutico operado en lo alternativo, tiñe las lecturas de sus experiencias en la biomedicina. Se advierte así, una reinterpretación retrospectiva matizada por las prácticas y los sentidos configurados por fuera del modelo médico.

Al identificar las motivaciones que transforman los itinerarios terapéuticos analizados, podemos reconocer el paso por experiencias frustrantes, vividas personalmente o como experiencias vicarias, en el modelo médico. Esas decepciones, operan como motor inicial para el ejercicio de otras prácticas. Destacamos que los sujetos caracterizan ese momento con una fuerte impronta emocional. El impacto biográfico del enfermar se encuentra con una vivencia en el modelo médico que no satisface. El modo exógeno en que se define el padecer, la diversidad de mediaciones diagnósticas y derivaciones, el peso casi excluyente de la medicación como eje de los tratamientos, la pérdida de la palabra y de la experiencia propia de quien sufre, genera las tensiones que forman parte de la habilitación a explorar otras opciones terapéuticas. Así, la insatisfacción y la crítica a las experiencias en el modelo médico, resultan una de las fuentes de las prácticas que exploran el mundo de lo alternativo.

Las experiencias frustrantes, ineficaces o insuficientes en la biomedicina (OMS, 2002; Le Breton, 2002), la crisis del modelo médico hegemónico (Luz, 2005; Menéndez, 1988, 2015), la distancia cada vez mayor del encuentro terapéutico en la biomedicina (Saizar, 2013), o las experiencias en el uso de medicamentos con efectos adversos, vividos o potenciales (Bordes, 2015b) ayudan a comprender parte de las motivaciones por las que los usuarios orientan sus pasos hacia otro tipo de prácticas, por fuera de ese sistema. Así, para comprender sus lógicas de acción, debimos preguntarnos ineludiblemente por las críticas a ese modelo de la biomedicina.

La insatisfacción con el modelo médico es una constante significativa, relevante, que forma parte de las motivaciones para la exploración de otras opciones terapéuticas. Por tanto, resultó

dimensión necesaria para comprender las prácticas en terapia floral. Indagamos en ello, a condición de no encontrarlo suficiente. Las prácticas por las terapias alternativas no se limitan a comportamientos y motivaciones reactivas para con el modelo médico hegemónico, que por otra parte tampoco se presenta homogéneo (Krmpotic, 2008; Bordes, 2009). En todo caso, en esas prácticas y sentidos se expresa algo más que la crítica al modelo médico.

3.2.1. El eje biologicista del modelo médico. La enfermedad como centro y la desintegración del sujeto

A partir de la lógica exógena desde la que se concibe la enfermedad en la biomedicina (Laplantine, 1999), el eje de la consulta y del diagnóstico médico se basa en la búsqueda del agente biológico generador del malestar. La enfermedad se transforma en el centro de la lectura médica. El conjunto sintomático oficia de índice, de un complejo de indicadores que permite aproximarse a la caracterización de la enfermedad objetivada. En la actualidad, difícilmente el diagnóstico se complete en la evaluación por el profesional médico al momento de la consulta. La tarea diagnóstica se deriva a pruebas de laboratorio e instrumentos de tecnología médica, así como se incrementa la constante derivación a especialistas diversos dentro del modelo médico. El lugar que la biomedicina asigna a los síntomas, su énfasis en la enfermedad, es fuente de insatisfacción y críticas desde los sujetos que circulan por la terapia floral.

Cuando te preguntan qué te está pasando no te miran integralidad del ser, que somos todo. Me llegué a cansar de dar vueltas por tantos médicos (U4)

La medicina no cura, solo ve enfermedad (U13)

La enfermedad pasa a ocupar el centro de la biografía. Instancia de regulación de lo sensible desde el modelo médico, el sujeto no se configura como tal ante la mirada médica, si no como expresión sintomática. La percepción integral de la experiencia es devuelta al sujeto como fragmentación orgánico-sintomática. Así, las críticas se dirigen a la desintegración de la experiencia personal. *La medicina alopática trabaja el síntoma, el signo. O sea, me duele la garganta, me tomo un antiinflamatorio, pero no puede ver más allá, no va a las causas (T3).*

Los sujetos demandan ubicar su dolencia en una trama que le dé sentido, más allá de la identificación de un agente biológico como razón del enfermar. *No sé qué soy, no sé si soy sólo la enfermedad (UJ3)*, nos dice una usuaria con cáncer. La fragmentación del sujeto expresa las

inflexiones del saber médico especializado, que confía en elementos de diagnóstico y estudios de tendencia, siempre provisorios, para enfrentar la enfermedad como una condición de ajenidad del sujeto. Como propone y cuestiona Le Breton, las personas vivencian una medicina que puede curar una enfermedad, “pero no un enfermo” (Le Breton, 2002:180). Los sujetos son fragmentados desde el énfasis en su sintomatología que expresa la enfermedad que portan.

Las consultas en la medicina se enfocan en la enfermedad, en los síntomas y en la búsqueda del origen biológico del padecer. El énfasis en la indagación de la causa externa del malestar, recortando aspectos de la integración experiencial del sujeto, parece no siempre ser eficaz para superar los padeceres.

Sufría de candidiasis crónica que es un hongo. Y al ser crónica, cada veinte días estás en tratamiento; te arruina la vida. Yo desde los 20 años que estaba así. Y ya había probado, de los 20 años a los 36 con medicina y no me lo pude sacar. Estudios de acá y de allá, probé con distintos especialistas a los que me iban derivando... Yo tomaba una pastilla todos los lunes que te dura 7 días. Nunca se dieron cuenta [refiriendo a los profesionales médicos] de que era otra cosa, que no tenía que ver con los hongos, que era yo la que me enfermaba (U3)

Luego de recorrer las terapias alternativas, entre ellas la floral, la usuaria reinterpreta su condición, encontrando las razones de su enfermedad en dimensiones de sí. Identifica otros motivos, otras causas del enfermar, más allá de lo biológico. *Era yo la que me enfermaba*. El cuerpo informa de aconteceres que, desde estos sujetos, no pueden reducirse causalmente a lo físico, aun cuando se expresen en el cuerpo. El énfasis del diagnóstico médico en el síntoma y el origen exógeno del enfermar produce frustración.

El fragmento admitiría también otras lecturas, a las que daremos continuidad en el trabajo. En la biomedicina la enfermedad es despojada de las condiciones sociales-culturales y materiales que pueden confluir en su determinación (1.3.), pero, en la resignificación construida en el paso por la terapia floral, la apropiación individual de lo biográfico parece derivar en una oclusión similar. En la disputa con los valores y las prácticas biomédicas, se rechaza desde el paso por las terapias alternativas, la reducción de todo padecer a un agente biológico aislable como causa única. Aunque en la reinterpretación del malestar, se enfatiza la responsabilización individual en el sanar y por

ende en la enfermedad⁶⁸. En ningún dominio terapéutico, se recupera como central o determinante para la salud y la enfermedad el peso de las condiciones sociales. Muestra del juego de ambivalencias y traslpos de sentidos en el cuidado de la salud, que articulan con la trama cultural desde la dinámica de la institucionalidad hegemónica.

Me dijo que comiera sin sal, hiciera actividad física y no me estresara tanto...bueno y ahí nomás anotó: “cambio de estilo de vida...” parecía un chiste. Al toque me recetó el Lotrial⁶⁹ y me dijo que lo tenía que tomar toda la vida si no quería que me quedara el cerebro como un queso gruyere.... Me pareció terrible (U14)

Se puede advertir en el fragmento, elementos comunes reiterados en la muestra respecto de la caracterización de los encuentros terapéuticos en el modelo médico. La prescripción de medicamentos, la indicación de modificaciones de pautas de comportamiento cotidiano de aparentemente fácil resolución y el temor a las consecuencias de no seguir indicaciones y prescripciones. Todo ello sin mayores explicaciones. El usuario comenta que la consulta no se extendió por más de diez minutos, tiempo en el que además la profesional fue interrumpida por su teléfono y su secretaria. Mientras él estaba recibiendo un diagnóstico de enfermedad crónica, *me di cuenta en ese momento que me estaba cambiando la vida para siempre (U14)*, que implicaba medicación permanente y el pedido de una transformación que desde la profesional parecería operar solo a nivel volitivo: estresarse menos.

La trama histórica, personal, vincular, laboral, social, configuradora de lo subjetivo se reduce a la atención de lo biológico a través de la medicación y a la decisión transparente, consciente y directa de no estresarse más. La ruptura biográfica producida por la enfermedad, con un diagnóstico de cronicidad, de “algo” que acompañará toda la vida, poniéndola en riesgo, queda sin contención. Ese momento de alto impacto emocional es tratado por fuera de la vivencia del sujeto. Así el enfoque biologista e individual domina la escena biomédica actualmente. Los sujetos que exploran la terapia floral, reclaman la consideración integral de lo humano.

El recorte de la lectura médica reduce el sujeto a la sintomatología biológica y está desprovista de toda referencia al resto de las esferas en que ese sujeto se constituye (social, laboral, ambiental). El denominado estilo de vida, deviene en un reduccionismo de diversos aspectos de la vida cotidiana, qué, como propone Menéndez (2015) pierde la referencia a las condiciones estructurales

⁶⁸ Profundizaremos el análisis desde las experiencias en la terapia floral (cap. 4) y las recuperaremos en la reflexión sobre las dimensiones que estructuran la experiencia (cap. 6.2.).

⁶⁹ Medicamento antihipertensivo.

en que se desenvuelven esos estilos. Las transformaciones en los hábitos de vida exponen los requerimientos de la nueva conciencia de la salud como un imperativo cultural (1.1.), asociando la modificación de las pautas alimentarias y la actividad física regular como decisiones individuales necesarias para el cuidado de la salud. Expresión de la matriz cultural dominante, encontrará referencias afines en el mundo de las terapias alternativas, especialmente en relación a la alimentación.

La atención de la salud, paradójicamente, se enfoca en el tratamiento y desaparición de la enfermedad, o en anticiparse a su ocurrencia, que se transforma así en su prioritario interés, la consideración sintomática biológica reduce el sujeto a ella. Así, se exponen dos dimensiones asociadas del modelo médico: la enfermedad como el centro de la consulta y la medicación como eje del tratamiento. La fragmentación del sujeto operada desde la lectura médica es ajena a la experiencia personal del padecer, desconcertando sensibilidades (Douglas, 1998), promoviendo cuestionamientos y habilitando otras búsquedas en las que el sentido del enfermar se conecte con las vivencias. Mas aún en los padecimientos que no pueden asignarse a una parte del cuerpo o a un agente biológico externo. Por fuera de la enfermedad, solo se divisa una opacidad irreconocible o de sencilla resolución desde la mirada médica.

Cuando las consultas se realizan por malestares difusos, que no encuentran diagnóstico por evidencia en un cuadro clínico, constatado mediante estudios de laboratorio y/o tecnología médica, la opacidad se vuelve oscuridad. El sujeto recibe como respuesta interpretativa de su sufrimiento la desconsideración de su malestar. La experiencia de sufrimiento queda descalificada, al no encontrar clasificación objetivable.

Mirá, me encanta que me preguntes esto. Por lo difícil que fue. Ahora lo veo distinto, más tranquila y entiendo un poco más...ellos [profesionales de la medicina] no pueden ver más allá...Pasé años, no sé, cinco o seis, o ¿más? yo me sentía como el c... no dormía bien, andaba sin fuerzas sin energía, todo me costaba un Perú... no sabés lo que era ir a trabajar...y no era anímico o psiquiátrico, yo sabía que no era depresión o algo así...porque lo sentía en todo el cuerpo y mi cabeza estaba bien...me hicieron de todo [refiere análisis de laboratorio, ecografías, entre otras] y no encontraron nada. ¡Obvio! Eso pienso ahora, en ese momento solo quería saber que carajo tenía. Y no tenía nada. O sí. Pero lo entendí después con D. [terapeuta floral]. Yo cargaba con mucha m... emocional, de cosas que me pasaron de chica, no, en realidad más de adolescente, me di cuenta después (U17)

Así, cuando no se identifica un agente biológico específico como fuente del malestar, posible de incluir en el esquema clasificatorio del saber especializado biomédico, la dolencia ocupa el

lugar de percepción personal errónea, equivocada. La experiencia de quien padece es descalificada desde el conocimiento experto: *me dijeron que era una exagerada* (U17), confirmándose a sí mismo como el único válido para definir si lo vivido como sufrimiento, se trata o no de una enfermedad. Y, a partir de ello, si puede darse alguna respuesta para superar ese estado percibido como padecer. La usuaria recorre en el relato algunas de las dimensiones descritas como fuente de insatisfacción para con la mirada médica: la fragmentación de la experiencia personal del enfermar, la derivación a especialistas y diversidad de estudios médicos, la reducción diagnóstica a la búsqueda de la objetivación de la posible enfermedad. También se puede advertir el lugar significativo del padecer en la biografía personal y la reinterpretación de la dolencia luego del paso por la terapia floral⁷⁰.

Desde experiencias como las descritas en el modelo médico, se comprenden parte de las exploraciones por las terapias alternativas, en busca de sentidos integradores de la vivencia en un marco de significación recuperador de la experiencia personal, dador de sentidos convincentes al padecer y al sanar. La percepción de la experiencia personal integrada, tensiona con la lectura biomédica que fragmenta y aliena la fuente del malestar. Se reiteran en la muestra las referencias a derivaciones y consultas por especialistas diversos en busca de un diagnóstico, que confirma la creciente especialización del sistema médico. Si ante la consulta médica la persona recibe una respuesta que descalifica su dolencia, la tilda de algo transitorio (Laplantine, 1999), niega su sentir (Le Breton, 2002) o designa el motivo de consulta como inexistente, la reacción es de frustración. El saber médico que puede resolver adecuadamente en muchas ocasiones enfermedades específicas, se presenta en muchas otras situaciones, indiferente o incapaz de darle sentido al malestar y de reconocer la experiencia integral del sujeto.

⁷⁰ Reinterpretación que, como veremos (en 4.2 especialmente), implica una mayor responsabilización individual en el camino por sanar. En una tensión que puede expresar cierto empoderamiento respecto del trayecto terapéutico en la salud/enfermedad, pero que interpretamos expresa un rasgo de la matriz cultural hegemónica: el de la individualización egocentrada (6.2.).

3.2.2. La relación médico-paciente y la descalificación de la experiencia personal

Si la biomedicina enfatiza la indagación del síntoma y el diagnóstico se configura a partir de lo que alguna parte del cuerpo informa, el sujeto como tal, su experiencia con el padecer y con su contexto quedan fuera del espacio de indagación terapéutica. Así, la mayor parte de la experiencia personal resulta innecesaria y en ocasiones hasta un estorbo para la consideración médica, en una interacción terapéutica fuertemente cuestionada (Saizar, 2008b; Petracci, 2017). El profesional del sistema médico “basa su práctica en la recusación de la experiencia del enfermo” (Laplantine, 1999: 16). Así, el deterioro de la relación médico-paciente (Luz, 2005), se expresa de manera muy concreta, siendo una preocupación creciente desde algunas voces dentro del modelo médico⁷¹.

Los relatos resultan coincidentes en este punto. La interacción con el profesional es, junto con la medicalización, la variable de mayor acuerdo en las expresiones críticas de las experiencias en el paso por el modelo biomédico. Escasos minutos de consulta, ausencia de escucha de la perspectiva del sujeto, derivación a estudios y análisis diversos, prescripción de medicación sin consideración de los posibles efectos adversos. Como síntesis, los sujetos parecen no encontrar cuidado, consideración, escucha, ni sentidos comprensibles respecto del enfermar.

Ni te escuchan, eso es lo que pasa, si aprendieran a escuchar un poco más...(U19)

Te tratan bastante mal, bah, no sé, como que están siempre apurados (U11)

Al tratar la enfermedad como una entidad ajena a la experiencia del sujeto, que debe ser clasificada desde la lectura médica especializada, su voz, su pensar/sentir sobre esa situación es dejada de lado. El sujeto se configura ajeno al proceso de diagnóstico como en la valoración del tratamiento indicado. La lógica científica encarnada en la práctica médica propone una vinculación de sumisión del sujeto/paciente, en la que no es relevante su perspectiva ni su experiencia en el padecer. La desconsideración de la vivencia de quien sufre, es un elemento relevante y reconocido en el sistema biomédico (Luz, 2005), que lleva a otras exploraciones terapéuticas.

⁷¹ Ayres, (2004); Escudero-Carretero et. al (2006); Bernalte y Miret (2009); Hamui Sutton, et. al., (2013); Cófreces, Ofman y Stefani, (2014); Bonet, (2015), entre otros. En un trabajo reciente, Petracci et. al. Realizan un recorrido muy completo por los estudios en el tema (Petracci, Sanchez Antelo, Schwarz, Mendes Diz, 2017). Las posibles modificaciones, reclamadas y actuadas desde dentro del modelo médico, no parecen aun ser percibidas por los usuarios.

La falta de escucha, la desconsideración de la experiencia personal, la carencia de espacio para la narración de la enfermedad, se articulan a la percepción desde los usuarios de una profunda distancia relacional con el profesional médico. Confirmatorio de la escisión entre especialistas/legos, que deposita el saber en uno y la ignorancia en otro, de la apropiación de un lenguaje infranqueable para el sujeto (Illich, 1975; Haraway, 1995) sosteniendo así la asimetría fundante de la interacción en las consultas.

Pero para mí está muy arraigada la práctica que hacen. Además, en algún lugar leí esto de la superioridad en relación al otro, de que 'yo te sano, yo te curo'; el réditto que tienen en relación a eso, el tema del saber, del prestigio. Es como que está muy arraigado y es muy fuerte (U2)

Una vez, le dije al traumatólogo [que] estaba tomando glucosamina, ¿para qué! "por qué no come oreja de chancho también" y se reía...me habían dicho que funcionaba y un amigo que corre le hizo bien, pero no, imposible hablar, mejor quedarse callado (U15)

La distancia parece caracterizar la relación del profesional con los usuarios. *Mejor quedarse callado (U15)*. El saber especializado e incomprensible para el sujeto, quien debe someterse pacientemente y sin palabra propia, determina la prescripción desde fuera de la experiencia del doliente. Si bien, como mencionamos, pueden reconocerse algunas líneas de fuga dentro de la práctica médica desde la literatura en el tema (Bonet y Gomes Tavares, 2006; Petracci, et. al., 2017), estas parecen remitir a experiencias incipientes o escasas, que no alcanzan a impactar en una transformación percibida por los usuarios.

A partir de la literatura en el tema, supusimos la posibilidad de encontrar en los relatos referencias a las posibles variaciones o modificaciones que estarían operando en la relación médico-paciente, aun en la coexistencia no exenta de conflictos entre los distintos modelos de atención (Petracci, et. al., 2017). No fue así. Solo una terapeuta floral aludió difusa y genéricamente a ello: *a mí me parece que algunos [profesionales médicos] están empezando a cambiar, a ver las cosas distintas*, y en la continuidad de la entrevista: *a mí no me ha tocado (T2)*. La relación de extrema asimetría y distancia comunicativa se sostiene, vista desde los sujetos entrevistados. Aun cuando las opiniones de los profesionales de la salud entrevistados⁷² fueron de las más contundentes en la crítica (*el médico ya no contiene en el dolor ni sabe lo que siente su paciente (T11)*; *la medicina hoy es puro negocio (T10)*), pueden considerarse ellos una expresión

⁷² Dos profesionales médicos y una farmacéutica, como terapeutas y una odontóloga, como usuaria.

concreta de esas posibles variaciones al interior del modelo médico como de los traslajos entre el modelo hegemónico y las terapias alternativas⁷³.

Para protegerse de lógicas exógenas, como podrían ser las expuestas por las formaciones emergentes de las terapias alternativas, la institucionalidad del modelo médico -como otras- parece crear separaciones infranqueables. Los intercambios con otras lógicas se realizan en el marco de intercambios regulados, institucionalizados que colocan a los profanos alejados de la posibilidad de comprender el lenguaje que define una experiencia vital como la de enfermar. Los encuentros no son de igual a igual, “para resistir a quienes les pueden oponer creencias y tradiciones colectivas distintas..., para resistir las influencias de un afuera de ese cuerpo profesional” (Lahire, 2004: 43).

No se trata solamente de la apropiación del lenguaje. Subyace una tensión epistémica. Mientras para la perspectiva del profesional la enfermedad es de origen fisiológico, el usuario vivencia su malestar de modo integral. Esta mirada es desagregada por el diagnóstico médico, la mayoría de las ocasiones desde mediaciones tecnológicas y de laboratorio, al sostener la separación de la ocurrencia de la enfermedad como fenómeno físico, escindiendo la experiencia del sujeto del resto de las dimensiones involucradas.

Una terapeuta floral, médica en ejercicio en el sistema público y privado de salud, comenta:

los roles están trastocados [en la biomedicina], el médico no evalúa, lo hace la resonancia o el laboratorio...el médico ya no contiene en el dolor ni sabe lo que siente su paciente (T11)

El profesional de la medicina da por hecho la ignorancia del usuario respecto de su padecer. En consonancia con el posicionamiento científico que entiende es su fundamento, separando nítidamente especialistas de legos. El saber médico establece lo que le ocurre a ese paciente, más allá de la percepción y sentir del sujeto. El diagnóstico y la valoración del tratamiento se produce por fuera, y en no pocas ocasiones, contra todas las percepciones y sentidos dados a la experiencia del dolor, la enfermedad y el malestar. Así, se minimiza o directamente descarta la perspectiva del sujeto, y el sentir-entender la enfermedad quedan sonando como redundancia. Sumado a ello la

⁷³ Restaría indagar si las transformaciones encuentran, o no, campo más fértil en el espacio de la salud pública. Cuestión que no podemos constatar desde nuestra muestra, conformada por sectores de clase media, con cobertura de obra social, que solo han atendido alguna urgencia circunstancial, en unos pocos casos, en el sistema de salud pública. La sombra de clase condiciona las prácticas y resulta necesaria para comprenderlas.

enfermedad es interpretada con total ajenidad respecto del sujeto y de su contexto, cercano y amplio. Las mediaciones técnicas de diagnóstico, la escasez de tiempo dedicado al encuentro terapéutico y el énfasis en la prescripción de medicamentos complementan la escena. Recuperemos aquí toda la materialidad sobre la que se estructuran las prácticas.

Puestos en este punto, entendemos que la práctica médica, como cualquier otra práctica, no puede escindirse de las formas económicas asociadas a ella, que la sostienen y a las que sostiene. La industria farmacéutica, los desarrollos de tecnología médica y el sistema de seguridad social, configuran la trama sobre la que se organiza la tarea médica. Los sentidos sobre el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad construidos en los trayectos terapéuticos, deben reponerse en la dinámica de la interpenetración con formas económicas⁷⁴. Si bien no se trata de un reflejo, resultan condiciones estructurantes de las prácticas en análisis (2.2.).

A su vez, las críticas descritas tensionan con el reconocimiento al saber médico. Los sujetos valoran la formación y el conocimiento de los profesionales, en el marco de la afirmación del prestigio social asociado, aun cuando tensionen con la autoridad médica al momento de la interacción, los diagnósticos y los tratamientos.

Tengo suerte, mi médico es un capo, sabe mucho...(U19)

Una se da cuenta que saben mucho (U26)

Y es porque él estudió tanto para ser médico que vos crees que no se le escapa nada (T9)

El valor asignado a la base científica del conocimiento médico, el reconocimiento social de la medicina, el *prestigio* (U2) construido desde la cura, la eficacia percibida frente a determinadas enfermedades, resultan aspectos que forman parte de la tensión, de la ambivalencia que transita entre la insatisfacción y el reconocimiento. Las regularidades encontradas en las críticas son contundentes, pero no debe seguirse de ello que tales regularidades informan homogeneidad, ni en la muestra en general ni en los sujetos en particular, ni respecto de los dominios terapéuticos. Los trayectos terapéuticos expresan la ambivalencia y las ambigüedades que recorren las prácticas en estudio, tanto referido al sistema biomédico como a la terapia floral. Las prácticas, desde nuestra perspectiva, expresan estas tensiones constitutivas.

⁷⁴ Aun cuando no analizamos datos sobre las formas económicas en sí mismas, ni las hicimos objetivo de esta investigación, la perspectiva conceptual asumida nos lleva a recuperarlas como reflexiones, como hipótesis de análisis posibles, en cada instancia en que nos permite la tarea de campo realizada.

3.2.3. La prescripción y el uso de medicamentos. Temores y tensiones

Las consecuencias de la medicalización es uno de los aspectos más significativos de las críticas y dudas generadas en los usuarios, y percibidas también por los terapeutas florales como origen de las consultas. Enfatizan todos los relatos, sin excepción, el rechazo a los medicamentos por sus contraindicaciones y efectos secundarios y, socializados en el mundo de la terapia floral, por su ineficacia para resolver las causas de la enfermedad. Se agrega a ello el rechazo por tratarse de composiciones artificiales, de elaboración química y producción industrial, por oposición al valor que asignan a lo natural⁷⁵.

La carga negativa referida a la prescripción y consumo de fármacos surge de experiencias propias o cercanas relacionalmente.

Porque entiendo que la salud, o sea, soy enemiga de tomar medicamentos de la medicina tradicional, salvo que sea estrictamente necesario (U4)

Yo era adicta a las farmacias: diclofenac, calmantes para el dolor de cuello. Íbamos corriendo y yo llevaba el antiinflamatorio en la mochila. No sabes el gasto que tenía en farmacia y hace 4 años que ni a ellos [sus hijos] les compro. Tienen dolor de cabeza: tecito, yerbas, pero nada de medicamentos. Era adicta a las farmacias y estaba cada vez peor (U19)

Mi papá estaba intoxicado de medicamentos (U26)

Y mi viejo estuvo mal hace unos meses pasado en medicación, se hizo un agujero en la panza, estuvo en terapia. Y eso es porque viven buscando la solución en el otro, en los médicos (U2)

Tengo mucha experiencia de intervenciones y medicamentos fuertes que casi me destruyen del todo (U8)

El cuestionamiento y temor al uso de los medicamentos es un elemento compartido. Crítica rotunda y que en principio se presenta en la muestra casi sin matices, aunque en la continuidad de las entrevistas podremos ver las tensiones y ambigüedades. El daño representado por los medicamentos, como efecto directo o secundario, como vivido o potencial, es eje de las consideraciones críticas para con la biomedicina y de las motivaciones explícitas de la

⁷⁵ La recuperación de lo natural como fuente de salud, es expresión de una de las dimensiones centrales de la cosmovisión y la creencia de la gramática compartida en lo alternativo. Asomará en distintos momentos del trabajo y reflexionaremos más específicamente sobre ello en 6.2.4.

conurrencia a las terapias florales. El medicamento representa en sí mismo la tensión entre su posible eficacia y los potenciales o vividos efectos secundarios adversos.

Los remedios me enfermaban...los remedios alopáticos para los problemas hormonales tenían muchos síntomas colaterales (U23)

No como un medicamento que ya sabés que tiene miles de contraindicaciones; es más, cuando te dan un medicamento ni por casualidad lees el prospecto porque es tremendo todo lo que te puede pasar (U4)

Si el eje del tratamiento en la perspectiva alópata responde a la medicalización del sujeto, éstos reclaman considerar su experiencia en relación a efectos secundarios y a la eficacia del consumo de esos medicamentos, lo que no parecen tener en cuenta los profesionales médicos con los que han interactuado. Aun así, la caracterizamos como tensión desde la percepción de eficacia depositada en la medicación alopática y las ambivalencias generadas en los relatos. Si los medicamentos se constituyeron como uno de los aspectos más relevantes de los que, asociado a un complejo haz de dimensiones, permitió la consolidación del saber y práctica médica como dominante desde finales del siglo XIX (Foucault, 1977; Menéndez, 2005), en las entrevistas puede percibirse tal eficacia, asociada en general, a la rapidez en el alivio sintomático. Las dolencias asignadas a alguna parte específica del cuerpo o cuyo origen identifican en un agente externo, son las utilizadas como ejemplos pertinentes para dar cuenta de esa eficacia.

Tuviste fiebre, podés necesitar antibiótico, anda al médico (U4)

Te duele la cabeza, querés sacarlo enseguida, para eso [el medicamento] va (U5)

Así, aún en la regularidad de la crítica, el consumo de medicamentos se expresa con ambivalencias. Eficaz y riesgoso, a veces necesario y siempre temido. Los efectos adversos o secundarios, los riesgos potenciales, resultan expresión significativa de las argumentaciones explícitas como crítica al modelo de la biomedicina y como parte de la motivación para explorar el espacio de las terapias alternativas. El medicamento, de producción química, no natural, se asocia al énfasis en el síntoma y en el agente biológico causante de la enfermedad (3.2.1), ratificando la fragmentación de la experiencia del padecer en el modelo médico, percibida por los sujetos.

Entonces tenés que tomar antibióticos alopáticos, químicos. Pero te desequilibra todo lo demás; que esta es la cuestión de la alopatía. Como no tiene la capacidad de verte

en forma integral; cuando te resuelve algo, te desequilibró tres cosas de otros aspectos (T1).

En varias ocasiones pudimos reconocer esa tensión en las experiencias. Un usuario (U1) nos comenta inicialmente *hago poco uso de medicamentos*, reduciendo ese uso al consumo de antiinflamatorios para algún dolor agudo. Sin embargo, en la última parte de la entrevista, nos dice: *después que me deprimí, tomaba paroxetina*⁷⁶ y agrega, *ahora casi no la tomo todos los días, es que no quiero usar medicamentos*. Se percibe la tensión que se genera desde la convicción en el valor de no consumir medicamentos, que se flexibiliza, no sin conflictuarlo, ante la necesidad percibida de su consumo. *Casi no la tomo todos los días* muestra incluso la dificultad para expresar la tensión. El usuario expone la imposibilidad de sostener una dimensión que debería, según su lectura, configurar sus prácticas: el rechazo al consumo de medicamentos. Intenta organizar la narración con coherencia respecto de la crítica a la medicalización y la adhesión a la cosmovisión construida en la terapia floral, pero puede percibirse el desajuste. Los sujetos circulan entre el modelo médico y la terapia floral, expresando ambivalencias en la interpenetración de las prácticas.

En este caso, el usuario es medicado por un cuadro depresivo. Se reiteran en la muestra las referencias al uso de este tipo de medicamentos, de los que se reconoce su crecimiento desde las últimas décadas del siglo XX en todo el mundo occidental (Stolkiner, 2013). La depresión y la ansiedad resultan dolencias que se postulan como expresión de malestares propios de las transformaciones en las exigencias de la vida social (Ehrenberg, 2000). El bienestar se asocia a la ausencia de tristeza, a la superación de estados de ánimos melancólicos y/o cambiantes, a la disminución del impacto de las preocupaciones y frustraciones cotidianas. Los ansiolíticos y antidepresivos son fieles aliados del imperativo epocal del sentirse bien en todo momento y situación, como eficaces dispositivos de regulación de la sensibilidad. El medicamento devuelve el equilibrio emocional y promueve la adaptación social a modo de dispositivo de control social investido de validez por la autoridad científica (Haraway, 1995).

*Hay mucha gente que está harta de la medicación psicotrópica; yo haría una marcha en Tucumán y Avenida Roca*⁷⁷ *con la consigna “basta de Rivotril”, “no al Rivotril, sí a las flores” (T3)*

⁷⁶ Antidepresivo.

⁷⁷ Esquina céntrica de la localidad, epicentro de la mayoría de las manifestaciones públicas.

Y tenés las personas que van a buscar el rivotril; y lo menciono porque es alarmante para mí, la ingesta indiscriminada del clonazepam. Acá vienen personas que cuando le preguntás por qué lo toman y te dicen que para dormir. Y tenés dos opciones: o le decís que siga durmiendo o lo despabilás para que se dé cuenta que se puede vivir sin rivotril (T11)

Quien cuenta esto, lo hace desde dentro del modelo, a partir de su ejercicio profesional como médica. La medicalización de estos estados de malestar se asocia a la tendencia a reducir toda experiencia del padecer a un presunto origen biológico. “Producto de la cultura moderna occidental”, se transforma “una vivencia dolorosa en categoría psicopatológica” y, consecuentemente, medicalizable (Stolkiner, 2013). Desde los sujetos que transforman sus itinerarios terapéuticos en lo floral, la búsqueda del síntoma en relación a algún órgano en particular asociada a la rápida medicalización, impide una visión integrada de situaciones que podrían no requerir medicación alguna. Se clausuran los sentidos posibles para superar la vivencia del malestar a partir de la eficacia del producto farmacéutico.

Para los sujetos entrevistados, el medicamento asume así la representación, de manera paradigmática, de la búsqueda externa en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad. El consumo de medicamentos simboliza una expectativa por superar las dolencias que es puesto en tensión desde los usuarios que recurren a las terapias alternativas. Se presenta como una búsqueda por resolver los malestares por fuera de sí mismo⁷⁸. Representación de un exterior que clausuraría la posibilidad de autorreflexión, de apropiación de la biografía, condición para sanar en la terapia floral (4.1. y 4.2.). Se define así el cuestionamiento al consumo de medicamentos no solo por sus riesgos, sino también como obturador de la posibilidad de autoconocimiento. La tensión discurre entre la experiencia del valor asignado a la posibilidad de curación o superación de algún síntoma específico, de manera más rápida, y la tarea terapéutica en el espacio de la terapia floral, que reinterpreta el modo de cuidar la salud y atender el padecer, en busca de causas que van más allá de lo sintomático (como veremos en 4.1.).

Te apropias de vos mismo [en el tratamiento en la terapia floral]. De otra manera esa pastilla te lo va a solucionar. ¿Dónde está el cambio? No en la pastilla (U2)

Las cosas sintéticas como para el dolor de cabeza es en el momento, esto [la terapia floral] es proceso (U6)

⁷⁸ La responsabilización individual en el espacio de la salud/enfermedad es otra dimensión significativa en el mundo de las terapias alternativas. De registro constante en todo el trabajo, la analizaremos especialmente en 6.2.1., como una de las dimensiones más relevantes en la estructuración de la experiencia.

Las carencias e insuficiencias detectadas en las experiencias de los sujetos por el sistema biomédico, no desconocen ni reniegan de su eficacia ante situaciones específicas. Como arista relevante, el fundamento científico, aun para quienes la cuestionan con menor o mayor distancia crítica, parece ser el blindaje que la sostiene como el centro de referencia respecto del cuidado de la salud/atención de la enfermedad. Qué a la vez es cuestionado por su *falta de humanidad* (U10) y por las consecuencias no deseadas de los desarrollos asociados, especialmente en el diseño y producción de medicamentos. Quizás se trata de la expresión de la tensión circulante culturalmente respecto del saber científico y los desarrollos tecnológicos y químico-farmacéuticos en el campo de la salud, que parece dar cuenta de la inversión del riesgo en la relación ciencia-naturaleza (Beck, 2006). Como propone Hall, los mismos términos pueden presentar valores y tensiones diferentes leídas en el cambio de condiciones históricas (Hall, 2017: 237).

El reclamo de mayor humanización parece tensionar con el opuesto encarnado en lo científico. La sacralización del pensamiento científico especializado, es piedra angular de la convicción médica. Desde los consultantes, el discurso y práctica médica funda y media toda la relación a partir de apelaciones al conocimiento científico por evidencia. Se consolida la exclusión de la experiencia de quien enferma, que no sabe qué le pasa, no podría entenderlo y no tiene acceso al saber especializado necesario para comprender el diagnóstico y el tratamiento propuesto. Ser paciente se entiende así, en un sentido de profunda exclusión. El vínculo de contención del padeciente se desintegra en el espacio regulado por la evidencia médica, en el marco de la dimensión económica que estructura las prácticas de la biomedicina.

Todo saber tiene que estar al servicio del hombre y no el hombre al servicio de la ciencia (U12)

Es un conocimiento rígido, no tienen humanidad (U10)

Si nuestra tarea como médicos se reduce a prescribir medicamentos, perdimos de vista todo lo que realmente importa (T10)

La condición humanista, como oposicional de lo científico-técnico, parece ser otra de las claves de conformación de la matriz generativa de las terapias alternativas. La posible confrontación con el pensamiento científico, soporte central de la validación del conocimiento médico, es relativa, es parcial. La crítica remite a suavizar su rigidez, permitir otras entradas comprensivas respecto del enfermar y el padecer, escuchar la vivencia de los sujetos y reconocer los riesgos y limitaciones de los productos farmacéuticos. Así, proponen comprender las limitaciones del saber científico-

técnico, siempre de eficacia parcial, en tanto *desarreglan más de lo que curan* (T9). No se trata del rechazo o desconsideración total del fundamento científico⁷⁹. La crítica apunta a la exacerbación de la razón científica como referencia dominante en el trabajo terapéutico de lo médico. La descalificación de la experiencia personal, la desconsideración de otras dimensiones posibles de análisis, la contundente certeza y el lenguaje incomprensible desde el profesional médico, parecen sostenerse en el valor de verdad excluyente de la ciencia, de la reconocida visión positivista circulante por las prácticas de atención biomédicas (Menéndez, 2015).

3.2.4. La resistencia del modelo médico a otras prácticas terapéuticas

Los sujetos destacan como una dimensión significativa de su insatisfacción con la biomedicina, la condición excluyente y descalificadora de otras opciones a las que recurren en sus itinerarios terapéuticos. Con base en el valor de verdad de la evidencia científica, exponiendo las operaciones institucionales de separación sobre cualquier expresión no científica que pudiera amenazarles, los profesionales médicos rechazan y descalifican el uso de otras prácticas terapéuticas utilizadas por los usuarios. Las terapias alternativas, y dentro de ellas la floral, resultan fuertemente cuestionadas.

En consecuencia, los usuarios evitan comentar en las consultas médicas sus trayectos terapéuticos por opciones fuera de la biomedicina, ante la habitual resistencia de los profesionales, quienes cuestionan su uso, por transgredir el tratamiento indicado, desautorizando tales prácticas y descalificándolas, situación reiterada en los estudios en el tema en nuestro país (Franco y Pecci, 2002; Idoyaga Molina, 2005; Pitluk, 2008; Eymann, et. al., 2009; Saizar, 2013; Freidin, 2017). El colectivo profesional dentro de las ciencias médicas se presenta con tendencia homogénea -visto desde los sujetos entrevistados – en el cuestionamiento y cierre a las experiencias terapéuticas pluralistas, quizás como modo de resistir posibles tensiones desde ese afuera del modelo (Lahire, 2004).

Como resultado de ello y por temor a la recriminación y/o la descalificación de la que son objeto cuando lo plantean, los sujetos esconden sus prácticas por otras opciones terapéuticas y las

⁷⁹ Creemos que es otra línea posible para la continuidad de nuestra tarea de investigación. La creencia respecto de la ciencia, del alcance y validez de sus conocimientos, y las prácticas desenvueltas a partir de ello, se proponen como un espacio del que exponemos algunos elementos reflexivos en esta tesis, que puede ser profundizado y enfocado más específicamente. El contexto pandémico actualiza las tensiones posibles en el tema.

respuestas encontradas en ellas. El saber médico pierde de vista, más bien niega y clausura a sabiendas, la complejidad de los itinerarios terapéuticos de los sujetos.

No le cuento que uso flores, que se yo, me da cosa que se revire, jaja (U13)

Pero a mi psicóloga le dije que tomaba flores de Bach y me miró un poco raro, pero no me dijo nada...Pero después comentarlo con un médico, no, ni loca (U4)

Prefiero no entrar en eso, ya me ha pasado...después se te enojan (U8)

En general no entienden, es como si les estuvieras haciendo algo a ellos y ni te preguntan de qué se trata (U11)

La descalificación se asienta en el desconocimiento de esas otras terapéuticas y el rechazo ante una práctica no científica. El último fragmento revela un elemento más: la vivencia de la desautorización médica a partir del uso de otras terapéuticas por parte de sus “pacientes”. *Es como si les estuvieras haciendo algo a ellos*. La preocupación parece teñirse del desplazamiento de la autoridad médica. La posible amenaza es representada por terapias que, dando lugar al sujeto en su proceso terapéutico, le lleven a resignificar el lugar de verdad/poder detentado en la interacción médico-paciente. Toda una inversión de la configuración del ejercicio médico y del lugar social que ocupan, aun cuando desde el mismo modelo médico se ratifica que los niveles de adherencia a los tratamientos son mayores si se consideran las creencias y estilos terapéuticos de los usuarios (Cófreces et. al., 2014).

Los terapeutas florales entrevistados, profesionales en el espacio de la biomedicina, identifican escasa apertura de sus colegas y no consideran probable la aceptación creciente de las terapias alternativas por parte de los profesionales biomédicos. *Mi caso es excepcional. No conozco otros médicos en Roca que se hayan formado en Bach. Estaba O. L. en su momento, pero desde él me parece que nadie más...* Ante la pregunta si creía que eso podía estar cambiando, nos dice: *No, no creo, más bien al revés (T10)*.

Otro profesional médico, participante como público de una de las Jomadas de terapias alternativas observadas, nos comenta.

.....Y le dije [a una paciente], y si te sirve andá. Y uno aprende que cuando uno tiene esa humildad, esa apertura de decir si esa chica se alivió tanto tiempo y fue a ver a esa chica que ni la conozco y le fue bien, por qué no acceder a esa posibilidad. Cuando el médico tiene esa apertura de saber que otro puede ayudar, está bueno porque se

abren más puertas y el que es más beneficiado es el paciente. La persona que viene tiene todo el derecho de que se lo trate con todo respeto, y eso es lo básico. (UJ5⁸⁰)

En el fragmento podemos reconocer la apertura, la aceptación de ese otro que puede ayudar y la propuesta de una relación médico-paciente basada en el respeto de los trayectos terapéuticos particulares. Sin embargo, la *humildad* es acompañada de un *si te sirve andá*, que parece connotar cierta desconsideración, aún en la habilitación. El valor de aceptación radicaría en el alivio percibido por la paciente. En lectura de lo hegemónico, aun cuando se trata de una expresión particular, el reconocimiento puede enunciar la incorporación de la práctica, desgajándola de sus elementos de posible confrontación y adaptándola en una lectura de complementaria inocuidad.

La lectura general de la muestra expone como regularidad la desconfianza y descalificación de las terapias alternativas en el mundo médico. La validación del saber en el espacio de la biomedicina concreta la clausura de las terapias alternativas, configuradas como ese otro, en términos prácticos y discursivos, necesario en la identificación de lo propio.

Lo llamo a mi hijo [nutricionista] y él me pregunta que es un osteópata. Y le digo: “está cerca de la kinesiología”; y me dice ¿no estudió en la universidad? Entonces, no vayas, es chanta (UJ5)

Cuando nació mi último hijo, estuve muy complicada de salud: me agarraba taquicardia, me bajaban las contracciones y la pasé bastante feo. Entonces la posibilidad era ablacionar: te pasan un cateterismo durante cinco horas. Pero para todo esto hice una preparación previa con Reiki y empecé a tomar flores; pura y exclusivamente las de Bach. Me acuerdo que el médico se mataba de la risa porque me decía que eso no me iba a hacer nada. Y después me miraba y me decía “hace cinco horas que estás acá”. Y yo estaba re bien, tranquila. Pero él se ponía nervioso y me decía que le iba a tener que dar flores. Pero se reía, en el fondo siempre se burlan, aunque vean que a uno le hace bien (U16)

A mí me pasa un poco con mi hija, es bioquímica. Y cuando le hablo de las flores me dice que no; me dice “a ver tus florcitas”. Y yo le digo que pruebe (U25)

La reticencia a exponer los recorridos terapéuticos alternativos ante los profesionales del modelo médico, es confirmada por los terapeutas florales.

... también está el temor de la gente a confesar a los profesionales que hacen este tipo de terapia (T2)

⁸⁰ En el caso de fragmentos de las entrevistas informales mantenidas con usuarios y terapeutas en las Jornadas observadas, incluimos la J a la caracterización (UJ o UT).

Por ahí cuando la gente viene y me dice “pero mi doctor me dijo que si venía con vos era un chamanismo”. Y es porque él estudió tanto para ser médico que vos creés que no se le escapa nada (T9)

Aunque los profesionales de la salud descalifican a las flores totalmente. Al principio sentía como una cosa de descalificación real, y hoy entiendo que es la falta de conocimiento (T3)

La clave del reconocimiento de la medicina está en lo económico, en lo que aceptan las obras sociales (T11)

El último fragmento muestra el complejo entramado de la institucionalidad del modelo médico y el peso de la dimensión económica de lo hegemónico. El cuestionamiento a las terapias alternativas, no solo se fundamentaría en la falta de formación reconocida de los terapeutas, en la ausencia de evidencia científica de su posible eficacia, o en la inversión de la autoridad médica que podrían generar. La clausura operaría, fundamentalmente, en el desconocimiento como prácticas válidas desde el sistema de seguridad social⁸¹. La terapeuta floral y médica, entiende que la clave de transformación posible en la aceptación de las terapias alternativas, es la habilitación de algunas terapias desde el sistema de obras sociales. ¿Podría cambiar el rechazo de los profesionales médicos a las terapias alternativas si fueran aceptadas por las obras sociales?

Si bien contamos con datos insuficientes y escasez de experiencias en otras latitudes -ninguna en el territorio- para sostener la hipótesis (por otra parte, contra fáctica en este momento), la misma resulta verosímil como inquietud reflexiva y expone el peso de las determinaciones económicas sobre las prácticas. Desde la trama conceptual propuesta, la influencia estructuradora de las formas económicas alcanza a todas las prácticas, no solo a las definidas como hegemónicas (Hall, 2017). Por tanto, no postulamos esa influencia estructurante como exclusiva del modelo médico y ajena a la terapia floral. El reconocimiento de la creciente mercantilización de productos del mundo de lo alternativo (De la Torre y Gutiérrez Zúñiga, 2005; Saavedra y Berenzon, 2010), especialmente por parte de la industria farmacéutica (Menéndez, 2015), resulta un indicador de ello.

⁸¹ En ningún caso surgió de los entrevistados ni de los registros de observación alusiones a las diferencias sociales que limitarían el acceso a las terapias alternativas, en tanto los costos deben afrontarse desde la capacidad financiera personal. Como mencionamos previamente, el atravesamiento de la condición de clase social, es una pista de trabajo a profundizar.

3.2.5. *La salud mercantilizada y las tensiones en el modelo médico*

Al establecer prácticas, conocimientos y procesos de atención de la salud y de la enfermedad como valor de cambio, se incorpora a la salud como mercancía (Breilh, 2003), como elemento negociado en términos de oferta y demanda en un mercado que de ese modo consolida la diferenciación de accesibilidad. La mercantilización del sistema de salud, atraviesa la práctica médica (Illich, 1975; Luz, 2005) y es reconocida desde los usuarios y terapeutas florales.

Yo creo que el médico sabe que hay cosas que tiene que cambiar, pero lo que pasa es que está atado por los laboratorios (T11)

Acá vamos muy lento. La enfermedad sigue siendo el mejor negocio. Entonces hasta que no sea la salud el mejor negocio, el enfoque sería diferente (T2)

Los intereses industriales son tremendos, vos ves que el médico te receta lo que antes de verte ya sabe que te va a recetar. A mí me dio Micardis, andaba caído y dormía demasiado. Un año estuve así. El médico que te decía pegué de casualidad, me cambió la medicación, me dijo que era una barbaridad que estuviera tomando eso⁸² (U14)

Las referencias aluden a los intereses de rentabilidad, de carácter transnacional, asociados especialmente al diseño, producción y venta de medicamentos. *A la industria farmacéutica no le conviene que se cure sin tanto medicamento. La medicina hoy no es arte de curar, es arte de facturar... es muy triste ver como todos los congresos son financiados por quienes producen la droga [medicamento] que justamente te van a vender en los papers (T11)*. El conocimiento que sostiene la práctica médica circula, se difunde y se promociona casi excluyentemente desde los laboratorios farmacéuticos, mostrando sin reservas la articulación entre el saber médico y la competencia económica de la industria farmacéutica.

La mercantilización del conocimiento y las prácticas en el modelo de la biomedicina no solo parece alejar el diagnóstico de la relación interpersonal, el que se encuentra mediado por la tecnología médica y las pruebas de laboratorio. También se modifican permanentemente los valores de referencia de lo medicalizable. La determinación de la normalidad, de aquello que es enfermedad y/o requiere tratamiento, es un ejercicio de poder (Foucault, 2005), detentado por el modelo médico y condicionado por la dimensión económica del mismo.

⁸² Según nos explica, la medicación (antihipertensiva) prescrita tenía un efecto de 24 hs. Su tensión arterial se mantenía normal y estable durante la noche, por lo que era recomendable la utilización de medicación con efecto de 12 hs.

¿Y entonces yo le dije, resulta que ahora tengo diabetes y hace tres años no? No entiendo, si me siento igual y no cambia lo que dice el análisis ¿cómo es que ahora estoy enferma y antes no? (U16)

Me explicó la cardióloga, que antes 200 de colesterol estaba bien, pero que fue cambiando, ahora creo que es 180. Que se yo. Ella sabrá, pero el asunto es que nunca la dejo conforme (U15)

Un saber especializado y legitimado, que resulta opaco para el usuario, se posiciona dominante (*ella sabrá*), para establecer el rango de normalidad en términos de tendencias estadísticas, homogeneizando el sentido y alcance del enfermar orientado, al menos en buena parte, por las necesidades del mercado farmacéutico. *A la industria farmacéutica no le conviene que se cure sin tanto medicamento (T11).*

Es excepcional el talento que han puesto ahí para desarrollar ese tipo de conciencia del temor para poder poner en el mercado un tipo de droga. Es interesantísimo. Lo mismo pasó con la gripe A, donde España invirtió miles y miles de dólares, y después no se habló más (U10)

Hay en marketing algunos productos que hacen a la moda y con los que la gente se engancha; por ejemplo, los que promocionan que tienen 0 colesterol. Y yo no sé cómo no lo ven eso porque comercialmente es un agravio fuerte; la única persona que genera o no colesterol es el ser humano, no los productos. Yo no sé cómo defensa al consumidor no ve esto. Seguro que es porque los intereses industriales son tremendos. (U1)

La presencia de la dimensión económica atraviesa y condiciona el modelo médico de manera evidente, si lo juzgamos desde los relatos de los usuarios y terapeutas entrevistados. El eje dominante de las críticas en este aspecto es el lugar que ocupa la industria farmacéutica. Además del reconocimiento del peso de sus intereses (*tremendos*) en la regulación de la práctica médica, devienen la expresión paradigmática de lo artificial, de lo no natural, del desarrollo tecnológico fuente de potenciales daños. Se asocian valores que serán recuperados oposicionalmente desde las dimensiones que estructuran la experiencia en grupos sociales como el estudiado y que atraviesan todo el trabajo, asignando lo artificial a la biomedicina y lo natural a la terapia floral. Sin embargo, este eje de confrontación, no desconoce la dinámica de traslapes y tensiones entre la biomedicina y las formaciones como las terapias alternativas.

Conceptualizamos el modelo médico hegemónico como dinámico, no estanco, ni homogéneo, en constante negociaciones de apropiación e incorporación de las prácticas y sentidos no hegemónicos (2.2.1.). La dinámica de las tensiones en curso, aun con destino final incierto y

siempre transitorio, puede leerse como parte de la asimilación de la crítica de formaciones emergentes, como las terapias alternativas, aunque no solo. Las críticas articulan referencias internas como desde fuera del sistema médico.

En el recorrido por el estado del conocimiento en el tema podemos recuperar referencias para el diálogo reflexivo. Desde dentro y en los bordes del sistema médico, se propone recuperar la narración y la perspectiva del paciente como parte esencial del encuentro terapéutico (Ayres, 2004; Valverde, 2009), humanizar el uso de las mediaciones tecnológicas en diagnóstico y tratamiento (Rillo et. al., 2009), debatir el alcance de la medicalización (Clarke, et. al. 2003; Stolkiner, 2013; Bianchi, 2018), y, desde la lectura del sistema inmune, sin abandonar la perspectiva del agente invasor como fuente de la enfermedad, trasladar el eje del tratamiento a transformaciones desde el sujeto en una perspectiva de mayor integración. Si bien pueden suponerse algunas mutaciones en curso en el modelo médico, como hemos visto hasta aquí, desde nuestra muestra no se advierten esas posibles transformaciones. Desde la perspectiva de los sujetos entrevistados, la dinámica percibida expone limitados repliegues y mínimas adaptaciones en el modelo médico, cuando son reconocidas, en un proceso en que lo alternativo pierde su sentido, es secundarizado y subsumido en clave médica.

La tradición selectiva (Williams, [1977] 2009) que el modelo médico concreta en nuestro contexto nacional, parece devenir en mayor distancia con otras creencias⁸³. Quizás puedan encontrarse algunas pistas de comprensión en la revisión histórica de la conformación del sistema de salud y de atención médica en nuestro país (Belmartino, 2005; Carbonetti y González Leandri, 2008), en las profundas diferencias con esa construcción en otros contextos (Belmartino, 2010), en el proceso histórico de mayor exclusión de otras opciones terapéuticas, incluidas las tradicionales, respecto incluso de otros países de la región (Bordes, 2009).

No encontramos más que alguna tímida referencia específica, *en mi médico veo más humanidad que negocio... pero en general no es así* (U1), exponiendo una percepción bastante homogénea de las experiencias por el sistema médico. A cambio, el profesional médico, presente como público en una conferencia de terapeutas de las Jornadas en terapias alternativas, da cuenta de las posibles

⁸³ No se encuentran datadas transformaciones significativas en otros contextos. Las posibles reorientaciones en el sistema médico a partir de la consideración de lo cultural como un componente significativo del diagnóstico y tratamiento es más una añadidura formal que la modificación de la práctica y formación médica (Comelles, 2004).

aperturas en ciernes en el modelo médico. Aunque la referencia es a otro contexto, el dato significativo, más que sus dichos, es su presencia en el evento de terapias alternativas.

Pero se están abriendo. Yo soy médico y hace dos meses estuve en un congreso internacional de otorrino, y por primera vez se habló sobre terapias alternativas. Y todos se quedaron alucinados. Porque es como dicen ustedes, el cuerpo es uno solo y necesita no del antibiótico ni del descongestivo, sino de muchísimas otras cosas (U5)

Las condiciones de la muestra como la intencionalidad de nuestro trabajo, cuestiones por otra parte inescindibles, quizás no habilitan a profundizar más allá de los elementos aportados respecto de las transformaciones concretas que pudieran estar operando en el sistema biomédico y las tensiones generadas en ese proceso. De igual modo dimos cuenta de las referencias que aluden a esa dinámica de transformaciones e incorporaciones, las que seguirán asomando en el resto del trabajo, advirtiendo que las negociaciones y adaptaciones entre el modelo médico hegemónico y las formaciones culturales analizadas siguen en proceso, aun no decantado.

3.3. Usos tácticos de la biomedicina

La caracterización del modelo médico y las terapias alternativas como dominios diferenciados, es una percepción de los sujetos y no solo una operación conceptual o analítica. Se observa la identificación de la biomedicina y las terapias no biomédicas como dos instancias delimitadas con nitidez: *los dos lados*, cuyo uso parece definirse, en general, de manera situacional.

...tratar de no fanatizarme con ninguno de los dos lados... los dos tienen sus virtudes (U6)

El cuestionamiento a las dimensiones del modelo médico que venimos caracterizando, tensiona más o menos solapadamente, pero no implica el abandono del sistema. Podemos pensar que el uso de la biomedicina se concreta de manera táctica (De Certeau, [1990] 2010) y no sin ambigüedades, en la trama estratégica que organiza la matriz cultural asociada a las condiciones institucionales hegemónicas. Los sujetos que entrevistamos acuden a la biomedicina sin asumir o compartir los límites que intenta establecer el modelo médico para con otras terapias, ni los sentidos que asigna a la salud y la enfermedad. El paso de estos sujetos por el modelo médico no es pasivo. Los trayectos terapéuticos y las significaciones construidas en las experiencias por la terapia floral, muestran la apropiación de los itinerarios como los sentidos diferenciales en el

atravesamiento de diversidad de prácticas. Como propusimos (2.2) los sujetos realizan sus prácticas en una dinámica que traslapa por diversas institucionalidades y formaciones.

Las críticas descritas (3.2.), permiten una primera aproximación reflexiva a esas tensiones producidas en la circulación entre las opciones terapéuticas. El uso simultáneo de la medicina y de la terapia floral muestra las estrategias de afrontamiento diferenciales desde los usuarios. Sin perder de vista la necesaria complejidad del haz de dimensiones articuladas en la decisión de concurrir a terapias alternativas por parte de los sujetos en la búsqueda de respuestas a su sufrimiento, como vimos hasta aquí, deben considerarse de modo significativo las referidas a la insatisfacción con las experiencias en la biomedicina.

Al reflexionar sobre las motivaciones de la exploración en las terapéuticas alternativas, resulta claro que algunas de esas razones se basan en el rechazo a las prácticas y el cuestionamiento a los sentidos implicados en el cuidado de la salud, experimentados en distintas instancias por la biomedicina. La insatisfacción identifica dimensiones significativas de las experiencias en el modelo médico y a su vez conecta con sentidos construidos en las prácticas en terapia floral. Demandan la percepción y atención de un sujeto integrado, correrse del síntoma/enfermedad como el eje del proceso de diagnóstico y de tratamiento, evitar el consumo de medicamentos, dar lugar a la experiencia del padeciente, ampliar las opciones terapéuticas a que recurrir. En definitiva, asignar al sujeto un espacio de mayor apropiación de los itinerarios en busca de cuidar la salud y atender la enfermedad. Las insuficiencias del modelo médico articulan directamente con los hallazgos propuestos en la terapia floral, en la composición de significaciones que encuentran en el otro dominio su resignificación.

Todo lo valorado positivamente como lo cuestionado, en uno y otro dominio, se expresa con cierta tensión. Se expone un aspecto ocupando el centro de la lectura, por ejemplo, el énfasis en lo sintomático y el olvido de la integración del sujeto, y por momentos se relativiza, demandando ajustes más que dirigiéndose a enfrentar al sistema de la biomedicina. En tanto opción alternativa más que oposicional (Williams, [1980] 2012) no busca confrontar para reemplazar. Usando los términos de una terapeuta aludiendo a la medicina: *ojalá evolucionen* (T8).

La identificación de los aspectos más significativamente cuestionados: etiología centrada en factores biológicos y de exterioridad, carencia de escucha y por ende ausencia del lugar de la narración del propio padecer, descalificación de otros caminos terapéuticos, tratamientos basados en medicación de efectos secundarios adversos, mercantilización de la atención, rigidez del

conocimiento de base científica, componen motivos de la insatisfacción que promueve las búsquedas por fuera del sistema médico. Si ante la consulta médica la persona recibe una respuesta que descalifica y niega su dolencia, que la define como transitoria (Laplantine, 1999), que niega su sentir (Le Breton, 2002) y hasta puede designar el motivo de consulta como inexistente, es esperable la frustración.

El saber médico parece resolver enfermedades específicas, pero en general resulta indiferente e incapaz de darle sentido a la enfermedad y al sufrimiento expuesto. En la mayoría de los sujetos, las prácticas y la reflexión sobre ellas, promovida por la situación de entrevista, se presenta con ambivalencias respecto de la biomedicina. Las críticas que hemos desandado en este capítulo, concordantes con buena parte de la literatura en el tema, informan disgustos, insuficiencias, carencias como también necesidades para las que aquella es útil, destacando su eficacia y la validez de su base científica. Las ambivalencias ante la autoridad médica (Freidin y Krause, 2017) evidencian las tensiones entre marcos diferentes en la interpretación de la salud y la enfermedad.

Las expresiones de disconformidad con la relación terapéutica, a modo de insatisfacción limitada o generalizada (Fadlon, 2005), o de un gradiente de acuerdos y desacuerdos (Saizar, 2008b), permiten identificar dos niveles de análisis. El primero, referido a la interacción con los profesionales y el otro, a sentidos diferenciales en la configuración de la salud, la enfermedad y la vida. Imbricados en las prácticas, su distinción es analítica.

En las primeras, destacamos como sobresalientes: la despersonalización de la atención, la falta de dedicación y de escucha de la experiencia personal, el excesivo énfasis en la prescripción de medicamentos con desconsideración de sus posibles efectos adversos, reiteradas observaciones de rechazo a los recorridos de los sujetos, previos y paralelos al uso de terapia floral. La decepción provocada es homogénea y no parece sostenerse necesariamente en las resignificaciones configuradas en las prácticas por terapia floral. Las críticas se sostienen, aunque no se adhiera fuertemente a otras modalidades terapéuticas (como vemos en 6.1. al caracterizar las particularidades en los modos de adhesión).

Las segundas, recorren los relatos asociándose al tránsito por el mundo alternativo y apoyándose en un marco de interpretación diferente, constitutivo de la creencia y de la cosmovisión de las terapias alternativas, resignificando los sentidos y el alcance de la salud y la enfermedad. Se compone otra significación para el sentido de la salud y desde ello se reinterpretan los padecimientos.

Los sujetos identifican algunos de los valores que asignan positivamente a la biomedicina, cómo su efectividad, su capacidad para responder a enfermedades específicas, el diagnóstico de posibles enfermedades no percibidas (*chequeo*), su fundamento científico, así como en la misma operación caracterizan aquello que les genera frustración. Los sujetos entrevistados parecen no encontrar respuesta en la biomedicina. Al menos, no la respuesta que esperan.

Mi cuerpo y mi mente buscaban otra cosa que la medicina no pudo resolver (U3)

Esa *otra cosa*, puede ser la construcción de una interpretación distinta del motivo de la consulta, de la fuente del síntoma, lo que en definitiva es un modo de permitir y elaborar otra significación de la experiencia de vida.

Y si vos no sacás, no sanás por más que te den la pastilla que te den. Porque en realidad la medicina no cura, sino que trata al síntoma, pero no a la enfermedad. Te duele la cabeza, te doy un calmante; te duele una articulación te doy esto. ¿Pero cuál es la causa de la enfermedad? Eso queda afuera (U3)

Una dimensión simbólica que, como diría Le Breton (2002), reorganiza la experiencia del enfermar a partir de la identificación de causalidad que resulta convincente para el sujeto, que parece llevarlo a una mayor apropiación de su biografía. La resignificación de los motivos del padecer en la terapia floral, propone un encuadre distinto para el enfermar, dado de sentidos desde los que se re interpreta entonces la experiencia por el modelo médico. Y no solo. En tanto los valores se trasladan a otras prácticas, no solo las orientadas al cuidado de la salud, atravesando otras esferas, a partir de la sanitización de la vida cotidiana (Viotti, 2018).

Así, en los sujetos que a su vez utilizan terapias florales ese paso por experiencias en el terreno de la biomedicina, se produce con tensiones. Tensiones que evidencian disputas de sentido por aquello que es la enfermedad/motivo de consulta, por el modo diagnóstico, por los tratamientos propuestos, por la interacción personal deteriorada en términos de su impersonalidad y asimetría. La homogeneización del padecer, en consideración del origen biológico y de la ubicación del sujeto en función de la tendencia estadística, expurga la experiencia personal de la consideración médica. Las representaciones y concepciones en temas de la biomedicina, como la escisión entre el cuerpo y las emociones, la separación de la naturaleza, el lugar preponderante y riesgoso de medicamentos, entra en tensión con posibles sentidos emergentes culturales desde la percepción en el mundo de las terapias alternativas. En definitiva, el modo en que los sujetos explican la salud

y la enfermedad no resulta previo al tipo de opciones terapéuticas que recorren (Kleinman, 1981). Son las prácticas en el itinerario terapéutico las que construyen otros sentidos.

Si en el modelo médico la atención de la salud, paradójicamente, se enfoca en el tratamiento y desaparición de la enfermedad, o en anticiparse a su ocurrencia, que se transforma así en su prioritario foco de interés, la consideración sintomática biológica reduce el sujeto a ella. La biomedicina se ha objetivado como el conocimiento válido en el campo de la salud/enfermedad, constituyendo el dominio normalizador y hegemónico, que intenta ser excluyente de otras opciones terapéuticas. Las prácticas de los usuarios muestran recorridos intersticiales que elaboran otras representaciones en la circulación por diversidad de opciones terapéuticas más allá de la biomedicina. Los sujetos no reproducen pasivamente ni prácticas ni formas simbólicas asociadas a esa matriz. Por el contrario, estas son mixturadas en prácticas que las dotan de otros sentidos y que articulan de modo activo posibilidades no previstas en aquel marco.

La insatisfacción con la biomedicina expresa vivencias concretas desde las prácticas. Ausencia de dedicación, escucha y cuidado, descalificación de la experiencia personal en el padecer, la prescripción generalizada de medicamentos sin consideración de los riesgos y efectos secundarios de su consumo, entre las más significativas. A partir de ellas, informan también las tensiones respecto del marco axiomático, de los valores y sentidos que configuran los ejes del modelo médico. La visión biologicista que atiende a un síntoma y a la enfermedad perdiendo de vista la integración de lo humano, la confianza depositada en productos de elaboración química industrializada y una lectura científicista que pierde de vista la humanización necesaria en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad. Planos imbricados, solapados que integran la vivencia con los sentidos que la sostienen.

La incorporación del modo de comprender y atender la salud y la enfermedad desde el modelo hegemónico es naturalizada a partir de la socialización temprana. La familia y la institución escolar acompañan los recuerdos de los primeros pasos en la biomedicina. Se configura un primer marco de interpretación de la salud, la enfermedad y el modo de tratarla, que se vive inicialmente como el único posible. Experiencia fundante en la asignación de sentidos a la salud, la enfermedad y el modo de atenderlas, la incorporación de los sentidos hegemónicos a través de la socialización, no resulta monolítica ni satura totalmente la experiencia.

Las críticas se enlazaron a los recorridos por la formación emergente de las terapias alternativas. La identificación de aspectos cuestionados en el modelo médico se seguía inmediatamente en los

relatos de su contrastación con las prácticas en terapia floral. Situaciones de malestar que no fueron contenidas ni interpretadas satisfactoriamente, son resignificadas desde la inmersión en otra terapéutica. Las tensiones y ambivalencias recorren los dominios de fronteras porosas, de articulaciones dinámicas de sentidos y prácticas entre lo hegemónico y formaciones emergentes en el espacio de la salud. Así, la insatisfacción, incomodidad y rechazo a elementos concretos percibidos en el modelo médico, es una dimensión de las razones que llevan a la exploración de otras opciones terapéuticas a partir de las cuales se resignifican los sentidos de la salud y la enfermedad. Se configura desde las prácticas por la terapia floral una estructuración de la experiencia que emerge en tensión con el modelo médico hegemónico, pero que a su vez se asocia a elementos funcionales a la matriz cultural del capitalismo contemporáneo. La responsabilización egocentrada en el proceso de salud/enfermedad, por ejemplo, es expresión de esa funcionalidad⁸⁴.

Recorreremos entonces en el próximo capítulo (4), la experiencia terapéutica en la terapia floral.

⁸⁴ Continuaremos recuperando en el trabajo, y especialmente en el último capítulo (6), estas dimensiones de la estructura del sentir que exponen confrontación con el modelo médico y, a su vez, dan cuenta de la posible funcionalidad de las prácticas y sentidos del mundo de las terapias alternativas para con las condiciones de reproducción del capitalismo contemporáneo.

Capítulo 4

Otra experiencia terapéutica. Enfermar y sanar en la terapia floral

En este capítulo recorreremos la experiencia terapéutica en el espacio emergente de la terapia floral y la reorganización operada sobre el sentido del padecer en el proceso. A partir de la reflexión sobre las voces de usuarios y terapeutas, analizamos otro modo de comprender y actuar los procesos de salud/enfermedad, en tensión con las experiencias en el modelo médico. El trabajo terapéutico además de presentarse como dimensión constitutiva de la eficacia, ofrece las claves de construcción y fijación de los sentidos compartidos en la terapia floral. Desde las prácticas en el proceso terapéutico de la terapia floral, se resignifica el sentido del malestar y consecuentemente de la salud y el bienestar.

En la primera parte (4.1.), analizamos los componentes de mayor significación en el trabajo terapéutico, enlazando dimensiones concretas y simbólicas que se articulan para componer el proceso en el espacio de la terapia floral. La perspectiva holística e integrada del enfermar, la inversión del sentido del síntoma, la interacción generada entre especialistas y consultantes, el lugar de los remedios florales y el sentido dado a la eficacia en la terapia. En la segunda parte (4.2.), reflexionamos sobre el enfermar como expresión de desajuste biográfico resignificado en el proceso terapéutico, asignando la causa del padecer al manejo de las emociones y concibiendo a la enfermedad como oportunidad de transformación personal. En la tercera y última sección (4.3.), recorreremos los modos de uso y sentidos construidos en los trayectos terapéuticos.

Los itinerarios y justificaciones dan cuenta de las tensiones entre los modos complementarios para con la biomedicina y los valores que articulan la creencia alternativa, en los que se podrá reconocer elementos centrales de la estructuración de la experiencia, llevada luego a otras esferas de la cotidianidad. La lectura puede realizarse por lo alto, en una perspectiva más homogeneizadora de las prácticas, en tanto se reconocen ejes reveladores de la plataforma simbólica de las terapias alternativas, por ejemplo, la profunda valoración de la individualización y el regreso a lo natural, dimensiones significativas de la estructura de la experiencia. De modo complementario, puede leerse por lo bajo, en la expresión de eficacia y alivio generados en las vivencias singulares de los sujetos. Esta última será la dominante en este capítulo, marcando de igual modo las huellas de lo colectivo que van asomando (y que recuperaremos en la segunda parte del último capítulo, 6.2.).

4.1. El trabajo terapéutico en la terapia floral

La enfermedad, el malestar, el padecer, no se asume en este trabajo como una objetivación clasificatoria independiente de lo vivido en la experiencia de los sujetos. Las prácticas y los sentidos implicados en el proceso de atención de esas dolencias, a partir de los trayectos terapéuticos de quienes conforman nuestra muestra, configura la salud y la enfermedad tal como la experimentan. Las narraciones sobre el padecer se articulan a los tratamientos propuestos en la terapia floral. Intentamos responder en esta primera parte del capítulo la caracterización del trabajo terapéutico. Un trabajo que parece enfatizar la visión integral del consultante, más allá de la situación de malestar que lo lleva inicialmente a la consulta.

Referencia a un ethos compartido entre terapeuta y usuario, el trabajo terapéutico es elemento central en la configuración de validez, como se ha analizado respecto de otras terapias (Maluf, 2005). Se convierte en un momento significativo en los itinerarios terapéuticos. En un vínculo humanista, procurando disminuir la asimetría propia de la relación entre especialista y usuario, se establece una interacción terapéutica de escucha atenta y dedicada de la experiencia sufriente, personalizando el tratamiento a través de esencias florales que se combinan según cada situación y momento. El proceso terapéutico es gradual y según describen, se necesitan meses de trabajo para lograr los resultados esperados, fomentando los usos combinados de otros modos terapéuticos, incluyendo el de la biomedicina. Proceso que expone (no sin tensiones, como en cada dimensión en análisis), la socialización en el mundo de lo alternativo, en la incorporación de elementos fundantes de su cosmovisión.

4.1.1. Perspectiva holística y remedios naturales

Los encuentros terapéuticos en el espacio de la terapia floral son individuales y demandan aproximadamente una hora. En ellas, el especialista escucha la narración del usuario sobre su malestar y se establece el diálogo para indagar en las causas con que pueda conectarse. En cada encuentro buscan las fuentes de la dolencia, siempre en la terapia floral, de origen emocional (miedos, angustias, obsesiones, etc.). El tratamiento consiste fundamentalmente en la prescripción de esencias florales, que deben consumir los usuarios, para acompañar el trabajo interno con las emociones generadoras del padecer. El encuentro terapéutico funciona, como parte constitutiva de

la cura (Le Breton, 2002; Maluf, 2005) y como dispositivo socializador en la cosmovisión de la terapia, a partir de las reinterpretaciones impresas a las causas del malestar y a las posibilidades de sanar.

Elemento compartido en los relatos desde los usuarios, destacan el trato recibido, la consideración del terapeuta floral y la escucha de su experiencia de sufrimiento. Desde las primeras consultas a la continuidad en el proceso, la consulta configura un momento significativo de los trayectos terapéuticos. Parte del alivio se encuentra en esos diálogos, más allá del reconocimiento de la eficacia.

Te decía que a veces no sentí mucho cambio con las flores...pero la charla con ella. es reparadora para mí (U21)

A mí me maravilla como C. entiende lo que le cuento. Porque me hace verlo desde otro lugar, algo que capaz yo intuía, pero no podía ver. Eso es hermoso. Y es porque me escucha muy bien (U25)

Salgo distinta cada vez que voy. A veces me cuelgo y se me pasan los meses, y cuando siento que no estoy bien voy, me hace muy bien (U23)

La escucha activa y el diálogo contenedor resultan claves del trabajo terapéutico desde los terapeutas. Los usuarios registran la modalidad de la tarea pretendida por los especialistas.

¿Sabés cuál es el secreto? Prestar atención. Yo te voy a decir algo que te lo van a decir mis pacientes si hablás con ellos: jamás tomo nota de lo que me dicen. Y es porque los atiende; les presto atención. Si yo presto atención, la persona siente que lo están escuchando, atendiendo de verdad. Y es reconfortante que a alguien a quien vas, que le estás pagando, le confías, se dé cuenta que está siendo escuchado. (T6)

Para mí el secreto tiene que ver con la escucha activa.... La gente cuando viene acá, busca alivio (T3)

La empatía, la capacidad de escucha, la humanidad, se plantean como uno de los reclamos de las terapias alternativas frente al modelo biomédico. Los usuarios han coincidido en destacar la sensibilidad de los terapeutas florales y la contención que encuentran en el trabajo terapéutico.

Pero ¿qué nos seduce? [en plural porque incluye a su pareja que se atiende con la misma terapeuta floral] No tanto el conocimiento, sino más bien la humanidad. Entonces, posiblemente para D. hayamos sido uno de sus primeros pacientes; ella está haciendo sus primeras armas en las flores y tiene un don de persona que es de excepción: tiene una iluminación. Y tiene que ver con el conocimiento que no es rígido y no es el de las ciencias duras como relación físico química. Porque viene por el lado de humanizar lo que uno hace (U1)

El usuario expresa la tensión con las experiencias en el modelo médico. Recupera de su terapeuta, la humanidad, el don de persona y un conocimiento *no rígido*. La confianza se deposita en la interacción y en la calidad del sujeto, más que en su conocimiento. Reiterado en el espacio local de la terapia floral, la base de la percepción de eficacia y adhesión opera en términos de vínculos y sentimientos, no necesaria o enfáticamente en el conocimiento. Quizás, la concepción del conocimiento asociado a la razón científica (*ciencias duras*) atraviesa el relato. La incorporación inicial del valor del saber fundado científicamente, parece reservar el lugar del conocimiento a la biomedicina, excluyendo las significaciones que pudieran tensionarlo.

Uno de los aspectos más nítidos en la tensión entre los dominios terapéuticos, a partir de las experiencias en la terapia floral, es expresado en la resignificación de la enfermedad desde los terapeutas. El síntoma deja su lugar central para transformarse en una huella a partir de la que se indagan otros sentidos.

Cuando uno intenta tener una entrevista con una persona, la gente viene con un rosario como al médico. Y uno intenta; yo ahora lo hago como una decisión, que la gente se contacte desde otro lugar al momento de la entrevista. Les digo que bajen los decibeles, que respiren, hagamos una meditación, porque sabemos que esto no es una pregunta y respuesta desde que yo quiero saber todo de la persona, desde cuántas veces va al baño, pero sí si pasa eso y está muy enojado, saber cómo se desarrolla y cómo le afecta todo lo que le pasa. Es decir, no lo anecdótico, que volvemos al síntoma, sino a la esencia que es realmente lo profundo que vos sentís porque te sobrepasa esa situación o que no podés manejar; qué es lo que a uno le pasa ante un hecho (T4)

El fragmento muestra uno de los ejes terapéuticos reiterados desde los especialistas. La intención de descentrar el síntoma, para interpretarlo como expresión de desequilibrios que rigen en *lo profundo*. La mirada integral respecto de la situación por la que se consulta y la interrogación adecuada, también son registradas como dimensiones significativas desde los usuarios. El sujeto es concebido como unidad, en la que interseccionan diversos planos de lo humano (cuerpo/emociones) y no como un conjunto sintomático. El síntoma y la enfermedad por la que acuden inicialmente es la presencia emergente de causas más profundas. La fuente del padecer, es asignada a una dimensión más allá del síntoma, como expresión de desequilibrios en la profundidad del plano emocional (4.2.). La mirada integral es percibida por los usuarios, como una característica determinante de la terapia.

Estas otras terapias alternativas creo que tienen que ver más con eso, con una mirada más integral de la persona y de la salud (U4)

Y me parecía que la salud no tiene que ver únicamente con una cuestión física, sino que le tenemos que dar una mirada mucho más integral, más holística. Y a partir de mi experiencia, cada vez que yo pasaba por una situación, recurría a las flores (U17)

La centralidad de la perspectiva holística define la terapia floral, elemento compartido con las terapias alternativas en general. Los terapeutas describen la tarea de construcción diagnóstica en esa clave, diferenciadora del modelo médico. La consideración de la persona que tienen ante sí se configura desde esa clave de integración, considerando el síntoma una expresión de desequilibrios emocionales, *la causa real*, en los que debe trabajarse para superar el motivo de consulta y evitar que se reitere.

Primero armo una ficha donde pongo todos los datos: básicamente el motivo de la consulta. Pero lo más maravilloso que tiene es que el motivo desaparece. Y el motivo era eso, un motivo que desencadenó en una causa totalmente diferente. Es como si vos no vas hasta lo más profundo. Digamos, aparece un comportamiento disfuncional (por ejemplo, la ansiedad), y después empezás a indagar y la causa real en sí tiene que ver por ejemplo con una creencia. Y vos trabajás eso, y después cuando quisiste acordar y volvés para atrás; no es que la emoción se va, pero esa persona logra tener más paciencia en ese momento que lo necesita. La medicina alopática trabaja el síntoma, el signo. O sea, me duele la garganta, me tomo un antiinflamatorio. Y con el sistema floral, nosotros buscamos la causa real de ese desequilibrio emocional (T3)

La expresión sintomática es solo un vehículo. Se trate de alguna percepción corporal o emocional, es el motivo inicial movilizador de la consulta, pero no el foco de atención del trabajo terapéutico. El trabajo se orienta a las causas definidas como *más profundas*, a la identificación de los desequilibrios emocionales que se expresan a través de los síntomas. Como se registra en los fragmentos previos, la definición del trabajo terapéutico se construye sobre la diferenciación significativa respecto del modo hegemónico de la biomedicina. Ambas terapeutas expresan en la caracterización de su trabajo un componente reiterado en las distintas dimensiones de análisis: la referencia a la medicina alopática para diferenciarse, para construir sus fundamentos en tensión. El lugar del modelo médico aparece una y otra vez, como práctica y valores oposicionales a partir de los cuales se define lo propio. La diferenciación que continuamente realizan usuarios y terapeutas, muestra la trama de tensiones entre lo hegemónico y las formaciones emergentes. Vistas de estas últimas, el dominio de lo médico, recorre permanentemente sus experiencias.

En este caso confrontando el lugar dado al síntoma y a la enfermedad, en tanto la terapia floral propone comprender las fuentes del enfermar, recuperando una visión integrada del sujeto. Matriz

de la lectura que funda el sentido de la terapia floral. Argumentan que considerar las esferas constitutivas e inseparables del sujeto, sin recortar los potenciales focos sintomáticos, amplía las posibilidades de comprender las fuentes que originan el padecimiento. Se reorganiza así la concepción del sujeto, ahora integral, incluyendo dimensiones expurgadas en el modelo médico.

El proceso terapéutico propuesto es gradual, la duración del mismo es variable y se asocia con las esencias florales, combinadas en cada encuentro por el terapeuta. En general, los especialistas proponen varios meses, de tres a nueve, para realizar adecuadamente el tratamiento. Los encuentros deberían realizarse cada tres semanas, acorde al tiempo de consumo y conservación de los preparados florales. El tiempo dedicado a la consulta es sin duda un factor que debe considerarse, toda vez que es un registro reiterado en quienes entrevistamos: la concurrencia a terapia floral requiere tiempo del usuario, un tiempo de diálogo con el terapeuta, en la consulta específicamente, pero más aún en la continuidad del tratamiento. Que en ocasiones es vivido como una exigencia de difícil resolución para ese sujeto.

Entonces, lo que les explico es que es un sistema muy sutil que requiere de un tiempo de ser usado, pero no toda la vida; lo máximo que se puede extender son seis meses. La idea es que sea entre tres y seis meses (T9)

A estas terapias hay que acostumbrarse, son lentas, llevan tiempo. Tenemos que cambiar la cabeza, nosotros también vamos al médico para que nos dé una pastillita que funcione rápido. La terapeuta hurga mucho en lo que te pasa, no hay efecto inmediato, no es un medicamento (U4)

Yo siempre les hago hincapié en que mínimamente estén tres o cuatro meses, como para que registren qué pasó. Ese sería el período de prueba. Después eso desencadena en otras cuestiones. Y entonces hay gente que se compromete y otros que eligen no hacerlo y pasa el tiempo y después vuelven y me dicen que le hizo bien, que no lo necesitan más. Y a mí eso me parece maravilloso; que cada uno tenga su propio registro de bienestar y que cuando estás mal las flores también son generosas. No producen adicción, pero lo que generan en cada uno, tiene memoria (T3)

Y después hago una evaluación a los seis meses acompañándola, haciendo una devolución. Si después de eso siguen es porque detectamos otra cosa, tampoco está bueno que sean tan dependientes (T4)

Eso es lo que acompaño a que le suceda a la persona, pero dentro de sus propias posibilidades... en los tiempos que son tus tiempos. Es realmente acompañar, asistirle. Y el tema del apego es una de las cuestiones bastante general en las personas y hay que trabajar en eso, también tiene que aprender a dejarme (T8)

Los relatos en términos de tratamiento, articulan el proceso terapéutico, conformado por la interacción y el uso de los remedios florales, con la vivencia del sujeto y los sentidos construidos en el proceso, que, según la menor o mayor adhesión, se integran a su vida cotidiana. La tarea se incorpora en la interpretación de distintos aspectos de la biografía y en parte, de ello depende la continuidad en el tratamiento, a partir de nuevos temas que se van encadenando.

No sé si te hablaron del efecto de la peladura de la cebolla. Y siempre se lo decimos a los que vienen por primera vez: imagínate que sos una cebolla. ¿Entonces por qué venís acá? Y, -me dicen-, porque esto estresada, no puedo dormir, o porque tengo un viaje y no puedo subir al avión, etc. Esa es la cáscara exterior de la cebolla y la que tenés que limpiar. Y empezamos a limpiar desde afuera. Si el problema por el que viniste es que vos querés dormir porque estás estresado y eso lo vamos a hablar cada vez que nos encontremos, sólo ese tema, no puede ser más de seis meses. Porque tenemos evidentemente que buscar otra manera, o nos equivocamos de flor. No se puede hacer eterno, ni crear una dependencia; no se ponen flores por las dudas. Pero pasa que esa peladura de la cebolla va sacando capas; y hoy me venís a hablar porque no podés dormir y mañana por algo que te anda dando vueltas en la cabeza y que traes de chico. Y viste cómo es la capa de la cebolla; las primeras salen fácil pero las otras, para llegar al centro, están más pegadas. Por eso tengo que gente que hace un año y medio o dos que viene y en forma continuada. Pero vas a ver la fecha, que cambia más o menos cada veinte días y vas a ver que cambia una consulta y todas son diferentes. Porque a lo mejor ese problema puntual de ese momento lo solucionaron, pero después surgen otras cosas (T6)

El trabajo terapéutico demanda *compromiso* y *participación activa* del sujeto en la tarea para superar el malestar. Enfatiza la autonomía del usuario, orientando al reconocimiento de las capacidades de autocuración y la restauración del equilibrio personal desde la valoración de las condiciones individuales para ello. El usuario se lleva un sentido posible, verosímil, para interpretar su malestar y al mismo tiempo superarlo, encontrando en sí mismo el camino. Recorrido que, como veremos enseguida, no se encuentra exento de tensiones.

Creo que en un momento fue clave que es como el compromiso con uno mismo. Yo lo pude identificar ese instante donde dije a todo el entorno "soy yo". Y ese fue el punto de partida; el principio de poder salir, de confiar en uno mismo (UJ3)

Entonces, para mí es maravilloso haber encontrado, mejorado, sanado, y sí siento que estoy sanada. Porque no importa lo que pase; ya la experiencia la tenés y vas a poder enfrentar cualquier cosa (UJ4)

El lugar central de la perspectiva holística e integrada del sujeto en que es repuesto el síntoma y la enfermedad por la que acuden, lleva a un proceso de búsqueda interior, que implica un tiempo de tratamiento y conduce a la responsabilización individual en la cura. La superación del

padecimiento, no ocurre *desde fuera*, desde un medicamento, sino en las transformaciones personales requeridas por el trabajo terapéutico en la terapia floral, diferenciándose de la lógica propuesta por el modelo médico.

En la medicina tradicional, vos vas al médico y la enfermedad es como un paquete. Vos se lo llevás y querés que lo reciba, lo abra y te diga cómo va a funcionar el paquete. Y él te lo va desenvolviendo de a poco; en la medicación, en el tratamiento, etc. Acá, vos traés el paquete y yo te digo dame la llave del paquete, como si vendría en un baúl. Yo voy a abrir tu baúl, pero te voy a enseñar cómo usar todo lo que está adentro. Y te lo cargás de nuevo cuando te vas Y Bach lo dice clarito en su libro. Dice: “usted ha entrado en el mundo de las flores; para curarse tiene que asumir la responsabilidad de su ser y de su deber ser” (T4)

Pero dentro de ese alivio, el poder demostrarle que tiene esas herramientas y que depende también de ella que se sane. Y eso es lo interesante de todo lo alternativo, complementario, desde lo floral (T3)

Y es el propio usuario es el que va generando su propia sanación; que está dentro de cada ser y es decisión de cada uno resolverla (T8)

Y cuando yo les empiezo a contar de qué se trata el tratamiento; para qué funciona y cómo lo hace y que cada ser es único e irrepetible y que no puedo hacer la misma fórmula que a otro. Ahí empieza el compromiso y pedir la participación activa (T3)

Podemos reconocer un aspecto central de la terapia floral, que recorre el trabajo terapéutico e identifica una dimensión que atraviesa permanentemente las entrevistas: el énfasis en la responsabilización individual. Tanto en la definición diagnóstica, como especialmente en el proceso de curación. Sanar depende de uno mismo. Las herramientas para estar mejor, para lograr el bienestar anhelado, no se relacionan con un agente biológico externo, ni con el afuera del sí mismo. Emerge un sentido de individualización que recorre el mundo de las terapias alternativas y se puede asociar a sentidos socio-culturales de regulación de lo sensible. Volveremos reiteradamente sobre ello (y especialmente en 6.2.).

En ocasiones se advierte que los usuarios tensionan con el trabajo terapéutico que se les propone. El efecto sutil de las esencias florales, los tiempos del proceso y el compromiso autorreflexivo, exponen modos diferenciales, matices y ambivalencias respecto del trabajo terapéutico. Los sujetos son llevados a preguntarse y responsabilizarse por el sentido íntimo de su padecer. Ese reconocimiento de la responsabilidad por sanar y, por ende, del enfermar, se presenta en ocasiones como un logro personal, pero en otras, como una carga pesada de llevar.

Hay que estar dispuestos a un autoconocimiento, eso no es fácil (U22)

Dejé de ir...me preguntaba de eso y yo no quiero hablar, no quiero ni pensarlo⁸⁵así que no fui más.... (U24)

Los especialistas reconocen los matices, pero adjudican la ausencia de eficacia percibida en los usuarios a la falta de continuidad en el tratamiento, la que se fundamentaría en la renuencia al trabajo interno, a la falta de compromiso con el autoexamen personal de las razones que llevan a la consulta.

Le decís que para que vea un resultado tiene que durar más de 9 meses. Si te vas antes, le vas a echar la culpa a las flores y no es así (T6)

Me ha pasado, si, los que se van o no vuelven es porque no era su momento, no pueden ver aún (T8)

La falta de eficacia en el tratamiento se deposita en el usuario. *No era su momento. No pueden ver aún.* De modo que la posibilidad de sanar se sostiene profundamente en la disposición individual del sujeto que debe comprender el esfuerzo íntimo a realizar para lograr la superación del malestar, siempre asociado al consumo de las esencias florales, que ocupan un lugar significativo en el tratamiento. En especial desde la lectura de los terapeutas, el consumo de los preparados florales es componente esencial de la tarea terapéutica. Las flores son elegidas según el criterio diagnóstico de las terapeutas y varían las fórmulas de encuentro a encuentro. Con diversos registros respecto de su eficacia y destacando la ausencia de contraindicaciones o efectos adversos.

Esto de que “estoy ansiosa, prepárame unas flores”. Yo lo puedo hacer, pero no es eso. Hay que saber cómo funciona. Por ejemplo, la ansiedad la puedo trabajar con las 38 flores, no es que hay una específica para la ansiedad. Por más que hay una línea, hay diferentes grupos: del miedo, de la angustia, del interés por las circunstancias externas; la hipersensibilidad, la soledad. La flor depende de la persona que tengo adelante y de con qué preocupación haya venido hoy (T2)

Yo les muestro todas las flores y las decidimos entre las dos. Y siempre les aclaro que cada flor tiene sus matices y no todas las personas tenemos ansiedad por los mismos motivos. Es muy amplia la palabra ansiedad, la tristeza, la angustia, la intolerancia, la impaciencia. Entonces, cada cual tiene que saber (T7)

Yo lo que les propongo a las personas que vienen a consultarme es en principio, que no estén alertas. Porque el estado de alerta genera una adrenalina que no es saludable; pero sí que estén atentos. Porque van a surgir modificaciones; no mañana, pero de pronto en diez días. Y ese estar atento genera una sorpresa. Y si yo estoy atento y esa sorpresa es beneficiosa para mí, me va a generar un estado de placer y

⁸⁵ Refiere al fallecimiento de su hijo. Usuaría que al momento de la entrevista había abandonado la terapia floral.

de plenitud que va a estimular que yo tenga en cuenta en cada una de las formas en que me voy a desenvolver, eso va a funcionar mejor. Entonces voy multiplicando con mi actitud y con mi intención ese efecto de la flor. Cuando vienen les doy un detalle de qué flores componen la fórmula que voy a utilizar para darles. Y les pido que cada tanto –una vez por semana-, que la lean porque eso refuerza la intención, la vibración de la flor (T4)

Como en cada momento del proceso, surge el contraste con la biomedicina completando la caracterización de lo propio, aquí a partir de confrontar destacando por oposición el valor diferencial de las esencias florales respecto de los medicamentos. Como vimos (3.2.3), el temor y rechazo a los medicamentos es una motivación significativa en las prácticas por terapias alternativas. En la confrontación pareciera la terapia floral y especialmente las esencias florales, ocupar el lugar de lo natural, como uno de los principios centrales en la gramática en la que se fundan las terapias alternativas.

Lo que he experimentado es que las flores te permiten transitar las situaciones de dolor profundo o de angustia profunda sin evadirte. Los remedios alopáticos es [sic] como que te enajenan y no hacés el proceso; las flores acompañan ese proceso de duelo, de dolor, de lo que estés transitando, pero con la persona conectada con eso. Entonces, hay un crecimiento, que es diferente que adormecer; las flores nunca te van a adormecer, por más que uno que una determinada flor es como un ansiolítico. No funciona igual en el cuerpo porque no es un remedio.... Los llamo esencias florales y a la gente les digo que les preparo su ramo de flores. En general, la gente se sorprende de cómo se empieza a sentir más allá de si les repercute en el físico o no (T2)

Las esencias florales te permiten reconstituir o reequilibrar ese campo electromagnético, volver a conectarte con vos mismo, obviamente que uno se tiene que dar cuenta rápido de que uno no está igual. Y empezar a caerse los velos, a descubrir cosas de uno y de cómo se maneja en la vida. Lo importante es que nos empecemos a sacar estructuras, a dejar de justificarnos, de buscar las excusas afuera (T10)

Yo creo que además de la energía de la flor que hoy por hoy se preserva de la misma manera que en la década del '30, uno de los legados y de los pedidos de Bach fue justamente que se preservara el sistema de la misma manera. O sea que no sea industrializado nada. Y además son todas flores silvestres; no hablamos de flores cultivadas, sino que tiene que ver con lo que brinda la naturaleza en su manera autóctona. Este nuevo modelo de cómo generar salud, cómo buscar el beneficio de la salud, que es el estado natural de todo ser vivo. La salud es el estado de bienestar o de alegría, de amor, de paz. Eso es natural (TP3)

Y llegan cuando ya pasaron por otras opciones, cuando están necesitados de salir de esas situaciones de modo imperioso.... a mí me encanta el que viene intoxicado de alopátia, porque ese es el exitoso. Es el que enseguida empieza a descubrir cosas, se entusiasma porque empieza a bajar los remedios y eso descomprime mucho (T6)

Para los usuarios, los preparados florales se presentan con cierta ambivalencia. El reconocimiento de su eficacia es variable.

A veces el efecto es más sutil y otras menos sutil, pero no es una cosa que te cambia la vida de un día para el otro (U17)

Sin tomar un ansiolítico que es lo más importante para mí. Por eso me encanta acudir a estas terapias cuando siento que las necesito, porque uno sabe que es totalmente natural y que nunca va a tener contraindicaciones. Cuanto mucho, esto que decíamos, “esta vez creo que no me hicieron nada”, pero no que te hicieron mal. No como un medicamento que ya sabés que tiene miles de contraindicaciones; es más, cuando te dan un medicamento ni por casualidad lees el prospecto porque es tremendo todo lo que te puede pasar. Y con esto vos sabés que no tiene esa parte negativa. Y yo estoy convencida que por ahí es lo mejor (U4)

Nos interesó que te hacían bien y no tenías que tomar remedios (U12)

Contra frente de la medicación química, las esencias florales parecen definir lo natural, sin contraindicaciones ni efectos secundarios. Como otra de las claves de la plataforma simbólica de la terapia floral, que confronta con la biomedicina, a la vez que articula con sentidos socialmente circulantes: el regreso a lo natural. Visto desde usuarios y terapeutas, la apelación a lo natural, identifica una dimensión significativa en la estructura del sentir epocal en estos grupos sociales. El regreso a la naturaleza, es más que una metáfora, el fundamento del valor de las terapias (Carozzi, 2000), enfrentando las lógicas científicistas, industrializadas y artificiales de la biomedicina en el campo de la salud. La referencia atraviesa a otras esferas de vida y se constituye en uno de los ejes del locus de la creencia. No solo sanan las esencias florales, también lo hace la aproximación a la naturaleza.

Hoy mismo si hacemos una práctica frente a determinados momentos emocionales por los que pasamos; nos abrazamos a un árbol y estamos atentos al proceso de intercambio energético, nos sanamos. Pasa lo mismo con determinadas plantitas silvestres; si estás muy ansioso y te acercás a Chicory⁸⁶ por ejemplo: algo te pasa (T1)

Hay acá un camino interno [en el barrio dónde reside y atiende] que ahora está asfaltado, que hay dos robles. El roble es una flor de Bach y yo tengo 4 personas Oak [roble], de tipo Oak y fuimos los tres debajo de los oaks, y les leí el cuento que Bach le escribe al oak que es maravilloso, y fue impresionante lo que pasó ahí debajo de los roles. Debajo de los mismísimos robles leímos el cuento de los robles y pudieron tomar conciencia activa, que es muy distinto de que si ellos no paraban, ni iba a parar el cuerpo, el roble en ese caso (T2)

⁸⁶ Chicory (achicoria) es una de las 38 esencias florales del sistema Bach.

En ese juego de opuestos con el modelo médico, se destaca la inexistencia de contraindicaciones o efectos adversos en el consumo de los preparados florales. Una mención recurrente en las terapeutas, a modo de indicador de la ausencia de efectos adversos en el uso de las esencias florales, es la narración de experiencias con niños, animales domésticos y plantas.

Fijate que esto se puede dar a las embarazadas, a los niños, a los perros y a las plantas (T4)

Respecto de los niños, te lo puedo decir por mi experiencia personal. Con mi nena, hago un trabajo muy caserito. Y también con los animales y las plantas. Es impresionante porque en el caso de los niños, ellos tienen la inocencia de la que carecemos los adultos, la ingenuidad de la que también carecemos los adultos. Entonces con los chicos, es lo más cercano a lo que es el ser puro, por lo que hablamos de flores... Y por ejemplo con los animales, vos ves una actitud. Entonces, ¿cómo registras el cambio en un animal? Por un cambio actitudinal; a nivel comportamiento, todo es perfecto. Vos podés sacar una plaga, y la rociás con un rociador con flores específicamente para eso y a la planta le desaparece el bicho, tuviste un efecto... Y viste que te decía lo de los chicos, que los resultados son muy notorios. (T7)

Y las flores se las pide la nena; ve la cuchara y pide el gotero. O sea que ella sí tiene su registro energético y emocional desde algún lado porque siente un bienestar; no sabe por qué. No sé si son las flores en sí, además, pero que se logran cosas y ha habido avances han salido junto con la medicación que no la voy a negar (T7)

La diferenciación con el modelo médico también encuentra referencias en el uso que profesionales y farmacias de ese espacio hacen de las flores, desvirtuando su sentido e incorporando como variables la supuesta mercantilización y una concepción que no comprende ni aprovecha las funciones y efectos de los preparados florales.

Si viene un médico que es cardiólogo y te da gotitas para que no te pongas nervioso porque tu corazón va a andar mejor, bueno. Hay un médico acá en Roca que le da a todos Rescue Remedy, que es la esencia número 38 que es el remedio rescate, que es una combinación de cinco flores que Bach la hace para una situación de emergencia; no como remedio base. Porque entonces la reacción ante la situación de la persona es la misma que la alopatía: veo el emergente, nunca voy al fondo, a lo profundo. Nunca voy a las causas sino a las consecuencias, al síntoma. Entonces, leo el síntoma y el médico parte de esa lógica para dar flores. Esa es la lógica que nosotros, los terapeutas florales queremos romper, porque si respondemos siempre a los síntomas, la persona va a repetir los síntomas, los fracasos, la experiencia, el error, porque nunca va a poder dar el paso de reconocer qué cosa tiene que trabajar dentro de su yo interior para dar un paso en su evolución. Entonces, siempre sus experiencias se van a repetir cíclicamente porque no pudo hacer una reevaluación. Si vos sólo ves que a la persona le duele la cabeza y trabajás buscando flores que calman el dolor de cabeza porque tienen efectos también físicos –eso no está negado-, pero si sólo las reduzco a eso le minimizo tremendamente todo el trabajo que hizo Bach. Porque él lo

que hizo fue evaluar esas plantas y esas flores para ver cómo reaccionaba el medio, cómo reaccionaban distintos factores para así buscar la relación con las distintas personalidades, miedos y emociones que no podemos trabajar. Y desde allí arma todo su sistema. Y nosotros no podemos dar entonces una flor como si fuera una aspirina o un antibiótico (T2)

Los sentidos de la terapia floral son incorporados desde el modelo médico, licuando un aspecto significativo en la confrontación entre dominios terapéuticos. La propuesta del uso de los remedios florales, que entienden debe prescribirse específicamente a cada usuario, según el momento particular, en base a los desequilibrios emocionales fuente del padecer, se subsume en la lógica del medicamento. La dinámica de lo hegemónico adapta la terapéutica emergente en la incorporación de los remedios florales, manteniendo la lógica de la biomedicina, centrada en el síntoma y fragmentando la experiencia de la enfermedad. Al momento de incorporarse como producto en algunas farmacias, se produce una apropiación similar. El sentido fundante de los preparados florales, y de posible confrontación con los medicamentos, se desvanece.

El problema es que yo en el frasco te pongo diez gotas y en la farmacia te ponen dos. Lo mío es un remedio natural; lo otro es un comercio (T4)

Pero acá, vos vas a la farmacia y te dicen que te tomes un rescate. Y el sistema no es así (T10)

El marco cultural en el cuidado de la salud, incorporado a partir de instancias de socialización inicial y sostenido desde las articulaciones institucionales, no solo opera desde dentro del modelo médico.

Porque en lo floral, hay muchos médicos formados en la medicina alopática, que se apropian del concepto y la siguen usando como medicamento alopático. Habrá gente que no, pero incluso algunos terapeutas que tienen formación no alopática caen en la misma forma de entender el proceso porque es cultural. Entonces, a tal síntoma, corresponde necesariamente tal flor (T2).

Así como reconocimos médicos utilizando la terapia floral, podrían entonces encontrarse terapeutas florales que, sin ser profesionales de la biomedicina, reproducen la lógica del cuidado de la salud de lo médico, trasladada al espacio de las terapias alternativas. Si el proceso es *cultural*, se puede percibir la dinámica de adaptaciones y traslajos entre las prácticas, manteniendo la biomedicina su posición central, aun cuando es tensionada. Aquello que se postula como alternativo respecto de la biomedicina, es actuado en claves del cuidado de la salud afines al modelo médico. Las prácticas muestran así, las contradicciones e impurezas (Hall, 2017) que las habitan.

Las indagaciones respecto de las esencias florales permitieron recuperar un hilo de trabajo respecto de los costos que asumen los terapeutas y los usuarios en la terapia floral.

Porque es un sistema caro para nosotros. Y más ahora: un cajón de flores sale más o menos 7 mil pesos las 38 flores⁸⁷ ... tenemos prohibido regalar las flores (T4)

Tenés que cobrar porque estás ofreciendo un servicio que tiene un costo. Yo les digo “esto sale tanto; lo vas a tomar tantos días para que te administres el tiempo y el dinero”. Eso se lo presento el primer día. Y cuando hay un ajuste les aviso con un mes de anticipación. Y en general no tienen problema. Pero hay otra gente que, en cuanto ellos creen lo alternativo, como que tiene que salir barato. Y si es muy barato, hasta la persona lo desvaloriza. Entonces pongo un precio que también sirve para que la persona lo empiece a tomar en serio. El tema del precio tiene que ver también con llevar el tratamiento responsablemente. Le digo esto sale tanto. Y es un filtro; el que se queda y se la banca, vale la pena. Para mí es un filtro (T6)

Los usuarios manifestaron que no les resulta problemático el costo mensual de la terapia floral y en ningún caso se interpelaron respecto de la accesibilidad de la terapia. La terapeuta nos dice que el precio *es un filtro*, para que los usuarios valoren el tratamiento y lo continúen de modo responsable. Según su lectura, expresión de un rasgo que estructura la experiencia en el capitalismo contemporáneo, solo se valora y se toma responsablemente aquello que tiene un precio. Un precio que, además, no puede ser *barato*. El filtro operaría como clasificante en términos de condición de clase social. La terapia floral no es accesible para cualquiera. En esta lectura, eso parecería devenir en un valor positivo.

4.1.2. Las tensiones en el reconocimiento de la eficacia en la terapia floral

En el espacio de la terapia floral, como parece ocurrir en las terapias alternativas en general (Bordes, 2012) la eficacia se funda en la experiencia personal exitosa, que luego será determinante al momento de la recomendación en las redes vinculares próximas. La eficacia es una práctica que se construye en la relación terapéutica (Le Breton, 2002). El alivio personal, la confianza en el terapeuta y los sentidos configurados en el proceso, constituyen el eje sanador. De tal modo que terapeutas, encuentros terapéuticos y preparados florales, se articulan como mediaciones para la

⁸⁷ Al momento de presentación de esta tesis, el precio del set completo de las 38 esencias florales varía desde \$ 7500 (nacionales) a \$35000 (inglesas) aproximadamente, dependiendo de su origen y certificación. El costo de la consulta para el usuario, incluyendo el preparado floral, varía de los \$1200 a los \$3500.

recuperación del estado de bienestar. En un esquema en que la enfermedad es reintegrada al sujeto como parte de sí, la confianza en la potencialidad del sí mismo, es el eje de descubrimiento.

Ahora bien, si la mayor parte de los usuarios entrevistados reconoce como eficaz la terapia floral⁸⁸, ¿cómo se argumenta la construcción de esa eficacia? ¿Qué elementos la constituyen?

Reiki y flores me sacan a flote enseguida, es un alivio inmediato (U3)

Estaba tranquila (U18)

En mi caso, dejé medicación que se suponía para toda la vida (U7)

En el curso de la salud, se interroga cosas de algunas características; en el curso de la enfermedad se interroga de otra manera. Las cosas quizás terminan siendo lo mismo en cuanto a lo que es. Y las flores en esta etapa y en la etapa que ya vienen de hace unos años, a mí personalmente me han ayudado de manera singular (U1)

En crisis o momentos críticos se siente más el efecto (U11)

La percepción de la eficacia se reconoce en el alivio personal, en la mejoría respecto del motivo de consulta, en muchas ocasiones asociado a un modo distinto al utilizado hasta entonces en la interpretación de lo cotidiano y de la posible causa del malestar experimentado -que no cambia, *las cosas quizás terminan siendo lo mismo en cuanto a lo que es* -, a la apropiación personal de la construcción del bienestar y a la confianza en esa potencia interior individual. Otro de los ejes de la cosmovisión compartida en el mundo de las terapias alternativas.

Tiene más que ver con una búsqueda de sanar en algún sentido y que creo que tiene que ver con mi experiencia durante algunos años con las flores, que me descubrieron un mundo de interpretar y de sentir y percibir mi propia realidad de una manera notoriamente distinta en cosas que me habían acompañado por más de 40 años, de pronto empezaron a minimizarse, a reducirse, a aparecer de vez en cuando (U25)

Te apropias de vos mismo, hasta me parece comprometido el acto. No noté mucho con las flores, pero pude empezar terapia por primera vez (U2)

En esto que estamos hablando falta una palabra: placebo. Si funciona y me hace creer, está bárbaro. No importa porque lo que harías es estar activando el poder de autocuración del cuerpo, que es el que se ve que tenemos negado (U2)

Inconscientemente podría ser placebo, pero conscientemente no estás pendiente de lo que tomás (U8)

La referencia al efecto *placebo* expresa una posible tensión. Se percibe cierto alivio, se reconoce alguna eficacia, pero no siempre, ni de manera homogénea, ni contundente. La dificultad para

⁸⁸ Como ocurre en otros contextos (Echevarría Pérez, 2008; CEOC, 2010).

argumentar la eficacia, para dar cuenta de las razones que llevarían a ella, se asocia a esa noción de placebo, término característico de la biomedicina, utilizado frecuentemente para descalificar justamente este tipo de terapias. Aun en su opacidad, vimos que el conocimiento científico es una fuente reconocida y valorada de la eficacia médica (3.2.). En el caso de la terapia floral, visto especialmente desde los usuarios, no consiguen construir fundamentos convincentes para sí mismos.

Desde las lecturas de los usuarios, más que el efecto posible de los preparados florales, la eficacia se construye desde la reinterpretación de las causas de las dolencias percibidas en conjunción con la potencialidad interior para sanar, *el poder de autocuración*. Encontramos así, ambigüedades y ambivalencias en la lectura de la eficacia. La percepción se transforma en el recorrido de la entrevista, expresando tensiones, creemos, entre el efecto percibido y la creencia, esta última en relación a la necesidad de construirla de manera congruente en el relato.

siempre sentí que me hicieron bien, creo muchísimo en que hacen bien [en la continuidad de la entrevista nos dice] no siempre. Una vez no, quizás mi propia locura no dejó ver. Me han hecho bien pero no todas las veces (U4)

El sostenimiento argumental de la eficacia recorre entonces en los usuarios un rango desde la percepción propia a los principios de la creencia. La credibilidad de la biomedicina parece estar firmemente asentada en la ciencia, mientras en la terapia floral las razones de su eficacia se ubican en el plano de la creencia, la convicción y la experiencia personal.

Es difícil imaginar cómo funcionan, pero funcionan (U2)

Funciona...eso...y no le busques mucho más... (U19)

Creo muchísimo en que hacen bien (U7)

Yo voy a confesar que no me importa; no sé y tampoco hay una respuesta que quiera tener (U1)

Yo no sé si es el aspecto psicológico muchas veces, o el aspecto de la fe (U11)

Como resultado de la percepción de algún efecto, si bien en muchos casos definido como leve, blando o sutil, se establece alguna sensación de bienestar o superación de padecimiento, que forma parte de la configuración de la creencia, en tanto aceptación de su eficacia (Freidin, 2013). Aun cuando no puedan recomponer las razones de tal eficacia, más allá de la esbozada desde quienes enfatizan en el proceso de auto conocimiento como sentido dominante del trabajo terapéutico exitoso. La eficacia simbólica sostenida sobre la creencia establece la aceptación y validez de la

terapia floral, como ocurre en otras terapias alternativas (Freidin, et. al., 2017). Un indicador del valor asignado a las experiencias en terapia floral, es que la mayoría de los usuarios recomiendan su uso, especialmente quienes construyen mayor afinidad con la cosmovisión de las terapias alternativas (5.1.).

La percepción de alivio y eficacia se asocia fundamentalmente a la apropiación personal en el itinerario terapéutico. Asumir la salud desde el *empoderamiento personal* (U3), como lo definen, será determinante para la transformación de los usuarios en mediadores significativos en sus redes cercanas de socialidad. De la percepción de eficacia y de la resignificación en la apropiación personal de la salud, depende, en buena parte, el alcance de la confianza y habilitación que los sujetos transmitirán después como parte de redes de sociabilidad (cap. 5).

Pretendimos caracterizar los aspectos centrales del trabajo terapéutico en la terapia floral, que encuentra un punto fundamental en la transformación de los sentidos sobre la salud y la enfermedad. El padecer irrumpe en lo biográfico generando una ruptura, un desajuste, que encuentra respuestas (al menos algunas respuestas) en la resignificación que les propone la terapia floral. El lugar de lo percibido como dolencia es el inicio del recorrido en la terapia floral y el anclaje de transformación fundamental.

4.2. Narración del padecer en las prácticas en terapia floral

¿Cómo denominar el estado de cosas que percibe una persona cuando decide consultar a un especialista, se trate de la biomedicina o de las terapias alternativas? ¿Qué narración organiza esa experiencia? ¿Cuáles son las fuentes, el origen de ese estado de cosas? Padecer, enfermedad, sufrimiento, dolencia, malestar. Los términos recorren la literatura en el tema, invocando cada uno sentidos conceptuales y disciplinares diferentes. En principio, y si se nos permite por ahora no cerrar nuestra perspectiva, utilizamos indistintamente el modo en que los usuarios y terapeutas eligen nombrar a ese estado de cosas.

El sentido de la tarea no es elaborar una línea divisoria distintiva de aquello que es enfermedad respecto de aquello que no lo sería. Aun cuando tampoco resulta claro que algunas condiciones, patologizadas desde la lectura biomédica, como depresión, angustia, ansiedad, pánico, temores, entre otras, puedan distinguirse con claridad de los “infortunios y frustraciones de la vida cotidiana” (Ehrenberg, 2000: 14). De este modo analizamos el padecer desde la perspectiva de

quienes lo vivencian y sufren, sin ingresar en las consideraciones respecto de la enfermedad como fenómeno posible de objetivar desde fuera de la vivencia.

La consideración de las dimensiones culturales de la enfermedad (Good, 2003) implica enfocar los significados que expresados en palabras y sentimientos permiten comprenderla como símbolo y experiencia que articula creencias y valores (Comelles y Martínez Hernáez, 1993). Valorar la narración del padecer como manera de dar significado a las prácticas (Crivos, 2007; Hamui Sutton, 2011) implica recuperar la experiencia de la enfermedad y de las búsquedas de sentido para la misma, reponiendo esas prácticas en el ámbito de la cultura y de las condiciones sociales con las que enlaza y en las que puede ser comprendida como algo más que una pura experiencia subjetiva.

La percepción de enfermar es una construcción permeada por las experiencias en la biomedicina, los conocimientos científicos de ese modelo biomédico que con mayor o menor rigurosidad circulan a través de distintos formatos y se interpenetran en la vida cotidiana (Allué, 2013), los sentidos circulantes en el contexto histórico y territorial, como las trayectorias y experiencias articuladas en redes de sociabilidad, a partir de las que se activan, o no, disposiciones diferenciales en cuanto a las prácticas desplegadas en procesos de salud/enfermedad. Todo ello en la trama expresada en diversas dimensiones (económica, institucional, territorial, etc.) que no es un fondo o un *backstage*, si no parte integrante de la vivencia. En definitiva, la experiencia de enfermar resulta de la integración de la cultura tal y como es vivida.

La narración de aquello que genera momentos de ruptura en la biografía personal, se trate de pequeños o grandes desajustes (Lahire, 2004), recorre los relatos de los sujetos al dar cuenta de sus enfermedades/padeceres y es configuración y expresión de un sentido íntimo y a la vez cultural (Le Breton, 2002). La experiencia de enfermar es un punto de encuentro entre las dimensiones desde las que propusimos analizar las prácticas (2.2.). Expone desajustes biográficos y activación de disposiciones en espera, se define en términos de los sentidos sociales circulantes, expresión de las tensiones culturales de las que venimos dando cuenta, transforma los itinerarios terapéuticos a partir de las redes cercanas de socialidad y expresa dimensiones relevantes de la estructuración de la experiencia. Así, en nuestra muestra, el sujeto que siente que enferma, es atravesado por un sentimiento de responsabilidad individual respecto de enfermar como de curar, lo que es a la vez un posible desencadenante de su padecer.

Nos interesa comprender la construcción del sentido de estar enfermo, de padecer, de sufrir. Sentido en disputa entre las opciones terapéuticas y también presente en las prácticas dando cuenta

de las posibilidades y presiones de la trama colectiva e institucional en que se despliegan esas disputas de sentido. La experiencia de enfermar es un aspecto significativo de la vida cotidiana, enmarcada en las condiciones histórico-sociales y territoriales, y a su vez construida en la articulación con otros (Pescosolido, 1991).

La caracterización de elementos compartidos y diferenciales acerca de las propiedades con que se define ese estado de cosas motivador de la consulta y su interpretación en un contexto más amplio, nos lleva a encontrar algunas pistas de comprensión respecto del sentido de esos padeceres, como de las claves para analizar las exigencias y transformaciones de la subjetividad que nos muestran. Se trata de una perspectiva configurada en interacción social y en relación a las condiciones histórico-sociales en que se expresa.

La caracterización de los padeceres como de las respuestas a ellos, deja huellas para comprender elementos de esa conciencia práctica colectiva, al menos la compartida por los grupos sociales que conforman la muestra. ¿Cómo nominan el padecer? ¿Cómo identifican en primera instancia el malestar que los mueve a la consulta? ¿Qué desajustes impone en su cotidianidad? ¿Qué marcos de referencia encuentran en la terapia floral para resignificar esos desajustes?

Las dolencias percibidas son disímiles, en un abanico de modulaciones que va desde afectaciones corporales específicas o delimitadas, a malestares difusos en síntoma y origen. Percibido muchas veces en el cuerpo, pero fundamentalmente como padecer integral de quien sufre. Los sujetos expresan variedad de situaciones y una fluctuación en lo percibido, que va desde quienes dicen no sentirse bien a quienes dicen sentirse mal. Como propusimos (1.1.) la búsqueda por estar bien, por estar sano, regula buena parte de las sensibilidades contemporáneas y promueve la ampliación de las prácticas por opciones terapéuticas como la estudiada.

Enclave de articulación de lo personal y lo colectivo, lo hecho cuerpo y lo sentido, resultó significativa la carencia de palabra, la dificultad para expresar la experiencia del enfermar. Como dice una usuaria con muchos años en la terapia floral y una profunda adhesión a su cosmovisión, quien se inició en el mundo de las terapias alternativas a partir de un estado definido por ella como *desequilibrio de salud mental*,

... es muy difícil ponerle palabras, y el lenguaje intenta, pero no llega a ese lugar (U2)

El enfermar, se nos ha presentado como experiencia conmovedora de la integración personal, desarticulando la percepción de cierto equilibrio cotidiano y sacudiendo los marcos de referencia hasta entonces suficientes, activando la ampliación de los itinerarios terapéuticos. En el intento

por narrar el malestar, y enlazado a la ausencia de expresiones distintivas de la experiencia, encontramos mucho del lenguaje biomédico como de términos presentes en la cultura masiva atravesando los relatos.

El arco de padeceres registrado es amplio e interesa más que su identificación nominal, aquello que significa para quien lo padece. Las primeras referencias al enfermar nos muestran la variedad de situaciones identificadas.

gripes reiteradas, luego tuve problemas hormonales (U6)

trauma, miedos... [a partir del accidente de su hijo de 9 años] (U4)

cuestiones emocionales, situaciones de bajón (U23)

ansiedad (U21)

depresión pos quirúrgica (U1)

cansancio agotador, candidiasis crónica (es una enfermedad crónica...te arruina la vida) (U3)

cansancio (U2)

debilidad sistema inmunológico (U18)

cáncer (UJ2)

dolores por daños de medicamentos [corticoides] (UJ4)

En una primera lectura superficial, al recuperar los términos utilizados por los usuarios, pueden agruparse dos tipos de situaciones como fuentes del padecer. Las referidas a cuestiones de índole emocional, como las caracterizaron varios de los usuarios entrevistados y las de orden físico, identificando la dolencia en alguna parte del cuerpo. A partir del tratamiento y trabajo terapéutico descrito, los usuarios procesan el sentido de las dolencias físicas como expresión de dificultades localizadas en lo emocional, considerado el sustrato común de todos los malestares en el espacio de la terapia floral. A su vez, debemos distinguir quienes identifican sus padecimientos como ocasionales, periódicos, agudos o puntuales, respecto de quienes caracterizan su malestar como crónico y permanente.

En relación a las primeras, a las que por ahora llamaremos emocionales, las más reiteradas fueron⁸⁹:

⁸⁹ Las respuestas pueden incluir más de una referencia en cada usuario, por ello el total no es coincidente con el de la muestra. Aplica del mismo modo para el próximo cuadro, n° 5.

Cuadro n°4 Tipo de consulta por malestar emocional

Malestar emocional	Cantidad de menciones
miedos, pánico	5 (cinco)
traumas	3 (tres)
ansiedad	4 (cuatro)
depresión	2 (dos)
cansancio	7 (siete)

Fuente: elaboración propia a partir de la tarea de campo

Las situaciones percibidas como emocionales, parecen identificar un conjunto de malestares con dificultad para encontrar una denominación específica. Por ejemplo, un motivo inicial de consulta que ha sido reiterado (en siete ocasiones) es el cansancio. *Cansancio agotador*. Tanto el cansancio como la mayoría de las situaciones definidas en este punto, remiten a instancias en que los sujetos perciben y sienten tensión, angustia, temor, expresión de unas exigencias a la subjetividad que no encuentran modo de ser respondidas. La fatiga de origen difuso como malestar vivencial, que podría expresar las exigencias culturales y materiales sobre las biografías, atraviesa de manera dominante lo cultural y parece acompañar este primer tipo de caracterización de los padeceres.

En el segundo tipo, aquellas que se perciben desde lo físico/corporal, refirieron:

Cuadro n° 5 Tipo de consulta por malestar corporal

Malestar corporal	Cantidad de menciones
dolor	4 (cuatro)
infecciones crónicas	2 (dos)
cáncer	3 (tres)
daño por medicamentos	4 (cuatro)
problemas sistema inmunológico	2(dos)

Fuente: elaboración propia a partir de la tarea de campo

Los malestares identificados⁹⁰ en este caso, tendieron a denominar la situación percibida como *enfermedad*. Como puede notarse, algunos de los malestares remiten a caracterizaciones cuanto menos difusas, como los problemas del sistema inmunológico⁹¹. En la evidencia de la circulación de conocimientos de la biomedicina por entre los pliegues de lo cotidiano, con mayor o menor certeza y propiedad respecto de su uso en el sentido profesional, establece las nominaciones que intentan explicar el malestar. En la mayoría de las situaciones, los malestares caracterizados como crónicos se encontraron en este segundo tipo, el de las dolencias que remiten a una identificación con lo corporal.

La pregunta por la enfermedad busca una respuesta más allá de lo sintomático, del nombrar un virus, una bacteria o un estado patológico objetivado, para encontrar calma ante el malestar que atraviesa lo cotidiano y se presenta como una ruptura, un desajuste desencadenante de las búsquedas por recuperar la salud y el bienestar perdido. La referencia a un estado de normalidad o de bienestar previo es transitada desde los sentidos sociales circulantes, que actualmente imprime el celo personal y colectivo por estar sano como un horizonte regulatorio de lo subjetivo (1.1.). La aparición de la enfermedad impone un desajuste vivenciado como alteración en distintas dimensiones de la vida cotidiana para quienes atraviesan la experiencia.

Así que tuve mucha suerte, no tenía el ganglio tomado y por lo tanto me salvé de la quimio. Igual me dieron medicación, porque siempre te dicen por las dudas que quede algo. Y eso hace que a uno que no es médico le agarre mucho miedo. En ese tiempo de mucho miedo, me pasó no saber por dónde agarrar; no sé qué soy, no sé si soy sólo la enfermedad, me daba cuenta que no me gustaba ser paciente, sin entender, sin saber lo suficiente. Y lo primero que pude hacer para dejar de ser paciente fue ir a ver a una nutricionista y que me dijera qué podía hacer yo para que no volviera y me recomendó hacer flores de Bach, llevar los miedos...la verdad es que me sentía tremenda y pude empezar a ver un poco de luz... (UJ3)

El fragmento nos muestra el proceso iniciado a partir de una enfermedad objetivada y diagnosticada por la biomedicina. El temor a la medicación y al tratamiento alopático, la ausencia de comprensión respecto de su padecer se suman a la angustia provocada por la enfermedad. La enfermedad omnipresente pone de revés lo cotidiano. La experiencia de enfermar, expresa el

⁹⁰ Las categorías y respuestas no resultaron excluyentes, algunos usuarios respondieron identificando origen del padecer en ambos tipos, emocional y físico/corporal.

⁹¹ La identificación de las condiciones de autodefensa, de inmunidad personal, como de mayor significación en el proceso de salud/enfermedad, pueden expresar el cambio de perspectiva del que dan cuenta algunas especialidades dentro de la biomedicina (Krpmotic, 2008).

desajuste, el desencuadre: *no sé si soy sólo la enfermedad*. Toda su vida cotidiana se transforma en ser enfermedad, perdiendo sus referencias de interpretación, funcionales hasta ese momento.

Aquello que sale a buscar en otros espacios, es la comprensión del enfermar y la recuperación de su experiencia, tratando de reintegrar la apropiación personal de su estado de salud/enfermedad. Hacer algo para *dejar de ser paciente*, para correrse del lugar de objeto de diagnóstico y tratamiento y así componer un itinerario terapéutico que la conforta y le permite *ver un poco de luz*. El trayecto terapéutico por opciones alternativas se habilita a partir de la recomendación, en este caso de una profesional. Motivada por el impacto de la enfermedad, la búsqueda inicia a tientas y en el encuentro con interacciones cercanas produce en algún punto la apertura al recorrido por el circuito local de las terapias alternativas.

Se trate la consulta inicial de una demanda emocional o de una afección registrada en el cuerpo, luego resignificada en el trabajo terapéutico (4.1.), los sujetos parecen construir una doble dimensión de sentidos y acción: una explicación plausible para aquello que les ocurre y la apropiación personal de la posibilidad de superación. *Alivio* para su *tristeza* y la incorporación de *herramientas* para sanar. Como hemos propuesto, no asumimos la apropiación en la transformación de los trayectos terapéuticos como empoderamiento sin más. Las narrativas de superación personal identifican eficacia en la experiencia personal y a su vez traslapan sentidos en otros ámbitos, más allá de la salud/enfermedad, acentuando procesos con fuerte impronta de individualización.

4.2.1. La enfermedad. Ruptura biográfica y oportunidad de aprendizaje

A partir de las experiencias en terapias alternativas se reconfigura, el sentido de la salud y de la enfermedad. En ese proceso se redefinen las experiencias de vida, la interpretación de lo cotidiano, presente y pasado, atravesadas por el lugar que ocupa el padecimiento.

En diciembre de 2012 me diagnosticaron cáncer de mamas. La reacción, a diferencia de la que generalmente se tiene fue ¿y por qué no? Igual, no por eso fue menos pesada... Y una enfermedad es la excusa fantástica para darme cuenta que "primero estaba yo". Y los cuidados que empecé a tener conmigo fue como tener indicio que uno en realidad no se cuida... Que gracias a la enfermedad pude encarar cambios en mi vida que han sido beneficiosos y me hacen vivir más alegre, más contenta, y darme cuenta qué es lo importante en la vida. Y me enfoqué en lo que me importa verdaderamente: primero mi salud, y después generar ese bienestar en gente

alrededor mío. Me di cuenta que uno cree que antes de la enfermedad uno disfrutaba la vida. Nosotros pasamos y lo más importante es cómo elegimos vivir esto que nos toca pasar (UJ2)

Y uno tiene que entregarse a esa cosa insoportable y llegar ahí para que pase. Es como el dolor; uno se resiste y más duele. Y uno tiene como que hacer la plancha en lo insoportable para que pase. Y pasa. Y cuando pasa, es un tesoro. Yo creo que el peor problema es el que se niega a lo que sucede. Y después de negarlo, no se atesora. Y para mí fue un tesoro de experiencia, de sabiduría. Pero igual no se lo deseo a nadie; pero el que lo tenga que pasar tiene que dejar que pase. Y cuando uno lo terminó de pasar, lo puede atesorar y contar. También te permite entender al otro (U17)

La enfermedad es *pesada*, es *esa cosa insoportable*. La situación de desajuste, el malestar/enfermedad, carga con las huellas de sedimentos del pasado, de instancias significativas en las biografías personales. Leídas en clave de acontecimientos y circunstancias cuyo impacto se debe no a las situaciones vividas, si no al modo de procesamiento interior de las mismas. El trabajo terapéutico genera un registro diferente de sí mismo y del lugar de la enfermedad en la biografía personal.

Para mí la enfermedad era otra cosa, era probablemente mucho antes del diagnóstico. Creo que puedo puntualizar momentos en mi vida donde hubo ciertas emociones que fueron más fuertes que cualquier otra cosa y que me hicieron mal. También creo que puedo encontrar momentos en mi vida, ahora me doy cuenta, donde sentí que no estaba siendo honesta conmigo misma y creo que son puntos, -no sé si me enfermaron- pero sí que yo ya andaba mal (UJ1)

La resignificación del enfermar desde el trabajo terapéutico, se alterna en las entrevistas con la percepción de los sucesos de enfermedad vividos intensamente e instalados como ruptura en el trayecto de vida, como alteración que lleva a crisis, pequeñas o contundentes, que provocan desajustes. Desencuadres que sacuden lo cotidiano. Frente a ellos se intentan las fórmulas conocidas y validadas en el campo de la salud, por el terreno de la biomedicina, y cuando no se obtiene el alivio esperado, comienzan las búsquedas por fuera del modelo médico.

A modo de rupturas biográficas esas situaciones conmueven la manera en que llevan sus vidas como los sentidos sobre los que sostienen su cotidianeidad y sus relaciones, motivando y habilitando a prácticas emergentes y con ellas a la construcción de otras significaciones sobre las que apoyarse. Siempre que se conecten con predisposiciones incorporadas y se encuentren con redes de sociabilidad que motivan y habilitan, dimensión esta que analizaremos en el próximo capítulo.

Se produce un desequilibrio de distinto orden, y no se puede equilibrar; yo creo que ahí está la enfermedad. Y te pasa por arriba, no sabés que hacer ni adónde ir (U12)

Mi actividad siempre estuvo relacionada con el campo, con la chacra, con las bodegas. Así que tuve la mala suerte posteriormente de intoxicarme con plaguicidas. Y me ordenaron retirar un producto de la zona y yo no sabía las bondades de ese producto. Me dediqué a eso, lo retiré todo del campo, de la chacra, y cuando estaba terminando –eran casi 6 mil litros–, me desmayé en la chacra y me llevaron a la Clínica Roca y me encontré con una doctora que había sido compañera del colegio, que sabía cuál era mi actividad, y me puso sulfato de atropina y me salvó la vida. Pero la compañía que es internacional, me retira del país, me lleva para oxigenación a Antofagasta en el norte de Chile, y allí me inyectaban los alimentos, porque tenía aparentemente el aparato digestivo quemado. Vivía prácticamente con suero. (U9)

Empleado en una chacra de la localidad, expresa algunas particularidades de lo local. La principal actividad económica del lugar, la concentración creciente de esa producción en empresas internacionales y los debates ambientales muy presentes en la región. La conflictividad ambiental es significativa. En la década del '70 por el uso de plaguicidas tóxicos del que da cuenta la experiencia. En las últimas décadas por la inserción del *fracking*⁹² en zonas de chacras. A su vez, la referencia a una médica compañera del colegio remite a la cercanía física y social característica de lo local. En sus itinerarios terapéuticos posteriores se compromete cada vez más con las terapias alternativas, en el uso no solo de la terapia floral si no de amplia diversidad de terapias. El momento del enfermar, nos dice *fue la muerte misma, estuve meses sin ver a mi familia*, no pudo volver a trabajar y desde el quiebre biográfico se posicionó como usuario inquieto y asiduo, al punto de ser fuente de consulta de otros usuarios, para que los oriente en el mundo de lo alternativo. Como en otros casos, se transformó en un mediador relevante.

La reinterpretación del padecimiento operada en la terapia floral, descentra el síntoma y la enfermedad que expresa, como significativa en sí misma. La dolencia es la expresión de un desequilibrio interior, de base emocional. La enfermedad es un camino para el aprendizaje. En el extremo de tensión respecto del sentido de la enfermedad, se la desconoce como tal. Es un medio que nos muestra dificultades que van más allá, y más acá, de ella.

La enfermedad no existe, el síntoma te está diciendo algo. El cáncer es una emoción guardada no una enfermedad. No puedo creer que el otro esté enfermo.... emoción tuya o heredada (U9)

El dolor de columna te está diciendo algo, el dolor de un dedo te está diciendo algo; la garganta te está diciendo algo. Con que lo hagas consciente, no importa que no se

⁹² Fracking: técnica de fracturación hidráulica para la extracción de hidrocarburos.

lo digas a otro, con que sepas que hay algo que no dijiste, el dolor disminuye un 80%. Eso se llama tomar conciencia de la emoción que tenés guardada (U19)

Lo que pasa es que nos producimos la enfermedad porque somos conscientes del proceso que viene [aludiendo a la muerte]; entonces no nos permitimos vivir una vida saludable hasta el fin, que sería lo natural (U3)

No hay enfermedad. La enfermedad en todo caso es el desequilibrio de la mente con el alma. Y ese desequilibrio produce defectos. Es decir, como consecuencia de esos defectos hay enfermos. Y uno se enferma con lo que puede enfermarse (T1)

El cuerpo no enferma; la enfermedad no existe, el cuerpo es el que informa. Cuanto más grave es la enfermedad, más gente se tienta a buscar. Entonces, la enfermedad es la oportunidad que te da la vida para darte cuenta, para tomar conciencia vos, y de qué estás haciendo en esta vida... ¿Qué es lo que me está queriendo decir mi cuerpo que hasta ahora me ha venido avisando seguramente y no me di cuenta (T8)

Podemos leer una de las claves que atraviesa el trabajo terapéutico y los sentidos de vida reconfigurados en la terapia floral. Si *la enfermedad no existe, si no hay enfermedad*, expresiones reiteradas casi textualmente entre usuarios y terapeutas, ¿cómo interpretar el padecimiento? Los sujetos no desconocen los síntomas ni la posible objetivación de algunos malestares. La reconversión de sentidos es ontológica: nos enfermamos de aquello que podemos enfermar. *Nos producimos la enfermedad*. Si somos quienes generamos las posibilidades de la enfermedad, está en nosotros la potencialidad de sanar. Esta inversión modifica radicalmente la lectura recibida desde el modelo médico y promueve la tarea interna, de toma de conciencia, de aprendizaje, que los sujetos vivencian como hacerse cargo de sus biografías. Y que evidencia la fuerte impronta de individualización y autonomía como rasgos de la estructuración de la experiencia.

Así, la enfermedad es una oportunidad que *te pone en situación de revisar que hiciste para llegar a eso (U1)*. El proceso para sanar es un proceso sutil de autoconocimiento, de autoexploración, de búsqueda interior. Si en las emociones se encuentra la fuente del padecer, si el origen de enfermar está en emociones guardadas, lo que sigue es que el proceso para sanar/curar debe orientarse en el trabajo con esas emociones. Dicho de otro modo, con la tarea en la construcción de sentidos superadores, asentados en un plano íntimo, expresión de autonomía individual. Trabajo con *uno mismo*, de *encuentro con la esencia*, de *bucear para encontrar que me pasó*.

Yo antes decía ¿por qué me pasa esto? Y ahora digo “algo tengo que aprender” (U15)

Si el enfermar se asienta en el proceso individual de gestión de las emociones y el sanar se sostiene sobre un proceso interno y personal, el sujeto deviene responsable de su enfermedad como de su curación. La lectura puede realizarse en una doble vía. Por una parte, la invitación a apropiarse del proceso de salud, a dejar el rol de paciente para ocupar el de sujeto activo y determinante en el logro y cuidado de la salud. En conexión con el énfasis en la individualidad y la autonomía, los sujetos valoran el lugar construido como responsables de sus propios procesos de cuidado, qué claramente trasciende el espacio de la salud/enfermedad para llevarse a distintas dimensiones de la vida cotidiana.

Es todos los días, es esta decisión de esto: ¿té o café?; ¿un cigarrillo o un paseo?; una vuelta a la manzana, una observación de los árboles, de las plantas. No es locuras románticas, son cosas del cotidiano, permanente, a flor de piel. En esas decisiones hay un subconsciente, hay una decisión por la enfermedad o no. Entonces, podés tener toda una vida, más de una vida pensada en las cosas que debés sanar; pero si no te instalás y no tomás posición en tu contexto propio y en tu biografía, es muy difícil que lo sutil de la célula, que lo sutil de la enfermedad o que lo sutil de las flores de Bach, haga efecto. (U1)

Te apropias de vos mismo...hasta me parece comprometido el acto (U2)

Lo que me pasaba me sigue pasando, pero se cómo mediar esa enfermedad que uno trae... lo clave es el compromiso con uno mismo (U12)

No me gustaba eso de ser paciente, uno puede salir a hacer cosas, uno puede hacer búsquedas que tiene sus frutos (U10)

Decíamos una doble vía. La valoración por el *empoderamiento* que identifican los fragmentos previos, muestra la otra faz del proceso. *Hay una decisión por la enfermedad o no.* Responsabilizarse por la salud implica responsabilizarse por la enfermedad. Que deriva en algunas ocasiones en una tensión significativa. Tensión entre la autonomía, la apropiación personal de la gestión por estar bien/sanar y prevenir estados de enfermedad, respecto de la carga que conlleva la responsabilización, que para algunos es parte necesaria y positiva del proceso y para otros es una carga a sobrellevar con pesar. Tensiona, en definitiva, la configuración de la responsabilidad individual en la propia salud.

¡Encima que estoy así [usuaria que padece cáncer] tengo que pensar como que me lo hice yo! (U20)

Es muy distinto verte como padeciente que como responsable de lo que te pasa.... No sé...es duro...durísimo te diría (U23)

La terapia floral, propone asumir la responsabilidad personal en la recuperación de la salud, invirtiendo el sentido terapéutico propuesto por el modelo biomédico, en el que el usuario es un receptor pasivo del diagnóstico y tratamiento desde el profesional. En esa misma operación, depositan en el sujeto que sufre todas las condiciones para no enfermar, y luego, para sanar. La cura es resolución personal y ajena a las condiciones en que se desenvuelve la experiencia. En ocasiones, pudimos registrar esos desajustes respecto de los códigos de interpretación. Si en la terapia floral la “clave de la dolencia y de la cura reposa de manera sustantiva e indelegable en el sí mismo” (Papalini y Echavarría, 2016), esa clave produce tensiones y ambivalencias. Tanto desde usuarios como desde terapeutas.

El otro día vino una chica muy joven a la que le detectaron un cáncer. Y ella por su cuenta dijo “si yo por mi cabeza me enfermé, voy a poner todo de mí con mi cabeza para curarme”. Me dio mucha pena, más allá que no te curás de un cáncer sin un tratamiento (T4)

La terapeuta rescata el valor de la búsqueda de autocuración, aunque advierte su insuficiencia. En una tensión muy particular, en tanto la enfermedad, *un cáncer*, introduce un límite en el alcance de la terapia floral. Las posibilidades de curar y de lograr el bienestar en el trabajo terapéutico floral, el origen del padecer en los desequilibrios emocionales, la eficacia de la tarea interior de cada sujeto, se muestran impotentes ante la contundencia de la enfermedad. La ambigüedad parece resolverse en el uso táctico de las opciones terapéuticas. En la lectura de la terapeuta, la terapia floral resulta pertinente ante el malestar de origen pretendidamente emocional y el modelo médico eficaz en la atención de la enfermedad objetivada en el cuerpo.

4.2.2. La cura como gestión personal de las emociones

La cultura de lo emocional puede leerse en un movimiento pendular, como proceso que expresa los sentidos culturales dominantes del capitalismo contemporáneo (Illouz, 2007), a modo de estrategia de disciplinamiento social (Ahmed, 2015) en un extremo, y en el otro, como reafirmación de autonomía reflexiva desde lo subjetivo (Viotti, 2017). Expulsadas del diagnóstico y tratamiento en el modelo médico hegemónico, las emociones resultan la clave comprensiva central en el espacio de la terapia floral y a la vez, se integran a sentidos sociales circulantes desde

la cultura masiva (Papalini, 2016). En este punto, pretendemos recuperar la caracterización de lo emocional en y desde la muestra estudiada.

Debemos recuperar la idea de heterogeneidad en el espacio de las terapias alternativas, destacando las particularidades de la elegida, la terapia floral. Enfocada claramente en el trabajo terapéutico sobre las emociones, es esperable ocupen el lugar relevante y fundante de los padeceres como de las posibilidades de su superación. El malestar por el que asisten inicialmente, en ocasiones percibido como una afección corporal, es resignificado en el trabajo terapéutico, buscando las causas en lo emocional. Los terapeutas confirman este proceso de resignificación. La terapia floral se orienta al tratamiento con las emociones, aun cuando inicialmente los consultantes asistan por dolencias con síntomas desde lo corporal. Quizás el énfasis en lo emocional, explique, al menos en parte, su permanencia con continuidad, no cíclica, como terapia de preferencia dentro del mundo de las alternativas (1.4.3.).

Con una patología o algún dolor o molestia.... que la terapia les enseña luego a ver que son otras cosas, más profundas.... (T2)

Fundamentalmente hay mucha ansiedad, que generalmente son emotivas, son como el dolor de cabeza (T4)

Generalmente vienen por problemas físicos. Una vez vino un señor que me dijo que tenía llagas en la boca y había ido a todos los distintos especialistas [médicos] y no encontraba solución. Entonces me dice que hace 8 años que tiene las llagas, que se iban y volvían. Hicimos un trabajo enorme y lo último no tuvo nada que ver con el tema de las llagas, que era su capa más superficial. Y empezamos a recorrer su historia de hace 8 años atrás y me cuenta que había dejado de fumar. Y con el estudio de las flores, una de las cosas que aprendés es a observar a las personas. Y cuando hablaba del cigarrillo, se le iluminaba la cara y parecía que estaba hablando de otra persona. Y le digo ¿no te das cuenta que perdiste un compañero de vida? ¿Te das cuenta que es un duelo que todavía no procesaste? Y me dice que nunca se le había ocurrido pensar eso. Todo esto fue en la primera consulta. (T7)

A modo de *capas de cebolla*, metáfora reiterada por las terapeutas, el cuerpo expresa en el síntoma, en la enfermedad, un desequilibrio de orden interno referido a las emociones. La tarea terapéutica intenta el descubrimiento de las dificultades que se presentan en ese plano y que derivan consecuencias en el cuerpo. La noción de *emociones* ocupa un lugar central como clave dominante y reiterada, en la identificación de la causa última de los malestares que mueven a la consulta. Tanto usuarios como terapeutas exponen enfáticamente la centralidad de las emociones en la experiencia del enfermar vista desde la terapia floral. Fuente del padecer y del sanar, se propone como explicación del enfermar y en su reequilibrio, de la posibilidad de recuperación.

Porque todo lo que tiene que ver con la inmunidad, nuestro sistema de defensa, tiene que ver con nuestra parte emocional que es tan importante (T7)

Bueno, antes de la flor tenemos que ver cómo opera la emoción. Tenemos un 95% estructural de emociones frente a un 5% de pensamientos; o sea, toda nuestra vida es emocional. La verdad es que no nos damos cuenta. Y como tenemos generalmente dificultad para poder reconocer esas emociones, la técnica de Bach nos permite hacer este recorrido de búsqueda del origen (T1)

El origen de la dolencia no está en los síntomas, ni tampoco en organismos ajenos ni en procesos físicos independientes o dislocados de la emocionalidad. Aun cuando no podamos asumir frente a esta apelación un sentido prístino compartido respecto de a que refiere esta emocionalidad y de qué modo funcionaría para generar, y a la vez como posibilidad de reparar, esas dolencias. Del diagnóstico exógeno prevaleciente en el modelo médico, en el que se procura identificar el agente externo al sujeto, fuente de la enfermedad, se pasa a una lógica endógena (Laplantine, 1999), en la que el sujeto bucea en sus experiencias, para encontrar en sí el motivo de su padecer, como las posibilidades de su recuperación.

Y si vos no sacás, no sanás por más que te den la pastilla que te den. Porque en realidad la medicina no cura, sino que trata al síntoma, pero no a la enfermedad. Te duele la cabeza, te doy un calmante; te duele una articulación te doy esto. ¿Pero cuál es la causa de la enfermedad? Eso queda afuera. El cuerpo se enferma cuando hay emociones que no salen (U3)

Hablar de una enfermedad física es hablar de una emoción (U6)

Definido de este modo, el motivo de origen corporal u orgánico en la continuidad de las entrevistas fue siempre llevado al plano de una punta del iceberg, de un aviso o síntoma de otra dimensión de mayor profundidad. El cuerpo parece expresar malestares originadas en su interior. Un interior no corporal, cuyos desequilibrios o padeceres son en muchas ocasiones expresados a través del cuerpo.

El cambio te lo empieza pidiendo el cuerpo, pero es algo de adentro lo que resuena (U25)

Las emociones se reintegran en las dimensiones de lo humano, en busca de una lectura holística del sujeto, dimensión del haz de sentidos en las terapias alternativas en general (Bordes, 2012). La articulación entre el cuerpo y las emociones no resulta clara. La referencia a lo corporal refuerza el sentido orgánico del mismo. Puede esto interpretarse como una reformulación que refuerza la dicotomía mente-cuerpo. La terapia floral propone una reorientación del sentido del enfermar

llevándolo a la centralidad de las emociones, sin por ello desanclar la visión mecánica de lo corporal ni reintegrar el sentido social del padecer.

La causa de la enfermedad, se propone -siempre- ser superada desde la práctica individual. Si el cuerpo es considerado como el vehículo que expresa las emociones, a modo de caja de resonancia, podemos advertir que se sostienen rasgos de la división mente/cuerpo, emociones/cuerpo, alma/cuerpo (como la enunciaría Bach). En reemplazo del foco puesto en la sintomatología corporal, en la que se espera que el cuerpo diga todo lo que hay que decir sobre la salud/enfermedad, tal el caso de la biomedicina, el cuerpo es tomado fundamentalmente como vehículo de expresión de las emociones.

Te contaba que soy farmacéutica y sé que cuando estoy entregando un medicamento, estoy tratando un síntoma físico; estoy tratando una dolencia y el cuerpo. Y yo sé que con las flores estoy tratando emociones; estoy curando el alma. Entonces me dije que no era una contradicción, sino en todo caso, estoy teniendo un complemento. Porque no existe no tratar el cuerpo; sería muy omnipotente de parte de cualquier consejero floral decir a alguien que tenga por ejemplo artritis reumatoide que se le va a curar con las flores y que deje de tomar los medicamentos. Y eso pasa porque cuando hablo con el consultante, lo hago de igual a igual, tratando de que como terapeuta me lleven a una emoción (T7)

El fragmento puede llevar a suponer la formación de la terapeuta floral dentro del modelo médico como elemento distintivo de la separación tajante entre cuerpo y emociones, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Sin embargo, la totalidad de los terapeutas sostiene la escisión y el foco de la terapia floral en las emociones, distinguidas claramente de lo corporal.

Y entonces ahí empezamos a trabajar con qué me dice el cuerpo; a partir de qué lugar del cuerpo se manifiesta el malestar, que es siempre emocional (T8)

Uno, así como deposita cosas en el cuerpo las puede sacar. Y eso puede pasar en cualquier momento, incluso en la primera consulta. Es algo tan personal como cada ser (TJ1)

Y con el sistema floral, nosotros buscamos la causa real de ese desequilibrio emocional. Sí me preguntás si actúa a nivel físico, te tengo que decir que no, porque no es una cuestión paliativa. Ahora si eso físico guarda relación con esto emocional, te tengo que decir que sí (T3)

¿Qué es lo que me está queriendo decir mi cuerpo que hasta ahora me ha venido avisando seguramente y no me di cuenta? (T8)

Una persona tenía psoriasis y consulta porque le habían dicho que las flores hacían re bien a la psoriasis. No, -le digo-, la verdad que la psoriasis es un síntoma. Le tenés que explicar y ver qué le pasa y en función de eso se ve. Entonces, esa persona ejercía

como arquitecto durante muchos años. Y un día le pregunto qué quería ser cuando era chico, qué fantaseaba. Y hasta le cambió el tono de voz. Me dijo “yo quería tener una carpintería”; parecía otro cuando me hablaba de la carpintería. Y me decía: “yo me imagino poniendo la pava, teniendo el anafe, y con mi gato en la carpintería”. Él lo vivía en otro mundo; se llama Clematis esa flor. Y lo dejé hablar y no le di nada ese día y le dije que viniera al otro día a buscar los remedios. Entonces, lo empezó a tomar y a la semana lo llamo y tuvimos otra conversación con el remedio adentro, que había empezado a vibrar distinto, y hablamos de Clematis. Todo aquello que sueño que algún día me va a pasar y me va a hacer tan feliz sólo habita en el plano emocional y este remedio hace que lo accione. La cosa es que hoy tiene una carpintería y no tiene más psoriasis (T10)

La búsqueda del equilibrio emocional ocupa un lugar central. El cuerpo expresa esos desequilibrios, se sufre y la terapia floral le muestra al sujeto que la recuperación se concreta a través de decisiones personales. El equilibrio entre los distintos planos de la experiencia, corporal, mental, relacional, emocional, es el eje del trabajo terapéutico.

Si lo tomamos en gotas durante un proceso vamos a desencadenar una corriente de armonización porque la flor va a estar llevando a corregir el balance que esa emoción había desequilibrado (T1)

El cuerpo informa, al enfermar y al sanar, respecto de lo emocional. Un interior en potencia perfecto, espacio de lo necesario para estar bien y para recobrar la salud cuando se ha perdido. Mientras el cuerpo oficia de fuelle en el encuentro con el ambiente, con los vínculos y las demandas del contexto, del ambiente. Puede percibirse afín al dualismo esencialista expuesto por el modelo médico, y analizado en su continuidad en actividades del mundo de las alternativas (D’Angelo, 2012) con diferente énfasis: en el espacio de la terapia floral el acento se encuentra en el interior, en las emociones. Se sostiene “la discontinuidad entre lo corporal y lo anímico como una manifestación de la “gran división” moderna dominante” (Viotti, 2018: 241). La idea de la interioridad perfecta, forma parte de los fundamentos de la individualización y la autonomía personal. Analizado en otras terapias y actividades del mundo de lo alternativo (D’Angelo, 2012) podría ser aún más determinante en la terapia floral de Bach.

Entonces ¿de qué se trata *lo emocional* desde usuarios y terapeutas? Al intentar comprender un poco más profundamente el sentido dado a las emociones, encontramos un *fondo sin fondo*, una condición que designa aquello que no ocupa el lugar de la razón, ni de la mente, ni del cuerpo. Y que a su vez parece atravesarlos y estar atravesado por ellas. Una instancia que los sujetos perciben como determinante de sus biografías. Fuente de salud y de enfermedad, fuente de desequilibrios y

de reparación. Es factible asumir estamos ante la búsqueda de un enlace de significación restituyente de sentido al malestar, que enlaza las experiencias de vida de los sujetos y los modos en que esas experiencias son negociadas en la vida cotidiana. Un nexo posible entre lo que les ocurre, con todo lo de social/cultural que porta, y cómo se responde ante ello, prioritariamente desde la declamada autonomía individual.

Los usuarios y terapeutas exponen a través de las experiencias en la terapia floral, una perspectiva relacional del enfermar (Laplantine, 1999) desde una concepción en busca de mayor integración de la persona, en la que lo corporal habla de lo emocional y lo emocional se expresa en el cuerpo, como dimensiones inescindibles. Perciben algo que ocurre internamente, en muchas ocasiones a partir de momentos vitales atravesados por aspectos relacionales, de interacción y de relación con el *ambiente en que uno se encuentra* (U8). Desorden, desajuste entre las dimensiones de lo humano -emociones, cuerpo – indicador de tensiones entre el sujeto y su espacio relacional, que se transforma en enfermedad o malestar y motiva cambios en los itinerarios terapéuticos. El lugar central de los sentimientos y de las emociones, que intenta reponer una lectura integrada del sujeto, parece ser compartido con algunas corrientes dentro de la psicología, como el psicoanálisis⁹³ (D'Angelo, 2012).

Creo que cuando uno asume el psicoanálisis como terapia, también. Asumís que te mirás para adentro, que descubris cosas que te gustan, cosas que no tanto, y te permitís un poco eso. Y con estas otras terapias me parece que también pasa algo así, como que te das tu tiempo (U4)

Lo emocional como causa última de todo padecer, se integra a la resolución individual del sufrimiento y genera la posible clausura de la “capacidad socialmente significativa” (D'Angelo, 2012: s/d) del padecer para dar cuenta de la insatisfacción y el agobio de los sujetos en relación a sus condiciones de vida. La emocionalidad conecta con la individualización y el desapego respecto de la trama contextual, asociando una cadena de sentidos, convocando todo un campo semántico complejo (Hall, 2017: 183) en la cosmovisión propuesta por la terapia floral.

No son las cosas que te pasan si no como te las tomás (U9)

⁹³ El contexto nos lleva a una observación necesaria, el psicoanálisis no es una práctica extendida en lo local. Al menos no como ha ocurrido en algunos grandes centros urbanos en el país, especialmente Buenos Aires. La mayor parte de la muestra no ha realizado consulta psicológica o lo ha hecho por periodos breves y con otro tipo de corrientes y modalidades dentro de la psicología.

También el tema de las emociones es muy importante, como que todo lo que es tóxico debe quedar afuera. Y cuesta un montón. Pero, aunque duela, hay que aprender a decir que no y alejarse de las cosas...y de la gente que no te hacen bien (U13)

Si *no son las cosas que te pasan*, la trama contextual resulta inmodificable y la tarea consiste en tomar distancia emocional de ella. Desde la transformación interior, producto del trabajo terapéutico y la toma de conciencia introspectiva, debe procurarse eludir el daño, el conflicto, el dolor, las tensiones provocadas por el afuera. Los *miedos – traumas – ansiedad – depresión – pánico – cansancio*, pierden en el diagnóstico su sentido social, lo que pueden portar de cultural/material, para invertir la carga, que en definitiva recae sobre el propio sujeto y su modo de relacionarse con su trama micro y macro social.

La referencia a las emociones tóxicas, *todo lo que es tóxico debe quedar afuera*, hay que *alejarse... de la gente que no te hace bien*, remite a la tensión con los vínculos sociales. La salud y el bienestar se comprenden, al menos en parte, en la necesaria configuración desde el distanciamiento de las interacciones aparentemente nocivas. La perspectiva refuerza la individualidad como valor y asocia la posibilidad de sanar, al desapego respecto de esas persona y situaciones tóxicas. Asumir una lectura comprometida con esta condición, fundamenta la salud y el bienestar en decisiones individuales, sin reflexión respecto de los condicionamientos sociales y culturales.

Entonces ¿Qué es lo que no dice definir la enfermedad desde la emocionalidad en la terapia floral? Se procesa lo social, lo cultural, los vínculos, las condiciones materiales de vida como los sentidos circulantes colectivamente a partir de decisiones individuales. El impacto de lo contextual, del *ambiente*, es percibido como de resolución desde la toma de distancia de los sujetos. *No son las cosas que te pasan, si no como las tomás*. El afuera del sujeto es un dato dado, en cierto modo naturalizado, como amenaza para el equilibrio interior. Como plantea Pitluk (2008), se vela la posibilidad de la comprensión social del malestar, como de una respuesta colectiva para la misma.

Porque en el fondo lo que uno busca es que la gente se empodere de su vida, deje de padecerla o de pensar que los demás le están direccionando la vida y todos le están marcando la agenda. Porque hay gente que siente que las cosas le pasan de afuera y es importante que sepan que uno es el artífice de su vida y de lo que le pasa. El actor principal es uno, entonces los actores secundarios no te pueden determinar lo que vos vas a ser, porque son secundarios.... Y empezar a caerse los velos, a descubrir cosas de uno y de cómo se maneja en la vida. Lo importante es que nos empecemos a sacar estructuras, a dejar de justificarnos, de buscar las excusas afuera (T2)

La trama contextual que genera el cansancio, la depresión, la ansiedad, el miedo, y las angustias cotidianas, son resueltas en términos de condiciones y actores secundarios. Excusas del afuera que deben superarse desde el empoderamiento individual. Los sujetos inician un recorrido de exploración por experiencias que les traigan *calma, bienestar, equilibrio, paz*. Todo ello implica tomar distancia del afuera, para *dejar de justificarnos*. La búsqueda del bienestar, del mandato cultural por la salud en toda circunstancia (1.1.), parece ser una preocupación que alcanza todas las dimensiones relacionales de la subjetividad contemporánea (Papalini y Echavarría, 2016; Freidin, 2017), llevando a los sujetos a cargar con la mochila de la necesaria revisión del sí mismo para alcanzar ese bienestar. El trabajo con las emociones expresa una dimensión en la regulación de la sensibilidad que parece funcionar adaptativamente a través de la gestión de la cura en la terapia floral.

Las emociones presentan el encuentro entre el sujeto y el espacio social, cultural, histórico en que se desenvuelve y se configura, a modo de posible puente articulador del sentir, el pensar y el actuar en una trama social y material específica. ¿Es plausible considerar las emociones como expresión de encuentro de lo propio y lo social, de los condicionamientos culturales y las posibilidades de acción, a modo de rol mediador en esas interacciones? Solo desde nuestra lectura analítica. Desde las prácticas de usuarios y terapeutas en terapia floral parecen reintroducir las emociones a una dimensión privada de la sensibilidad, causa del desequilibrio que deriva en enfermar y de resolución individual. No se trata de lo que nos pasa, si no de cómo nos posicionamos interiormente frente a ello.

Y mi viejo estuvo mal hace unos meses pasado en medicación, se hizo un agujero en la panza, estuvo en terapia. Y viven buscando la solución en el otro, en los médicos. Y él tiene la columna muy mal y le digo ¿por qué no probás con acupuntura? Y me dice ¡Qué voy a probar con eso si mi hermano fue a acupuntura y cuando volvió a la casa tenía una aguja pinchada! ¿Y? Pero también tiene que ver con esto de buscar la solución en lo externo, como si fuera otro nivel de apropiación del cuerpo. Además, somos eso: cuerpo y alma. Y se trata de hacerse cargo uno mismo, no buscar la solución mágica. (U2)

...los que se han ido [usuarios sin continuidad en el tratamiento o que no regresaron después de una primera consulta] fue quizás porque no entienden mucho el sistema, o porque no fueron nunca a un psicólogo y no entienden que la solución durante el tratamiento la tienen que lograr ellos mismos...(T7)

La enfermedad es configurada entonces como una oportunidad de aprendizaje sobre sí mismo y sobre las posibilidades de autocuración. La lógica desde la que se la comprende no es la del mal

generado y a combatir desde fuera. El malestar es una situación disruptiva, producto de desequilibrios emocionales, que se resignifica como una posibilidad para llevar a la toma de conciencia de las emociones y experiencias a ser modificadas. Para hacerse cargo de la biografía y de las decisiones *por la salud*. El desajuste producido a partir del sufrimiento, se presenta como una ruptura, un momento liminal (a modo del “disturbio” a que alude Williams) en los que se inician las transformaciones de los itinerarios terapéuticos.

Gestionar las emociones conlleva un proceso de auto responsabilización del sanar, como del padecer, que no se encuentra exento de tensiones. Los sujetos en sus itinerarios terapéuticos, llevan sus prácticas entre el modelo médico y la terapia floral (y a otras terapias alternativas), contrastando y solapando usos, sentidos y creencias en las que constantemente redefinen el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad.

4.3. Experiencias simultáneas por los dominios terapéuticos. Lecturas sobre usos complementarios y creencias alternativas

La supuesta ambivalencia de sentidos y prácticas en la asistencia a diversas opciones terapéuticas, dentro del sistema biomédico como en el espacio de las terapias alternativas, se sostiene desde un sujeto que opera a partir de lógicas diversas de acción. Situaciones percibidas como enfermedad, malestar, sufrimiento, operan para que se activen disposiciones incorporadas. El pasado es así convocado de modo diferencial en función de la situación (Lahire, 2004). Las disposiciones no son observables a simple vista ni surgen espontánea o directamente del relato de los sujetos. Lo que podemos obtener son algunas pistas respecto de su presencia como hábitos que si bien se encuentran en disposición, pueden ser o no activados dependiendo de la situación, así como que esas disposiciones se generaron a partir de instancias de socialización.

Lo disposicional se articula y se habilita desde la dinámica cultural de prácticas que se produce entre el modelo médico hegemónico y la formación de las terapias alternativas. Así, aquellos trayectos que, a primera vista, o desde otros marcos conceptuales, podrían resultar heterogéneos o enfrentados, son expresión de las fluctuaciones, contradicciones y ambivalencias de las prácticas en el cuidado de la salud. El proceso expone la resignificación de las nociones alternativas de la terapia floral, que tienden a desplazarse al terreno de la complementariedad, evitando la abierta

confrontación con los principios organizadores del modelo médico. Así como estos sujetos recurren a la biomedicina sin asumir pasivamente su marco de interpretación para la salud y la enfermedad, aun en su condición institucional dominante, toman los elementos de la cosmovisión de la terapia floral configurando resignificaciones que les permiten el tránsito por las opciones terapéuticas, sin que les resulte contradictorio. Lo que no necesariamente opera en términos reflexivos.

Las prácticas como articulación de significaciones y experiencias resultan permanentemente tensionadas. Los sujetos recorren la biomedicina y las terapias florales distinguiendo distancias y diferencias entre ellas, configurando fronteras permeables y no absorbentes en su circulación⁹⁴. Transcurren experiencias simultáneas y paralelas por las opciones, alternando entre la biomedicina y distintas prácticas terapéuticas en el espacio de lo alternativo. Las claves en que se realizan y significan esas experiencias, discuten, se solapan, se complementan o confrontan, exponiendo tanto la dinámica cultural como las afecciones particulares.

Muchas de las lecturas realizadas, tanto en el campo antropológico como de la sociología, caracterizan esas trayectorias de los sujetos como pluralidad terapéutica. Con diversas denominaciones (convergencia, sistema etnomédico, pluralismo terapéutico), con mirada positiva o crítica respecto de las terapias alternativas como de la biomedicina, sostienen que las personas eligen en un continuum entre la biomedicina y la diversidad de terapias alternativas (Crawford, 2006). Guiados por mayor o menor insatisfacción con el sistema médico, compartiendo los postulados de las terapéuticas alternativas en poco o en mucho, o bien como consumidores inteligentes que eligen estratégicamente entre la oferta disponible. Nos diferenciamos de estas lecturas en algunos aspectos que es necesario resaltar.

En primer término, las nociones de pluralidad, hibridez, combinación, si no se complejizan pueden opacar la diferencia entre las modalidades terapéuticas, del mismo modo que homogeneizarlas a su interior. Como hemos dado cuenta, no consideramos que estas prácticas se realicen en situación de equivalencia entre dominios, toda vez que unas cuentan con las condiciones institucionales de validez, reconocimiento simbólico y material, organizan de hecho el campo de la salud y atención de la enfermedad, mientras las que nos ocupan se realizan en los bordes o por fuera de cualquier sistema reconocido.

⁹⁴ Las combinaciones terapéuticas son motivo de análisis en nuestro país (Idoyaga, 2005; Saizar, 2008), aunque no han sido trabajadas ni en nuestro territorio ni respecto de la terapia floral.

A su vez, del mismo modo que la biomedicina no debe reflexionarse como un espacio sin tensiones, las terapias alternativas presentan diferencias en distintos planos que deben estimarse. En términos de modalidad terapéutica, del tipo de dolencias al que se dirigen, de los sentidos que las validan, de su presencia en el contexto local. Los caminos analíticos presentan diferencias al estudiar las prácticas en reiki, homeopatía, acupuntura o, en nuestro caso, la terapia floral.

Las entrevistas realizadas otorgaron la posibilidad de reorganizar la experiencia, de recuperar sentidos que anudan recuerdos y reflexiones, en prácticas atravesadas por las condiciones hegemónicas, por las tensiones a su interior, por las tensiones en procesos de asimilación, incorporación, negación y re significación de formas residuales y emergentes, en las que los sujetos circulan (circulamos) a partir de instancias reflexivas como pre reflexivas. La exploración de las tensiones en el inter relacionamiento entre dominios terapéuticos, puede observarse tanto en la incorporación de elementos de un dominio por el otro (4.2.), como en la circulación de los sujetos por diversidad de prácticas de uno y otro modelo.

El proceso de re-significación de sentidos que recorre los dominios terapéuticos, constituye una de las razones que fundaron nuestra elección de la terapia floral como objeto de estudio, a las que caracterizamos, sabemos con cierto riesgo, como un tipo de terapia de fronteras más débiles para con la biomedicina. El uso complementario de la medicina con la terapia floral, muestra las estrategias de afrontamiento diferencial del sufrimiento. Según el malestar o sufrimiento del que se trate, el usuario evalúa la terapia más pertinente o más eficaz, exponiendo un uso según la situación motivo de la consulta.

le dije [al médico] me enfermé de un día para el otro, así que vos curame igual, mañana tengo que estar bien, jaja, es que cuando necesitás zafar enseguida, las gotitas [esencias florales] no sirven para eso (U15)

Se asocia la mejoría rápida a la medicina, a la que definen como una medicina eficaz en la urgencia, una terapéutica de celeridad. El usuario diferencia según su malestar (al que caracteriza como una *gripe muy fuerte, reiterada* en varias oportunidades en el año), en tanto la terapia floral no resultaría eficaz en este caso. *No sirven para eso*. La necesidad de una rápida recuperación se relaciona aquí con la exigencia laboral. El usuario, docente en una escuela privada, nos comenta qué, de ausentarse, perdería el pago mensual por presentismo. Es expuesta claramente la materialidad sobre las que se realizan las prácticas y que las condiciona. Se puede advertir el peso

de la exigencia en la cura para sostener el funcionamiento laboral. Como plantea Menéndez (2015), en este punto la biomedicina resulta una aliada no solo eficaz, si no necesaria.

El mismo fragmento nos permite otra lectura adicional, respecto de los sentidos de uso y creencia entre los dominios terapéuticos. La percepción de dolencias asignables a un marco interpretativo ajustado a la lógica biomédica: malestar identificable corporalmente, sobre origen posiblemente biológico y fundamentalmente con reconocimiento de eficacia en experiencias previas, lleva a la consulta en el modelo médico. Mientras que la entrada a la terapia floral parece realizarse desde la percepción de otros padeceres. Malestares difusos, enfermedades crónicas, dolencias sin resolver desde las experiencias en el modelo médico, la preocupación por el tipo de tratamiento propuesto en la biomedicina o la presunción de estados interiores como fuente de la enfermedad, *cuando lo que duele está bien adentro* (U11).

A partir de la percepción de enfermar, de padecer, de la pérdida de salud y de experiencias insatisfactorias en el sistema biomédico, los sujetos exploran el proceso terapéutico de la terapia floral, configurando confianza en la eficacia y/o convicción en la creencia. Desde el relato de las experiencias advertimos el sentido dado al uso complementario y la creencia alternativa, respecto de dimensiones –siempre en tensión- en las que se distingue las terapias florales en su diferenciación de la biomedicina.

Las actividades y terapias alternativas comparten principios y postulados que las atraviesan (1.4.2.). Los sujetos circulan por un circuito heterogéneo de prácticas, actividades comunes e interacciones reiteradas, que se presenta como un ámbito difuso, sin fronteras nítidas. Aun así, habilita claramente la asociación de la diversidad terapéutica formando parte de un *lado* (3.3.), de un conjunto configurado fundamentalmente a partir de elementos comunes en la creencia.

La denominación de las terapias, permite analizar los entramados de sentidos surgidos de las experiencias en el sistema de la biomedicina con las transitadas en las terapias florales. ¿No convencionales? ¿Complementarias? ¿Alternativas? ¿Holísticas? Más allá de la caracterización institucional que se realice, interesa comprender que nos dicen esas denominaciones del sentido de estas terapias, del lugar que ocupan para los usuarios y terapeutas en los itinerarios entre las opciones terapéuticas. El significado variable dado a la alternatividad y a la complementariedad, identifica la tensión entre las prácticas y sentidos desde los itinerarios terapéuticos. A su vez, abre pistas de lectura sobre los modos de adhesión diferenciales (6.1.) como de los rasgos significativos en la estructuración de la experiencia (6.2.).

La mayoría de los usuarios (veinte - 20) identifica la terapia floral como alternativa. Poco más de la mitad del total de la muestra (catorce -14) cómo complementaria. Sin que las respuestas resulten excluyentes entre sí. De estos últimos, seis (6) usuarios explicaron que sus terapeutas preferían la denominación de complementariedad, derivando su definición en los especialistas. Algunas otras respuestas fueron expresadas por pocos usuarios respecto del total de la muestra: holística (2), no convencionales (4), naturales (1), blandas (3). La complementariedad no resultó excluyente respecto de otras calificaciones, asociándose a la alternatividad (10), lo no convencional (2) y lo natural (2).

Como decíamos, más que la denominación en sí, lo que nos interesa es la caracterización de la terapia y/o del uso de la misma, realizada a partir de esa nominación. La interpelación de esas calificaciones expresa algunas de las claves en que se puede comprender el alcance asignado a las terapias, como su vínculo en tensión con la biomedicina. Comencemos por la noción de complementariedad.

Resulta consistente con el estado del conocimiento en el tema, la referencia al uso complementario entre las consultas a la biomedicina y a las terapias alternativas (Good, 2003; Idoyaga Molina, 2005; Saizar, 2008b; Freidin, 2017, entre muchos otros), aun cuando no se haya explorado tal situación respecto de la terapia floral ni en el territorio estudiado. Los usuarios que acuden a la terapia floral, en parte por algún grado de insatisfacción con las experiencias en la biomedicina (3.3.), lo hacen sin abandonar las consultas en ese espacio. La caracterización de la terapia floral como complementaria, parece definirla como una instancia de compensación, colaboración entre dominios terapéuticos.

Para mí son un complemento, una ayuda, lo que una no ve lo ve la otra (U19)

Las técnicas como medicina, psicoanálisis, alternativas, todo tiene una falla, hay que buscar, combinar (U12)

Los terapeutas florales perciben también su labor como complementaria de otras opciones en la búsqueda de bienestar de los usuarios. Se trate de otras terapias alternativas como de las respuestas brindadas por el modelo de la biomedicina. Si bien se enuncian fuertes críticas a este modelo, tanto los terapeutas como los usuarios reconocen la eficacia del mismo en algunas dolencias. Desde los terapeutas, en no pocas ocasiones, la referencia a la complementariedad continúa con la búsqueda de validación por parte de la biomedicina o, al menos, el intento de eludir su cuestionamiento.

Cuando se da, hay que derivar al médico. (T3)

Y nosotros tenemos que saber derivar. Eso es lo que hace que uno sea un buen profesional; saber hasta qué punto llegás y qué es lo que tenés que hacer (T5)

No son terapias alternativas; son complementarias. Porque no es o el médico o nosotros. (TJ3)

Ojo, el sistema Bach no es alternativo, es lo que se llama medicina blanda. Y yo creo que en psicología tendría que haber una materia que diga Bach. (T6)

Los que vienen acá vienen con una valija, un baúl y un bolso de problemas. Y el que viene tan conflictuado lo que hago es derivarlo a un psiquiatra o a un neurólogo. Porque quien tiene tanto conflicto no viene a buscar el equilibrio, necesita solución de los problemas. Y las gotas en todo caso son un refuerzo del tratamiento que el psiquiatra y el psicólogo le dan. No se puede trabajar así cada 15 minutos como los médicos comerciantes. Los casos que yo tengo son lo suficientemente conflictivos como para que me pueda tomar tiempo. Justamente esto es lo que no quería Bach, que repitiéramos los ejercicios de la medicina tradicional (T4)

Aunque los profesionales de la salud descalifican a las flores totalmente. Al principio sentía como una cosa de descalificación real, y hoy entiendo que es la falta de conocimiento. Igual me parece que la idea no es venir a suplir o tapar una cosa con otra, sino que sea algo complementario, alternativo. Que complemente cualquier tipo de tratamiento; esa es la idea. Si es alternativo, porque la gente elige hacer eso y no hacer algo convencional, te diría que es alternativo; depende de qué punto y desde dónde uno se encuentre parado (T3)

Los dos últimos fragmentos muestran el cuestionamiento al modelo médico desde las terapeutas, aludiendo a la comercialización de la práctica médica y al abuso de la medicación psicotrópica. En el último relato, se advierte la posibilidad de lo alternativo como opción excluyente. Sin embargo, en la continuidad de la entrevista, aclara la idea de la alternatividad, que se presenta casi en términos abstractos, en tanto no conoce casos que la utilicen sin recurrir al modelo médico y siempre aconseja el uso complementario de lo floral. Las terapeutas con formación en la biomedicina, enfatizan la subordinación complementaria de la terapia floral.

El uso del paciente es simultáneo. Si la idea es recuperar la salud es complementaria, pensemos que medicina es todo lo que cura, no importa de donde venga No son alternativas, en una neumonía necesitas un antibiótico, y sí... (T11)

Quizás, podamos arriesgar a modo de breve hipótesis, que el valor de verdad asignado a la biomedicina atraviesa estas lecturas y por prudencia ante posibles situaciones de enfermedad no resueltas desde la terapia floral se perciba como un reaseguro que el usuario nunca abandone sus consultas en el modelo médico. ¿Remite esto al conocimiento de las propias limitaciones en el alcance y efectividad de las terapias florales? En cualquier caso, nos presenta con claridad la

necesidad de considerar las experiencias de los sujetos como de uso complementario en la diversidad de terapias. Mientras que la referencia a la complementariedad se orienta al uso, al modo en que los usuarios acuden a ellas sin abandonar la asistencia al sistema biomédico, a cambio, la apelación a la alternatividad remite a la caracterización de la terapia floral como tal, en términos de la perspectiva desde la que se define, denomina y trata, la salud/enfermedad. En una tensión que confronta sentidos con la biomedicina, sin abandonar su uso.

En términos de alternatividad, podemos entonces recuperar la diferenciación respecto del modelo médico desde la práctica y desde los valores de la creencia: perspectiva holística, considerando la integridad de la persona eludiendo el enfoque en el síntoma, órgano o afección; uso de esencias florales, naturales, sin contraindicaciones ni efectos secundarios; apertura y motivación a otra variedad de terapias, incluyendo la biomédica, valorando el uso de cada opción según la situación; terapeutas como mediadores (*el poder no está en el terapeuta*), dando lugar a la voz y experiencia del consultante; trabajo terapéutico con las emociones, encontrando en ese ámbito el origen *real* de los malestares; reapropiación del proceso de curación en la individualidad y autonomía del sujeto. Una terapia *blanda, suave*, que destaca *humanidad* y consideración de lo personal, en la que los sujetos parecen encontrar la posibilidad de una reorganización de su narración personal y nuevos sentidos para su malestar.

Lo alternativo no se define por el uso oposicional como reemplazo, como crítica radical del modelo médico, si no por su diferenciación⁹⁵. La denominación de alternatividad, nos lleva a recuperar la idea de Williams ([1980] 2012) en tanto el espacio de la terapia floral parece constituirse como un modo diferente de concebir y actuar la salud, con tensiones con el modelo médico, pero sin proponerse como un oposicional para el mismo. Debemos considerar, de igual modo, que no reducimos la lectura de la hegemonía al campo de la salud. Así veremos que, respecto de lo hegemónico en un sentido de mayor alcance, en la trama cultura-capitalismo, no solo no tenemos oposición, sino que encontramos funcionalidad de los sentidos construidos en el paso por la terapia floral.

El trabajo terapéutico en la terapia floral y a partir de ello la resignificación del sentido del padecer, expone la caracterización diferencial de los modos de atender la salud, desde las prácticas y sentidos construidos en los itinerarios terapéuticos. Por momentos pareciera establecerse un

⁹⁵ Recordamos el tipo de terapia con la que trabajamos. Puede que otras opciones terapéuticas presenten un modo de crítica más radical y oposicional.

esquema de opuestos dicotómicos -medicalización vs. remedios naturales, holismo vs. fragmentación, por ejemplo- que aproxima elementos de la configuración de la creencia en la terapia floral y sugeriría un espacio irreconciliable con las prácticas en el modelo médico. Sin embargo, como vimos, terapeutas y usuarios circulan simultáneamente por ambos dominios y la complementariedad signa los trayectos terapéuticos. Con experiencias de socialización en la plataforma simbólica de las terapias alternativas, mantienen el uso paralelo de la biomedicina, evidenciando matices y elementos integradores en ese juego de tensiones. Los rasgos descritos a continuación remiten a la diferenciación en el trabajo terapéutico como en la concepción de la salud y la enfermedad que se construye en el paso por la terapia floral.

Cuadro n° 6 Dimensiones comparativas de sentido entre el modelo médico y la terapia floral

Terapia floral	Medicina
Integración del sujeto, perspectiva holística	Fragmentación del sujeto
Blanda, suave	Dura, rígida
Humanizada, personalizada	Impersonal, homogeneizadora
Búsqueda de causas del enfermar (en la emocionalidad)	Énfasis en la sintomatología objetivable
Terapeuta como mediador	Conocimiento y solución en el poder médico
Remedios (esencias florales) sin contraindicaciones ni efectos secundarios	Tratamiento centrado en medicamentos
Apertura a variedad de terapias	Clausura y oposición a otras terapias

Fuente: elaboración propia a partir de la tarea de campo

El riesgo de sostener este dualismo es el de constituir analíticamente dos polos, reduciendo las características de los sistemas terapéuticos a términos cerrados y estancos, así como omitir las tensiones en cada dimensión. Nos parece necesario, como venimos exponiendo en todo el trabajo, identificar dinámica y heterogeneidad dentro de cada conjunto de prácticas (biomedicina/terapias florales) como considerar el rango diverso y definido situacionalmente entre esos valores clasificatorios. Identificar *suave/duro* no es un binarismo de 0-1, si no una línea analítica que asume muchas variaciones desde las prácticas.

Porque entiendo que la salud, o sea, soy enemiga de tomar medicamentos de la medicina tradicional, salvo que sea estrictamente necesario. Y en cambio, estas otras

terapias alternativas creo que tienen que ver más con eso, con una mirada más integral de la persona y de la salud. Creo que todos sabemos cuándo nos pasa algo, si hurgamos un poquito sabemos por qué nos está pasando eso, de dónde vino o qué más nos pasa para que nos sintamos así. Entonces, en general creo que son más situaciones emotivas, de bajón y esas cosas (U4)

En esto no está esa lógica, al menos para nuestra forma de razonar, o nuestro pensamiento que todo lo tenés que comprobar digamos. Es más difícil; pero, por ejemplo, una persona como mi vieja que es muy racional, las veces que ha probado estas cosas, le han dado resultado también. Y en realidad yo a la medicina tradicional voy, chequeo, controles que uno tiene que hacerse. (U21)

Mientras la referencia a la complementariedad se orienta al uso, al modo en que los usuarios acuden a ellas - y las terapeutas derivan o aconsejan - sin abandonar la asistencia al sistema biomédico, la apelación a la alternatividad parece caracterizar la terapia como tal, en términos de la perspectiva desde la que se define, denomina y trata, la salud/enfermedad, sin que de ello se derive el uso excluyente, respecto de la biomedicina. En cualquier caso, sea alternativa como complementaria, se define por su tensión con la biomedicina.

En ocasiones las definiciones de lo alternativo y lo complementario intentan ser invertidas, modificando el orden de subordinación y lugar que el sistema de la biomedicina ocupa en relación a las terapias alternativas, desplazando aquellas al sentido de complementariedad. Fundada, por ejemplo, en el supuesto de mayor antigüedad de las terapias alternativas en general. Apelación al residuo que intenta ser recuperado.

Y descubrí de a poco que, en realidad, capaz que lo alternativo no es esto [terapia floral], sino que es nuestra medicina tradicional [refiriendo a la biomedicina]. Porque es al revés la historia, porque está basada en un conocimiento muchísimo más antiguo [las terapias alternativas] (U2)

Flores que se ayudaban con la alopátia, por supuesto (U15)

Las prácticas en la biomedicina complementarían el cuidado de la salud realizado en el mundo de las terapias alternativas. No en sentido inverso. Pero tal caracterización se da en pocos casos de la muestra, siendo la tendencia, enunciar el lugar central de la medicina, lugar a partir del que, aquello que no es la medicina, la terapia floral, se define como complementaria. Si bien por momentos puede leerse como una táctica, especialmente desde las terapeutas, en busca de dotar de legitimidad a la terapia floral desde el sistema de salud, se advierte el acuerdo respecto de su uso y caracterización como complementaria.

Los itinerarios por la terapia floral, expresan entonces referencias al uso paralelo, simultáneo, de la biomedicina y otras terapias/actividades dentro del circuito alternativo. Fundamentados en las prácticas y sentidos que constituyen los sujetos en sus trayectos terapéuticos, lo complementario y lo alternativo asumen características de tensión y de subsunción, en una dinámica procesual con variaciones y expresiones diferenciales, propios de los movimientos entre lo hegemónico y lo emergente. En un ida y vuelta entre hábitos en competencia, se expresan situaciones de desfase/desajuste en la asistencia a diversidad de instancias terapéuticas. Se activan así disposiciones diferentes que, asociadas a la dinámica cultural de tensiones en el espacio del cuidado de la salud y atención de la enfermedad, son convocadas en y por los sujetos según la situación. La reinterpretación del sentido del enfermar y sanar, incluso del vivir, que se va construyendo a través de esas experiencias, alivia o compensa el malestar subjetivo y se impone por sobre las tensiones que asoman en el tránsito entre estos sistemas Esa aparente “ambivalencia entre antagonismos constitutivos” (Bordes, 2009) expone la permanente tensión que atraviesa las prácticas y los sentidos construidos en los trayectos terapéuticos.

En todo proceso de identificación se nombra el otro como necesario para caracterizar aquello distintivo y cuya negación configura las características de lo propio (Hall y Du Gay, 1996). La biomedicina en el proceso de imposición como modelo único de atención de la salud y la enfermedad, se basó en la exclusión de otras prácticas y experiencias (1.3.). En ese proceso de tradición selectiva, las terapias consideradas no científicas quedaron reducidas, negadas, invisibilizadas en oposición al carácter hegemónico y con pretensión de universalidad de la medicina. Así, a su vez, esa medicina es constantemente desestabilizada por aquello que excluye.

La oferta de terapias alternativas aumenta y se diversifica desde las últimas décadas del siglo pasado, logrando un alcance cada vez mayor (1.4.). Propone una re significación de las ideas y prácticas sobre la salud, la enfermedad, el sentido de vivir, como analizamos en este capítulo y profundizaremos en los próximos. A partir de los itinerarios terapéuticos estudiados, se puede reconocer una dinámica de relaciones complejas y fluctuantes con la biomedicina, a la que interpela, cuestiona, confronta, propone complementar y se subsume, como cuestiones que no resultan excluyentes y se particularizan en cada escenario situado. Como instancias que pueden parecer contradictorias, pero que expresan la dinámica del proceso cultural en el espacio de la salud.

La biomedicina recupera esta interpelación en dos sentidos. Uno, de revisión y modificación incipiente de algunas de sus prácticas; otro, reafirmando su expresión de vigilancia y disciplinamiento respecto de las prácticas que invalida. En ese proceso, las terapias alternativas se definen en relación con aquello que las diferencia, respecto del código dominante para comprender y actuar en la salud y la enfermedad. Así la terapia floral se delimita por aquello que no es. Como hemos visto, desde usuarios y especialistas en la terapia floral, el modelo médico se expone como criterio para caracterizar el trabajo terapéutico. Describen la interacción entre terapeuta y usuario, el valor y eficacia de los preparados florales o el sentido del enfermar en la diferenciación con la biomedicina. El otro dominante es necesario para definir el mundo propio, entre emergente y residual, que cuestiona e interpela, sin proponerse reemplazarlo.

Capítulo 5

Circuitos y redes de sociabilidad en la construcción de sentidos sobre la salud/enfermedad desde terapias alternativas

¿Cómo llegan los sujetos a la terapia floral? ¿Cómo se conectan con un terapeuta? ¿Qué vínculos los animan a la exploración? Los itinerarios terapéuticos nos muestran el lugar significativo de las interacciones cercanas que informan, sugieren y validan la apertura a esas opciones terapéuticas. Convergen redes de sociabilidad, con particularidades en lo local, en la comprensión de trayectos terapéuticos por prácticas sin reconocimiento ni validación pública. A través de las redes de interacción cercanas, los sujetos se informan y resuelven asistir a determinada terapias y terapeuta. Desde la recomendación fundada en la experiencia personal satisfactoria, otros cercanos transmiten, asignan confianza y credibilidad y habilitan así la exploración por el mundo de las terapias alternativas.

En este capítulo enfocamos las redes de sociabilidad en lo local, dimensión constitutiva de las prácticas por terapias alternativas, dando cuenta de las actividades y ámbitos que conforman el circuito en lo local. Proponemos conectar con uno de nuestros objetivos que remite, como se recordará, al análisis espacios de sociabilidad en los que se construyen y circulan otros sentidos respecto de la salud/enfermedad, en una trama que comprendemos procesualmente y nunca como instancia acabada y/o de límites nítidos en la dinámica de tensiones entre el modelo médico y las terapias alternativas. A partir del desajuste provocado por el padecer en las biografías personales, luego de la frustración del paso por el modelo médico, los sujetos comienzan la indagación por un conjunto de prácticas y actividades en el mundo de las alternativas, sostenidas en sentidos circulantes en tensión.

Nos propusimos explorar las prácticas desde una perspectiva multidimensional (2.2.). Incorporamos aquí la lectura de las mediaciones relacionales, que resultan determinantes para el encuentro de las dimensiones involucradas. La circulación por la terapia floral es recomendada y sostenida en las interacciones cercanas, en la trama social y cultural en que se concretan. Las redes de interacción no son secundarias en la comprensión de las prácticas. Se trata de instancias significativas, en parte definitorias de esas prácticas, y como tal, un espacio que la comunicación puede reclamar como dimensión clave en sus indagaciones.

La literatura existente en nuestro país, qué proviene de la sociología y de la antropología especialmente, aun cuando no se refiere específicamente a las terapias florales ni a nuestra región, sugiere el lugar significativo de las redes de sociabilidad en la decisión de los sujetos de asistir a las terapias alternativas (Freidin y Timmermans, 2008; Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013). Como veremos, los terapeutas no realizan difusión ni publicidad de su tarea, más que mínimamente, tratándose además de actividades sin respaldo institucional, ni regulación formal. Los usuarios llegan a los terapeutas florales a través de la recomendación de otros usuarios. Las redes de sociabilidad en lo local exponen, quizás con mayor énfasis, la función dadora de confianza y validez de las prácticas.

El capítulo se organiza en tres secciones. En la primera, exploramos el inicio desde los usuarios en la terapia floral, el modo en que llegan a ella y el encuentro entre elementos biográficos y los vínculos que habilitan la transformación inicial de los trayectos terapéuticos. En la segunda, caracterizamos el difuso circuito anfibia de las terapias alternativas en lo local, identificando actividades, nodos de encuentro y circulación. En la tercera, examinamos la función de mediadores significativos de usuarios y terapeutas y los límites de aceptación en la recomendación de las terapias. Como en los capítulos previos, la configuración de sentidos significativos en la creencia, atraviesa la lectura.

5.1. El inicio en la terapia floral. Mediaciones relacionales y activación de disposiciones

Las interacciones cercanas como entrada a la terapia floral, son reconocidas tanto por los terapeutas, como por los usuarios. La apertura a la primera consulta, la asocian a la recomendación de vínculos cercanos o de las interacciones en otras actividades y/o ámbitos del circuito de lo alternativo. Ante las preguntas referidas al modo en qué conocieron la terapia, al terapeuta y cómo decidieron asistir por primera vez, encontramos regularidad: la experiencia inicial es activada por mediaciones relacionales. La validación posible de la terapia floral, inicia en la confianza asignada al sujeto que oficia de portero.

Llegué a J. [terapeuta floral] por la insistencia de un amigo (U19)

Hace bastantes años porque en La Plata tengo una amiga que es farmacéutica y ella hacía flores de Bach. Yo ya me había recibido, te diría año '96 que fue cuando me empezó a explicar qué era y para qué servían. Y como me conocía porque éramos

amigas me dice “yo si querés te preparo las flores”. Y le dije que sí porque confiaba en ella y hasta ese momento nunca había escuchado hablar de las flores de Bach (U4)

A mí me pasó por una recomendación boca a boca de una de estas amistades, que la recomendó a M. mi esposa (U1)

Estos fragmentos muestran la asociación entre el vínculo de amistad y la recomendación (incluso *insistencia*) como motivación al inicio de la exploración por la terapia floral. Las “redes capilarizadas que se imbrican informalmente” (Bonet y GomesTavares, 2006: 385), acompañan las trayectorias terapéuticas y los sujetos que ofician de porteros, no sólo informan de la existencia de la terapia, también dan cuenta de la validez de la misma.

En este punto, el del inicio en las terapias alternativas⁹⁶ las respuestas fueron entretejiendo recuerdos y conexiones que resultaron significativas para los sujetos. En varias oportunidades, las referencias aludieron a la familia. Como vimos en el cap. 3, el acompañamiento familiar fue la constante en las primeras experiencias que recordaban en la biomedicina. A su vez, las aproximaciones habilitadas desde lo parental en lo alternativo, fue recuperado como instancia relevante para la transformación de los itinerarios terapéuticos. Así podemos ver como la socialización expresa mucho de los sentidos hegemónicos, y en su heterogeneidad, de las tensiones culturales, habilitando otras opciones terapéuticas.

Además, a mí me ayuda a replantear estos interrogantes y no es que tenga la definición; sí tengo cosas de vida dentro de mi biografía que me la hacen evocar de nuevo y me agrada haberlo hecho. Por ejemplo, hoy me acordé de mis viejos (U1)

Mi mamá me manda a este que yo ni sabía que no era médico común (U6)

La usuaria que padecía diversas enfermedades desde pequeña, recordó que su madre la llevó a un médico homeópata, en ese momento dejó de enfermar y eso quedó en ella como registro de la posibilidad de otras terapias por fuera de la biomedicina. Los vínculos de amistad parecen exponer el momento situacional, en el que, frente a una situación de desajuste, de interpelación por su salud, las redes cercanas invitan a la terapia floral. Mientras las experiencias familiares, para quienes las han reconocido como fundantes de sus experiencias en lo alternativo, remiten a recuerdos de la infancia, a la incorporación de predisposiciones, que advierten reflexivamente o no, en la situación misma de la entrevista. No todos los usuarios y terapeutas en lo floral, identifican el

⁹⁶ Si bien la indagación apuntó a los inicios en la terapia floral, los recuerdos asociaron diversas actividades y prácticas en el mundo alternativo. Como veremos en breve (5.2.1.), los sujetos circulan por variedad de opciones en ese espacio.

acompañamiento familiar con valoración positiva en las terapias alternativas. En varias ocasiones la familia forma parte de quienes no solo no comparten sino rechazan las experiencias en estas terapias (5.3.3.). Junto a las relaciones cercanas (definidas como amistad desde los sujetos), y el peso de las interacciones familiares, se reconoce como espacio relevante el ámbito laboral.

A través de la psicóloga que atiende en el Poder Judicial y hace informes médicos, de víctimas de violación y esas cosas.... Y anda con terapias florales y con aromas (U16)

Una terapeuta que recomienda y prepara las flores a compañeros de trabajo, usuarios con experiencias satisfactorias que recomiendan a sus compañeros, el mundo del trabajo oficia de espacio de intercambio en la circulación boca a boca de la terapia floral. Como en la referencia a los vínculos cercanos, el espacio de trabajo acompaña lo situacional. El padecimiento se expresa en una de sus primeras instancias en lo laboral, en las dificultades para el cumplimiento con las exigencias del trabajo, mostrando a su vez la materialidad sobre la que se constituyen y expresan las prácticas. Las recomendaciones para la exploración de la terapia floral, surgen ante la situación de malestar, momento que abre a los cambios en los trayectos terapéuticos.

Es un momento específico y reconocible por parte de los sujetos: el regreso de una enfermedad que parecía superada, un accidente quirúrgico que invalida parcialmente, el diagnóstico de una enfermedad crónica o que puede resultar terminal, la separación de pareja o el final de la vida de trabajo formal (jubilación). La percepción de pérdida de salud⁹⁷ (como vimos en 4.2.), genera la ruptura que conecta con predisposiciones incorporadas, a partir de la recomendación de vínculos de cercanía en los que se deposita confianza, se enlaza a prácticas y sentidos circulantes, habilitando las exploraciones por la terapia floral.

A partir del encuentro entre el momento personal y la recomendación cercana, los relatos recuperan claves incorporadas habilitando la posibilidad de la acción de concurrir por primera vez a la terapia floral. Así, la presencia situacional de otros actores cercanos relacionadamente opera como dador de confianza que habilita otros modos de pensar y actuar la salud/enfermedad. *Siempre encontrás alguien que te despierta (U3).*

Podemos recuperar entonces la articulación del pasado/disposiciones y presente/situaciones, en tanto la circunstancia referida al malestar conecta hitos en la biografía de los sujetos.

En mi biografía personal siempre estuvo presente desde muy chico la interrogación de este tema; el tema de la medicina en general. Yo tengo casi 60 años; hace 50 años

⁹⁷ Como vimos, también cargada de sentidos circulantes en lo social.

no estaba desarrollada esta capacidad de encontrar otra variable de salud en medicina que no fuera la tradicional. Si bien mis viejos, y recordando cosas que se me vienen a la cabeza ahora, hacían homeopatía y me llevaban a hacer homeopatía. Y un poco por eso, porque ya venía en sangre, por lo que los viejos me fueron inculcando, yo tenía esa idea encima. No te puedo decir que había decidido nada porque no tenía idea de eso, pero sí que seguía esa línea (U1)

Buscar en nuestro propio yo antecedentes que vienen desde la infancia y aparecen cuando te pasa algo grosso o cuando los necesitas (U6)

Escuchás esa voz interior que está ahí desde siempre, desde pequeños, solo que no la escuchamos, hasta que algo te ilumina (U11)

Estos fragmentos aluden a alguna situación o momento específico -*algo que te ilumina, en la situación aguda, algo grosso*- referencias del padecer, que lleva a la consulta en el espacio de la terapia floral a partir de conectarse con vivencias previas, asociadas en general a la niñez, a la instancia de socialización inicial en el grupo familiar. Transmiten la percepción de un pasado que está en espera de ser activado, y que se *despierta* en la situación de desajuste, de sufrimiento, siempre que se asocien interacciones cercanas para recomendar otras opciones terapéuticas.

En algún lugar, yo tenía guardada esa llave (U3)

Procuramos reconocer el lugar de las disposiciones en los trayectos terapéuticos, como una de las dimensiones propuestas para analizar las prácticas en terapia floral, sin agotar el análisis empírico y reflexivo sobre el tema. Lo disposicional se enlaza a interacciones relacionales que habilitan otras opciones terapéuticas, en el marco de las tensiones culturales contemporáneas en el campo de la salud. Las primeras incorporaciones de sentidos en el cuidado de la salud en el modelo médico (3.1.) no satura las prácticas, y podemos reconocer en algunos casos, tempranas experiencias en el mundo de las terapias alternativas, también asociadas al ámbito familiar. Leemos, desde Lahire, la heterogeneidad de las experiencias de socialización, consistente con la noción de Williams al respecto, en tanto se procesan los sentidos hegemónicos de manera no monolítica. “Lo inalienablemente físico” en las estructuras del sentir (Williams, [1977] 2009: 169), nos conduce a la instancia pre-reflexiva de lo disposicional. El desajuste producido en las biografías a partir del del padecer, se presenta como ruptura (4.2.), activando disposiciones, expresión de esa socialización heterogénea, producto -postulamos- de las tensiones culturales en las que se configuran y circulan las prácticas. Prácticas que transitan, no pasivamente, entre un conjunto de actividades y puntos que conforman el circuito local de las terapias alternativas, parte de un circuito que recorre el mundo occidental.

5.2. Reconstrucción del circuito anfibio de terapias alternativas en lo local

Los usuarios y terapeutas llegan a las terapias alternativas, en buena parte, a partir de las sugerencias y recomendaciones recibidas en redes vinculares cercanas. Interacciones y espacios de sociabilidad que no se producen en el vacío social y cultural. Como hemos propuesto, los sentidos y prácticas en circulación se comprenden en el anclaje a formas culturales en tensión. La búsqueda de la salud como condición central para buena parte de estos grupos sociales se encuentra entramada a la proliferación de productos y actividades culturales diversas, que circula cada vez más ampliamente.

Indagar mediaciones relacionales remite entonces al análisis del modo en que estas cuestiones culturales que alcanzan diversos espacios de lo social, encarnan en situaciones de mayor especificidad. Así, la construcción de sentidos respecto de la salud y la enfermedad circula en espacios de sociabilidad del mundo de las terapias alternativas en lo local, que se concretan atravesados por los condicionamientos que establecen los marcos institucionales y discursivos hegemónicos en circuitos de mayor amplitud. En tanto proceso estructurante que se constituye a partir de la interrelación de diversidad de sujetos, prácticas e instancias institucionales de distinto nivel y alcance, es posible estudiarla a partir de dimensiones particulares en las que se configura, se expresa y también se dirime.

Las prácticas se asocian y realizan en directa relación a las prácticas de otros, en relaciones atravesadas en su constitución por dominios culturales/materiales que nos resultó ineludible reflexionar para aproximarnos a la comprensión de esas prácticas y de los sentidos en juego en las mismas. El circuito de terapias alternativas incluye prácticas, productos y trayectorias de los sujetos, qué sin compartir ámbitos institucionales comunes ni organización formal, configura redes sociales con diversas expresiones de visibilidad. Reflexionamos sobre el segmento local de un circuito más amplio, a partir de las trayectorias de sujetos que construyen y circulan sentidos respecto de la salud/enfermedad en espacios de sociabilidad comunes.

La búsqueda de la salud y de respuestas al padecer resulta en estos espacios no convencionales una práctica menos pública, de menor exposición que las actividades que se encuadran en el sistema médico institucionalizado. Asistir a instancias terapéuticas que proponen sanar o cuidar la salud, pero que no se sostienen desde la lógica institucional médico sanitaria ni son reconocidas

por los sistemas de seguridad social en nuestro país, implica recorrer ámbitos de menor visibilidad y exposición pública⁹⁸, a los que se llega a través de recomendaciones personales.

En lo local, en ámbitos en que la cercanía física y social se ejerce como una condición sostenida sobre los espacios de sociabilidad, las redes asumen características particulares. Así, para recomponerlas, implementamos distintas instancias de búsqueda a partir de contactos personales, exploración en las redes sociales virtuales, especialmente Facebook, y del enlace de red o bola de nieve a partir de los contactos de inicio y los que se iban sumando a las entrevistas, para recuperar el circuito local desde la trayectoria de los sujetos y de los escasos ámbitos de interacción colectiva. Además de terapeutas y usuarios, recuperamos la información de diversas instancias que conforman el segmento local del circuito: farmacias, librerías, distribuidora de publicaciones periódicas, dietéticas o herboristerías, centros que integran diversas actividades relacionadas (yoga, tai chi, reiki, acupuntura, etc.) y ferias/jornadas de exposición de actividades y terapias alternativas.

Debemos reconocer el recorte que operamos como investigadores -en lo temático, en lo espacial y en lo temporal- sobre la complejidad y el alcance de las prácticas de los sujetos, en este capítulo especialmente referido a la conformación de circuitos y redes de interacción social que articulan esas experiencias, para recordar cierta condicionalidad de ese recorte. Dicho de otro modo, queremos evitar que este trabajo presente o parezca presentar redes de interacción social, actividades y puntos que conforman un circuito, que se puedan entender como homogéneas a su interior y a la vez con límites nítidos respecto de otros espacios. Las prácticas de los sujetos pueden resultar, y en general resultan, ambivalentes, cambiantes, vacilantes en su andar y los espacios que estudiamos presentan fronteras porosas, límites difusos en las transacciones con diversidad de otras prácticas y actividades.

A través de las mediaciones relacionales en el segmento local del circuito de terapias alternativas, se construyen y expresan valores y principios de la creencia compartida. Así, se construyen sentidos significativos, se estructura la experiencia en el campo, en un contexto concreto respecto de la atención de la enfermedad y el cuidado de la salud. Intentamos entonces, evitar la comprensión de esa estructuración basados exclusivamente en la disputa de la trama

⁹⁸ Los espacios de atención de los terapeutas en su gran mayoría no se encuentran identificados como tal. Cuando están identificados se trata de centros dónde se realiza variedad de otras actividades del mundo alternativo, por ejemplo, yoga.

cultural o solamente en la experiencia subjetiva, para integrar esas dimensiones en los intersticios de la vida cotidiana y las interacciones cercanas.

5.2.1. “El camino es este”. La circulación por el mundo de lo alternativo

Aun cuando es difícil e impreciso estimar la información que circula a través de internet y de las redes sociales respecto de las terapias alternativas, esperábamos al inicio de la tarea de campo que se posicionaran como espacio significativo de intercambio. De hecho, formó parte de las estrategias iniciales para acceder a terapeutas florales en la localidad. Sin embargo, las redes virtuales y la información circulante en internet, no resultaron mediaciones significativas en la muestra. La información respecto de la terapia floral como del terapeuta, se concreta a partir de comentarios, sugerencias e invitaciones de vínculos de confianza y/o en espacios de sociabilidad compartidos, que se constituyen como difusores de la terapéutica. En ningún caso a partir de las búsquedas en internet o redes sociales virtuales. Desde usuarios como terapeutas, las referencias al uso de internet remiten a la realización de cursos con organizaciones formadoras, por ejemplo, en medicina ayurvédica (en dos casos, una terapeuta y un usuario)⁹⁹.

Así, los sujetos forman parte de varias tramas de sociabilidad en las que re configuran sus perspectivas y sus prácticas en la atención de la salud/enfermedad, en directa relación con las interacciones que establecen en esos ámbitos. Indagamos entonces, como instancia significativa, en el conjunto de actividades y prácticas sociales, que conforman el circuito de las terapias alternativas. Las actividades del mundo de lo alternativo funcionan como puentes, habilitan información y junto con esa información configuran validación y confianza en terapias y terapeutas, como se ha reconocido respecto de otras terapias y contextos (Freidin, 2017).

Podemos identificar actividades y prácticas que resultan iniciáticas en la transformación de los itinerarios terapéuticos. En todos los casos entrevistados, tanto terapeutas como usuarios, acuden y han acudido a diversidad de actividades y terapias en lo alternativo. La práctica en una terapia alternativa se conecta a otras en ese espacio. La amplitud de esos trayectos terapéuticos, la variedad de prácticas a las que recurren y el tiempo que permanecen en ellas caracterizan las adhesiones diferenciales (6.1.). A su vez, son evidencia del atravesamiento de un locus cultural,

⁹⁹ Pensamos en la continuidad de la tarea, que quizás la organización por edades de la muestra se corresponda con esta tendencia. Enfocar en una muestra con grupos más jóvenes, quizás podría arrojar otra información al respecto.

de una construcción compartida de sentidos de la gramática de lo alternativo, que expresa rasgos de la estructuración de la experiencia.

La llegada inicial a una actividad en lo alternativo, como asistir a práctica de yoga, tomar alguna clase de alimentación sana o consultar a una terapeuta floral, se genera a partir de vínculos de cercanía, de interacciones próximas, y resuena en experiencias biográficas, como primer paso para la circulación en el mundo de las terapias alternativas. Una vez iniciados, circulan por esos espacios y actividades de manera diferenciada, a partir de las predisposiciones, de los espacios de sociabilidad con los que continúan interactuando y de la experiencia personal en el trabajo terapéutico, fundada en la percepción de la eficacia y en la construcción -con mayor o menor compromiso- en la creencia. Podemos identificar actividades y puntos del circuito significativos en los trayectos analizados, que evidencian las características de la matriz interpretativa compartida por las terapias alternativas.

Si bien en lo local, los grupos no parecen presentarse con la permanencia que se ha registrado en otros contextos (Freidin, 2017) la asistencia a actividades del circuito, como yoga, reiki, homeopatía, cursos de alimentación sana, entre otras, se presenta como una referencia de inicio para muchos usuarios. De igual modo, a partir de su contacto con la terapia floral, esta se constituyó en el puente para la participación en otras prácticas dentro del espacio alternativo. Estas actividades resultan puntos relevantes del circuito en tanto conectan usuarios, especialistas, actividades y terapias, a la vez que otorgan confianza o credibilidad en las mismas, a partir de las experiencias compartidas entre quienes participan de ellas.

Comencemos por describir las terapias alternativas que recorren. Como decíamos, los sujetos no acuden con exclusividad a una terapia. La totalidad de los entrevistados manifiestan su concurrencia en el último año a alguna otra terapia o actividad alternativa, además de la floral, que resultó motivo inicial para su selección dentro de la muestra. La experiencia inaugural en las terapias alternativas, que varía respecto de la opción terapéutica a la que hayan asistido inicialmente, resulta una apertura, un inicio, para la prueba de otras terapias dentro del circuito (Bordes, 2012; Freidin, 2017). Los sujetos circulan así por diferentes opciones terapéuticas, que comparten elementos de una gramática común, explorando sentidos y experiencias respecto de sus malestares. A partir de la recomendación del especialista, de la conversación con amigos, de la sugerencia recibida al participar de otras actividades dentro del circuito, como la práctica de yoga, tai chi, meditaciones guiadas, entre otras, se despliegan en diversidad de propuestas terapéuticas.

La recomendación boca a boca, la transmisión de experiencias positivas de sujetos a los que se les asigna confianza, ocupa un lugar relevante en la decisión de *probar* algunas de esas opciones terapéuticas, enfatizado en el ámbito de lo local.

En esa trama, los usuarios informan distintas actividades a las que han concurrido en el último año, siendo las más reiteradas:

Cuadro n° 7 Asistencia a otras terapias alternativas en el último año

Terapias	Menciones
Yoga	12
Alimentación (macrobiótica, ayurveda, comida viva, veganismo, alimentación sana)	11
Meditación (distintos tipos)	7
Reflexología	6
Reiki	6

Fuente: elaboración propia a partir de la tarea de campo

También referidas, aunque sin superar las tres menciones: psicomagia (1) - acupuntura (2) - imanes (1) – homeopatía (3) - bioneuroemoción (2) – cuencos (1) – arte terapia (1) – plantas medicinales, chamanismo (2) – taichí (1).

Los sujetos identifican así variedad de prácticas dentro del circuito de terapias alternativas. Algunas de estas se orientan específicamente a la búsqueda de respuestas a situaciones percibidas como malestares o enfermedad. Mientras otras se asocian a la búsqueda de bienestar en un sentido que parece de mayor amplitud. Yoga, meditación y alimentación sana, son descriptos como base y sustento del cuidado y preservación de la salud, pero no fueron iniciadas a partir de una dolencia o enfermedad específica.

Antes de continuar, nos preguntamos, ¿Por qué incluimos las actividades descriptas como componentes del mundo difuso de las terapias alternativas? ¿Con qué criterios una actividad es considerada parte –o no- del circuito analizado? La respuesta se fundamenta en dos dimensiones. La primera, remite a las políticas institucionales de salud a nivel global y a los antecedentes de

investigaciones en el tema¹⁰⁰. La clasificación de la OMS (2002, 2013), la identificación de dimensiones compartidas en términos de matriz interpretativa (Carozzi, 2000) y los estudios en el tema (Idoyaga Molina, 2005), agrupan la diversidad de terapias y actividades de lo alternativo. Cuáles son las actividades que forman parte del conjunto depende de los contextos y ciertamente no hay una caracterización clara ni en términos operativos ni conceptuales (Ballesteros y Freidin, 2010). No formar parte ni ser reconocidas por el modelo médico hegemónico suele ser también una referencia determinante para incluir una actividad o terapia como alternativa (Luz, 2005).

La otra, remite a la muestra, en tanto las actividades y terapias identificadas, surgen de la asociación realizada por los sujetos. A partir de la pregunta respecto de otras terapias y actividades a las que concurrían al momento de la entrevista o en el último año, refirieron las descriptas. Del mismo modo, las jornadas y ferias a las que asistimos, incluyen dentro de las terapias alternativas esta amplia variedad de actividades y terapias. Así, comparten principios y postulados que las atraviesan y que remite a dimensiones del sentido de la experiencia en este ámbito, expresión de la matriz compartida. Los sujetos circulan por un circuito de prácticas, experiencias, actividades comunes e interacciones reiteradas, que se presenta como un ámbito difuso para su clasificación – si esta tuviera algún valor heurístico- y que habilita la asociación de una variedad de terapias y actividades formando parte de un otro *lado*, un conjunto de prácticas diferenciado del modelo biomédico, para comprender y actuar las búsquedas de salud y atención de la enfermedad.

La actividad de yoga y los cambios en el modo de alimentación, son las más reiteradas. Como apertura a los caminos por el mundo de las terapias alternativas y con continuidad al momento de las entrevistas. Como se ha sugerido, la práctica de yoga, a la que en ocasiones se concurre en búsqueda de sus posibles beneficios como actividad física, deviene enlace significativo para dar paso a otras prácticas en el cuidado de la salud (Saizar, 2008a; D'Angelo, 2014).

Donde empecé a hacer yoga empecé a llorar; cada clase era un mar de lágrimas impresionante. Yo iba a la clase y empezaba a llorar. Y dije, el camino es este (U3)

En cuanto a la alimentación, refiere fundamentalmente a la realización de indagaciones personales en la búsqueda de la transformación de las pautas alimentarias adquiridas, asociadas a opciones sanas, en general vegetarianas o veganas, preocupación que ha mostrado notable crecimiento en los últimos años y que se asocia sin dudas a la ampliación del alcance del sentido

¹⁰⁰ Como desarrollamos en 1.4.

y las prácticas en el campo de la salud (1.4). Con justificaciones que conectan referencias de regreso a lo natural, se asocia el dispositivo de la alimentación/dietética como una decisión y práctica fundamental para conservar la salud y prevenir enfermedades, que lleva a concebir la alimentación como medicina (Vilehna Mascarenhas, 2012).

Los sujetos refieren a su vez dos entradas desde las cuales inician su compromiso con la transformación de su modo de alimentación: la creciente difusión en medios de comunicación (televisivos, periódicos impresos, medios digitales) tanto de las bondades de una alimentación saludable, especialmente en la prevención y tratamiento de enfermedades, por ejemplo las cardiovasculares, como los riesgos del tipo de alimentación basadas en productos industrializados - el cuestionamiento a la industrialización, como en el caso de los medicamentos, emerge como contrafaz de lo natural-; y las recomendaciones en otras prácticas y puntos del circuito de lo alternativo.

El tema de buscar una alternativa que no sea la medicina, directamente se te prende una luz que te dice “¿por qué no probás con esto?” Y empecé con la alimentación (U22)

A mí lo que me pasó me hizo revisar mucho mi forma de alimentación, mis estados de conciencia en la decisión, en la compra. Yo tengo una pasión puesta en mí en la cocina, tengo pasión por la comida; disfruto el momento y a los que están alrededor, el momento de alimentarme, de comer. Pero mucho tiempo hizo que me alimentara con lo que me venía en mente. Y la alimentación es un complejo. Todo esto vino a colación de lo que te conté que me pasó en agosto del 2013; y a partir de D. [su terapeuta floral] vía internet realicé en la Fundación Prema, cocina ayurveda, y entendí que esto es milenario y que ya los monjes en India realizaban una interpretación de lo que la naturaleza nos regala como una cosa compleja, muy pensada, muy desarrollada y que en el instinto y en la decisión de tu alimentación hay un subconsciente implícito que decide o no por la enfermedad (U1)

El usuario se refiere al accidente quirúrgico que derivó en la colostomía¹⁰¹ en el año 2013. La ruptura biográfica producida por el padecimiento transformó su vida cotidiana, de manera contundente e inesperada. Las consultas homeopáticas a la que sus padres lo llevaron de niño, y que recupera en ocasión de la entrevista, se encuentran con la recomendación de la terapia floral, por parte de una amiga de su esposa. A partir de la concurrencia a la terapia floral, su terapeuta funciona como mediadora relevante para conectarlo con un punto del circuito más amplio de las

¹⁰¹ Colostomía: unión externa del colon a la pared del abdomen, en la que el tránsito intestinal es derivado hacia el exterior y las materias fecales llegan a una prótesis específica.

terapias alternativas. A través de internet realiza cursos de alimentación ayurvédica, en una fundación con sede en Bs.As., reconocida como centro en colaboración con una universidad en India, territorio de origen de la medicina ayurveda¹⁰². El breve recorrido descrito en este párrafo, expone la multidimensionalidad de las prácticas y la dinámica del circuito de lo alternativo.

La complejidad dimensional de las prácticas es reconocible en el lugar del padecimiento como desajuste que altera la biografía, la recuperación de predisposiciones que habilitan la transformación de los itinerarios terapéuticos, siempre que encuentren el vínculo de confianza que recomienda, y que se integran al espacio de tensiones culturales en el campo de la salud que atraviesa y configura las experiencias. Así, las búsquedas de los sujetos enlazan prácticas y actividades a partir de la recomendación y la confianza en la trama de sentidos circulantes. Expresión de la gramática compartida fundante de la creencia en el mundo alternativo, se combinan diferentes actividades y terapias, de diverso origen y antigüedad, configurando dimensiones de sentido compartidas. La aparente diversidad y heterogeneidad de prácticas que expone el mundo alternativo, se integra en la configuración de un matriz de sentidos articulados entre sí y que recorre todas las experiencias. Podemos reconocer rasgos de esa estructuración de lo sensible expuestos en esa gramática compartida: la valoración positiva de la naturaleza, la apelación a un conocimiento de mayor antigüedad que el científico, que encuentra en ello fuente de autenticidad y sabiduría, la apropiación individual de los trayectos terapéuticos, que se traslapan a la transformación de distintas esferas de la vida cotidiana, entre los más significativos.

La primera consulta en alguna terapia o la realización de actividades dentro del circuito, marca el inicio de un camino de exploración por otras opciones dentro del mundo de las terapias alternativas. En algunos casos, la apertura a probar con distintas terapias parece no detenerse. Por ejemplo, a la usuaria (U3) que comenzó con la práctica de yoga, y no podía dejar de llorar al finalizar, la profesora le recomendó acudir a terapia floral. A partir del tratamiento floral, asiste regularmente a reflexología, biodecodificación, acupuntura y realiza cursos de cocina vegana. Situaciones similares se reiteran en la muestra. Se puede observar así, la integración de las actividades del mundo alternativo conformando un circuito dinámico, expresión en lo local de un circuito de mayor alcance territorial, en el que se construyen los sentidos de una gramática cultural compartida.

¹⁰² <https://www.medicinaayurveda.org/fundacion/>. La medicina ayurvédica es un sistema de salud con origen en India.

5.2.2. Puntos del circuito local. Los espacios de encuentro de lo alternativo

Enfocamos la relevancia de las redes de interacción social como mediaciones significativas en el enlace entre las prácticas. En el análisis de las entrevistas y observaciones, los vínculos cercanos resultan defensorios para decidir una primera consulta en el espacio emergente de las terapias alternativas. En todas las ocasiones, las situaciones percibidas como enfermedad y la detección analítica de articulaciones biográficas disposicionales, solo fue activada a partir de la interacción con mediaciones relacionales que abren a un espacio hasta entonces desconocido.

Como vimos, determinadas actividades dentro del espacio de las terapias alternativas “operan como puentes” (Freidin et. al., 2013) que informan y habilitan a los sujetos a circular por un circuito que incluye no solo prácticas terapéuticas, si no diversidad de productos y actividades asociadas. La interacción personal aparece así, como el modo privilegiado en que se configuran recomendaciones y se abren los recorridos por un mundo, que aun difuso en sus límites, permite identificar los elementos comunes. Los espacios de sociabilidad articulan esa diversidad de actividades y prácticas, dando forma, siempre transitoria, inestable y difusa, al segmento local del circuito de terapias alternativas, entre las que se cuenta la terapia floral. Las interacciones reiteradas y periódicas en el circuito, promueven la participación de los sujetos en esa variedad de disciplinas a la vez que las valida, conformando espacios que difunden y contienen.

Las articulaciones entre usuarios, terapeutas y actividades, pudimos rastrearlas en lugares como las librerías, herboristerías y farmacias, puntos no contiguos del circuito (Magnani, 2014) en los que se advierte la circulación compartida. A su vez, las ferias y jornadas de difusión de las terapias, que enlazaron en términos de presencia física a usuarios, terapeutas y actividades, resultaron puntos significativos del circuito, aun cuando temporales. Se reconoce así el encuentro de prácticas y significaciones, en espacios de sociabilidad en los que se potencia la circulación y se difunden, contienen y habilitan estas cosmovisiones.

Comencemos por las Jornadas, a las que podemos reconocer como ámbitos en los que las redes y componentes del circuito adquieren mayor visibilidad, en tanto encuentro de usuarios y terapeutas, como de difusión y venta de productos asociados. Las actividades comunes, siempre organizadas por terapeutas, tuvieron un momento de expresión significativa entre los años 2014 a 2016, dentro del período en el que operó nuestro recorte, que permitió explorar fragmentos de las redes locales en un espacio compartido. Parte de un circuito que es a su vez segmento de una “red

de redes” de mayor alcance (De la Torre y Gutiérrez Zúñiga, 2011). En ella se diversifica el espectro de terapias alternativas que se ofrecen, dando muestras de una oferta que promueve la circulación por entre la diversidad de prácticas y la constitución de sentidos compartidos.

El menú de actividades ofrecido en las jornadas, incluyó variedad de propuestas de origen oriental (yoga, tai chi, reiki), otras surgidas en occidente (reflexología, osteopatía, homeopatía, flores de Bach y otros sistemas florales), actividades con pretensiones psicoterapéuticas como la PNL (programación neurolingüística) o constelaciones familiares, entre otras. Las consideramos entonces componentes posibles del circuito de las búsquedas alternativas de salud y afrontamiento del padecer. A partir de los principios y sentidos compartidos, recuperados desde las prácticas de usuarios y terapeutas, es que pueden encontrarse elementos comunes de la gramática cosmovisional. Sentidos que configuran y sostienen la creencia, de los que venimos dando cuenta, como la valoración positiva de la individualidad, la autonomía personal, lo natural.

Los ámbitos de las ferias y jornadas se mostraron como instancias de polinización (De la Torre, 2014) privilegiadas en las que se divulga, se cuentan experiencias, exponen especialistas en un amplio abanico de terapias y actividades, habilitando la circulación de elementos que atraviesan la matriz cosmovisional que fundamenta la creencia en estas terapias y que asoman de modo nítido en instancias colectivas.

Para mí sería maravilloso por ejemplo dar a conocer todo este sistema, pero no solamente a través de la consulta. Por eso esto de las jornadas es maravilloso, porque va el que realmente lo necesita (T3)

Las ferias resultaron espacios de encuentro de estas redes, en las que se integraron actividades y sujetos, tanto especialistas como usuarios, en una amplia variedad de actividades que se encuentran en el espacio del cuidado de la salud, atención de la enfermedad y búsqueda del bienestar, imperativo epocal que acompaña el crecimiento de las terapias alternativas (1.4). La ocasión de los encuentros resultó valiosa para nuestra búsqueda, aunque las Jornadas no tuvieron continuidad. A partir de finales de 2016, solo registramos en la localidad ferias organizadas por grupos de alimentación vegana, que incluían, algún puesto de venta de productos asociados a las terapias alternativas. Ante la ausencia de encuentros colectivos del mundo de lo alternativo, nos preguntamos si las Jornadas entre 2014 y 2016 habían resultado una excepcionalidad y por qué se habían discontinuado. Entrevistamos a los organizadores de esos eventos. Una de las razones apuntadas fue la escasa voluntad de organización de instancias colectivas de quienes realizan las

actividades y terapias, demandando un gran esfuerzo personal de los organizadores. La segunda razón, que estimamos más concluyente, alude a las dificultades del momento económico, que impidió responder a los gastos que requerían para su organización, enfatizando la carencia de organizaciones e instituciones, tanto públicas como privadas que acompañaran el evento.

Dos de las Jornadas, las que contaron con mayor público, se realizaron en un colegio privado, que debieron alquilar. Ello ante la negativa del Consejo de Educación de la Provincia de Río Negro para la utilización de escuelas públicas. Directoras de dos establecimientos se mostraron predispuestas a ceder las instalaciones -una de ellas la entrevistamos en el momento de la Jornada, aunque no hizo alusión a tal situación- pero ante el pedido de autorización al Consejo de Educación recibieron respuesta negativa. Los organizadores lo interpretaron en parte como falta de conocimiento sobre las terapias alternativas, sus posibilidades y su inocuidad (*quedan muchas cabezas por abrir y más en la educación*), y en parte, por tratarse de actividades lucrativas, desde la perspectiva del Consejo. El punto expone las tensiones culturales en el tema, el lugar de la educación asociado institucionalmente a la biomedicina y la desconfianza que genera en los ámbitos institucionales el espacio de las terapias alternativas. La referencia también admite la lectura de un contexto nacional de mayor dificultad en el plano económico. Pudimos confirmar en los eventos, la condición de clase social (media), que atraviesa las prácticas en las terapias alternativas.

En tanto los encuentros de ferias y jornadas, resultaron ocasionales y escasos, la continuidad en el mapeo nos llevó a espacios de mayor continuidad que identificamos como puntos que componen el circuito. Farmacias y librerías, y especialmente las denominadas herboristerías o dietéticas. Comercios dedicados a la venta de productos alimenticios naturales, orgánicos, de escasa o nula presencia en supermercados y almacenes, se constituyen en espacios en los que se difunde la oferta de las actividades y terapias alternativas y se ofrecen productos asociados y afines. La profusión de folletos y afiches de las más diversas actividades y opciones terapéuticas en los comercios, dan cuenta de ello.

Tengo avisos en las dietéticas, es el único lugar (T4)

La terapeuta floral alude así, al único espacio en que entiende resulta pertinente realizar difusión. Espacio de circulación de quienes recorren ese mundo. Un punto de encuentro y articulación reiterado.

Y, acá es difícil no verse con los consultantes, si bien no salgo mucho.... siempre te encontrás.... en la calle, en la herboristería.... (T6)

La nota muestra un matiz de lo local, en la dificultad, o imposibilidad, de mantener el contacto entre especialistas y usuarios limitado al momento de la consulta. La cercanía física y social, se concreta en encuentros ocasionales en espacios de circulación pública, en los puntos del circuito y en las tramas vinculares en lo local.

Las propietarias de las dietéticas, refirieron ser consultadas por la más diversidad de malestares y enfermedades, para las que asesoran respecto de los productos apropiados (tinturas madre, hierbas, productos alimenticios, suplementos, etc.). Caracterizan clientes que recurren asiduamente y distinguen de los esporádicos, destacando el incremento en los últimos años del interés por los productos que ofrecen. El autotratamiento es un modo reconocido en la salud/enfermedad (Menéndez, 2015), que podría explorarse como una dimensión en el espacio de las terapias alternativas. El crecimiento en la cantidad de dietéticas en la localidad, la ampliación del público que asiste a ellas, expone el lugar de centralidad que la búsqueda de la salud ocupa en sectores sociales como el estudiado. Desde los cambios en la alimentación al consumo de productos promovidos como alternativos, naturales, exhiben la expansión del mundo alternativo, de los sentidos de su gramática compartida y del progresivo proceso de mercantilización del espacio.

En el caso de las librerías, informaron el aumento de las ventas de libros referidos a la salud, a diversas actividades (yoga) y terapias alternativas, destacando el crecimiento de las referidas especialmente a la alimentación sana, natural y/o vegana. Los consumos culturales dejan pistas de la imposición de la salud y el bienestar como un imperativo epocal, así como del traslapeo entre distintas esferas de la vida cotidiana. Las sugerencias y recomendaciones de lectura que recibimos de usuarios y terapeutas en lo floral, se orientan a la salud en primera instancia e inmediatamente, trasladan esas referencias de sentidos a la gestión económica personal (5.3.2.). En el mismo sentido, al consultar por las ventas sobre el mundo alternativo en las librerías, las respuestas refieren a textos sobre terapias alternativas y superación personal (autoayuda) como parte de un mismo conjunto. Varios de los textos, integran claramente la búsqueda del bienestar emocional al éxito económico. Si bien no trabajamos sobre esos textos y nos faltaría contar con datos estructurales, las conexiones permiten aproximar parte de las inquietudes que atraviesan esta tesis, al reconocer los sentidos circulantes en el mundo alternativo, en integración a cierta funcionalidad

para con las transformaciones de la gestión económica promovidas desde las últimas décadas por el modo neoliberal del capitalismo contemporáneo. Lo cultural es inseparable, en sentidos y materialidades, de las orientaciones que promueven las formas económicas.

Acudimos también a las dos farmacias de la localidad que preparan flores de Bach. Informaron que los pedidos no resultan un flujo significativo para el comercio en general, pero forman parte de un servicio integral de las farmacias. Los usuarios, según nos comentan *nunca vienen solo por las gotas*. El cálculo estimado, nuevamente sin data concreta que cotejar, es que realizan no más de quince preparados a la semana, incluyendo florales y homeopáticos. Aunque discontinuo. La mayoría de los pedidos son recetados por terapeutas, pero también registran auto indicación, otro posible indicio de autotratamiento en el mundo de las terapias alternativas. La caracterización de la terapia floral en cuanto frontera de mayor cercanía a la biomedicina, comparativamente con otras terapias alternativas, encuentra aquí una referencia (como en la presencia de terapeutas florales profesionales en el modelo médico).

Menéndez caracteriza este proceso como una paradoja (2015), en tanto el crecimiento de opciones terapéuticas alternativas, especialmente en Latino América, es fomentado desde laboratorios y comercios farmacéuticos. Uno de los sectores que confluye para el sostenimiento de la lógica mercantilizada de la práctica médica, colabora con la expansión de lo alternativo, o al menos, de algunas de sus opciones. Puede ser paradójal desde los sentidos en tensión entre el modelo médico y las terapias alternativas, pero no contradictorio. La apropiación cultural y material en la mercantilización de productos terapéuticos alternativos, licua aquello que puede proponer cierta confrontación cultural, incorpora las prácticas como complementación secundarizada de la biomedicina y confluye en la habilitación a creencias yuxtapuestas en los itinerarios terapéuticos. Como en el caso de los consumos en librería y dietéticas, queda como una pista de continuidad posible para la tarea de investigación.

Actividades iniciales en el espacio de las terapias alternativas, nodos con mayor permanencia en el circuito, como librerías, farmacias y dietéticas, puntos discontinuos como ferias y jornadas, se articulan como referencia de una circulación que encuentra como mediadores relevantes a terapeutas y usuarios de mayor afinidad. Estos sujetos que ofician como mediadores, no sólo informan de la existencia de esta posibilidad alternativa de atender la salud/enfermedad, dan cuenta además de la validez de la misma. Resulta dimensión relevante el lugar de la confianza que aportan estos porteros como elemento significativo en la validación de estas terapéuticas.

5.3. Mediaciones relacionales significativas

5.3.1. “Llegan por el boca a boca”. Terapeutas y usuarios como mediadores relevantes

Ante la indagación respecto del modo en que los usuarios llegan a ellos, los terapeutas confirman en su totalidad que asisten por el *boca a boca*, por la sugerencia de conocidos o familiares que han pasado por la experiencia terapéutica en lo floral. La escasa difusión realizada por algunos pocos terapeutas (solo 2 – dos- de ellos), no oficiaría desde su lectura como convocante para el acercamiento de quienes asisten por primera vez a la consulta.

Yo nunca hice publicidad.... Generalmente llegan por el boca a boca. Las primeras personas que aparecieron, fue porque alguno le contó (T7)

Por referencias de otros. Nunca hice difusión porque no me dieron resultado. Voy dos o tres veces por año a la radio hace 20 años; he tenido salidas regulares dentro de un programa y nunca atendí a nadie que viniera de ese lugar en 23 años que llevo como terapeuta. Siempre fueron referencias. Y llegan cuando ya pasaron por otras opciones, cuando están necesitados de salir de esas situaciones de modo imperioso (T1)

Tengo algunos papelitos acá en la farmacia, pero vienen por el boca en boca, que me parece maravilloso. La mayoría no sabe fundamentalmente de qué se trata, pero sabe que hablaron maravillas de las flores. A veces algunos te piden la misma fórmula de otro que saben que le hizo bien (T3)

He usado folletos, revistas, pero desde ese lugar han venido muy pocos. Algunos leían que decía en el folleto: “depresión, insomnio, ansiedad” y después me dicen “esto me pasa a mí”. Y esto de boca en boca hace que nos busquen (T5)

Pero esto del boca a boca es increíble. Y cuando ven que vos sabés –porque el paciente se da cuenta- y que lo sostenés, se cae el discurso del que no sabe. Y yo siempre digo que acá el único que se va a dar cuenta de todo es el consultante (T6)

Nunca hice difusión...llegan a mí los que tienen que llegar (T8)

En este último fragmento, se advierte conformidad con cierta opacidad del proceso por el que alguien recurre a la terapia floral. Como si ello no requiriera un vínculo y una acción consciente, un nexo concreto para llegar a la consulta. Se reinterpreta desde el orden del fluir. En la convicción de un sentido mayor, por fuera de lo humano, siempre en armonía con el *universo* (T8), que elude buscar explicación para el acontecer, tornándolo inevitable. Elemento de la gramática compartida con otras prácticas alternativas (Pitluk, 2008), convoca a comprender la realidad y reinterpretarla pasivamente desde el interior personal. En el caso, se trata de una especialista que asume una

amplia diversidad de prácticas terapéuticas *-de sanación* como las define- e intenta integrarlas con búsquedas espirituales¹⁰³. La idea del fluir, en tanto aquello que ocurre tiene que ocurrir, *pasa por algo*, se instala de igual modo en la mayoría de los terapeutas y en los usuarios de mayor adhesión (6.2.2.). Desde los terapeutas, sostiene la construcción de un rol que no impone cambios sobre los usuarios. Se ofrecen como un medio para que los sujetos descubran y exploren su potencial interior de transformación. Una y otra vez, atraviesa la lectura de las distintas dimensiones de las prácticas, el peso de la individualización, de la búsqueda y logro en la autosuperación personal (6.2.1.) que es el rasgo más significativo en la estructuración de la experiencia para estos grupos.

Nosotras no estamos para decirte que tenés que hacer con tu vida, estamos para ayudarte a reconocer que tenés en vos todo para sanar (T9)

En un caso particular, la terapeuta se posiciona desde una mediación directa, ofreciendo la terapia a los vínculos cercanos, en el ámbito familiar, de amistades y laboral. Se trata de una terapeuta (T2) con actividad profesional en el área social, quien realizó referencias al contexto social como elemento relevante en los motivos por los que los usuarios asisten a su consultorio.

Generalmente [llegan] por referencias y si no les propongo yo a la gente que veo que las necesita, se las ofrezco. Y lo que hago cuando se las propongo a la gente es regalárselas la primera vez porque si no parece que se las impongo. Y después, si les interesa, hablamos de una terapia. Porque eso también es una respuesta ante una emergencia y no fue una libre decisión de una persona con un proceso de evaluación en la cual tomó esa opción de encarar la terapia floral. Entonces desde ese lugar, me parece que si le acercás un salvavidas, cualquiera lo manotea. Y está bien que lo haga; entonces yo se las ofrezco. Después si la persona sintió que hubo algo que la movilizó o se sintió identificada con ese proceso, nos sentamos y hablamos. Porque en ese momento la persona habló de algo que no pudo manejar y que la sobrepasó. Entonces no fue una decisión; fue un salvavidas. Y si yo tengo las herramientas y el conocimiento, ¿por qué no se lo voy a ofrecer? Después si alguno quiere seguir hablamos de cómo es el proceso y de cómo es todo. (T2)

Los terapeutas se convierten así en mediadores significativos. Recomiendan libros, películas, realización de otras prácticas, al mismo tiempo que cuentan de sus exploraciones por entre las terapias alternativas, no solo como usuarios si no también como parte de su formación. Evidencian

¹⁰³ Como vimos en el Capítulo 1, estudios en el tema conectan las búsquedas de salud con las espirituales, y ello nos llevó desde el inicio a considerar esa dimensión en la muestra. A pesar de mantener la alerta al respecto, no encontramos esas búsquedas, ni en los usuarios ni en los terapeutas, más que secundariamente. En el caso de las terapeutas, claramente con mayor compromiso y socialización en el mundo de lo alternativo, solo dos especialistas (T1 y T8) identificaron ese nexo. Al igual que en estudios sobre otra terapéutica (Pitluk, 2008) no resultó significativa esta pista de análisis en nuestro trabajo.

así consumos culturales propios del mundo de las terapias alternativas circulantes en la cultura masiva. Creemos, en algunas ocasiones, las recomendaciones también revisaban nuestro nivel de integración al mundo de las terapias alternativas, quizás como recaudo ante una posible lectura escéptica o descalificadora de las terapias.

Corbera, tené presente leer y buscar un Curso de Milagros. Te lo digo para que lo tengas en cuenta. Te va a servir mucho. ¿Leíste la matriz divina de Gregg Braden?
(T8)

En general, lo que percibimos en las sugerencias es el intento de polinizar, de socializar al interlocutor –nosotros en este caso- en el espacio de las terapias alternativas. Sumar adeptos a la cosmovisión compartida, que como hemos dicho reiteradamente no es estática, ni homogénea, ni de límites nítidos. La metáfora de la polinización (De la Torre, 2014), nos lleva a pensar en sujetos transitando búsquedas por entre el mundo de las terapias alternativas, intentando sumar adhesiones y compromisos en las redes de sociabilidad con las que interactúan¹⁰⁴.

Hay una película que se llama “Y tú qué sabes” que está muy buena y otra que es de un psiquiatra que se llama “El cambio”. Seguro que te van a gustar (T3)

El laboratorio del alma”, “El laboratorio interior” de Stella Maris Maruso. Te los recomiendo. Me encantaron los dos libros (TJ2)

Todos los especialistas nos sugirieron libros, películas e incluso terapias y terapeutas. Quienes realizan exclusiva o fundamentalmente terapia de Bach recomendaron especialmente las producciones del mismo Bach. Mientras que quienes practican y/o se formaron o están formando en otras actividades terapéuticas, amplían el alcance de esas recomendaciones por los más diversos estilos terapéuticos en el difuso espacio de las terapias alternativas.

Desde las terapeutas que sostienen su labor exclusivamente en la terapia floral de Bach, expresan cierto recelo respecto de la incorporación de otras perspectivas en el trabajo terapéutico. Caracterizan la terapia como un sistema completo y suficiente, y dudan del aporte de combinar otras terapias.

Pero me di cuenta que era muy movilizador y que es muy cierto cuando te dicen que es un camino que cuando arrancás no tenés vuelta atrás. Me refiero al autoconocimiento, que es la base del sistema Bach, el camino al autoconocimiento, es tal cual. Y cómo se va conociendo la gente que empieza a consumir flores y que empieza a sentirse que la ayudan

¹⁰⁴ Tomamos la metáfora como referencia a partir de la claridad para describir el proceso de sujetos que, sean usuarios o terapeutas, ofrecen y sugieren el acercamiento a las terapias alternativas, sin seguir la idea de la elaboración de menús a la carta que propone De la Torre (2014).

las flores, no tiene vuelta atrás. Pero no me quise meter algo más diferente de Bach, porque no quiero recomendar otra cosa y después desligarme de la cosa. Lo que quiero es capacitarme más, o especializarme en niños o animales, pero siempre focalizada en lo mismo (T7)

Nosotros tenemos un entrenamiento de lo que se llama “palabras clave”: 38 remedios para 38 estados emocionales; 38 palabras clave. Está todo en este librito. Y yo reniego con los otros practitioner porque me siento con hasta autoridad moral para decirlo porque van y buscan otras cosas. Y yo les digo que no se vayan de acá porque acá está todo. Es más, si te vas de acá te perdés. Y hay muchos que se pierden porque van en busca de otra cosa. (T6)

Otros trayectos de los especialistas, muestran la incorporación de diversas perspectivas que se suman y solapan a la terapia floral de Bach en el trabajo terapéutico. En ellos se muestra, con mayor nitidez, un conjunto de actividades y prácticas formando parte del circuito de las terapias alternativas. Péndulo hebreo, ayurveda, astrología, cuencos, yoga, meditación, numerología, reiki, son algunas de las prácticas mencionadas por los terapeutas. Así como los usuarios recorren el mundo de las terapias alternativas conectando prácticas y actividades, los terapeutas exploran y se forman en diversas opciones que incorporan a su oferta terapéutica.

.... cocina sana, meditación, numerología...todo al servicio de quien lo necesita (T9)

Después fui como transitando otros caminos, que iban apareciendo como necesidades: la astrología, el tarot, la cabalá. Hoy hago un poco de todas estas cosas (T1)

Para los terapeutas resultó importante dar cuenta de su formación como tales, de los reconocimientos y diferencias según las instancias de aprendizaje y habilitación en las que incursionaron. Desde las referencias a las organizaciones formadoras buscaron validar su seriedad y capacidad como terapeutas. Incluso, descalificando otras formaciones en el proceso. Así, incorporamos otros nodos al circuito, en el que median las organizaciones de formación, enlazadas a los trayectos de los especialistas. Organizaciones que no son locales, sino conexiones con el circuito más amplio de lo alternativo.

La terapia floral, como la gran mayoría de las alternativas, no se encuentra reglamentada, ni cuenta con formación en instituciones oficiales ni es reconocida por el sistema de seguridad social. Como resultado de ello, es difícil distinguir niveles de formación entre los terapeutas. Ellos intentan diferenciar a quienes se han formado en los lugares adecuados respecto de quienes se desempeñan como terapeutas a partir de cursos breves y de poca calificación, que han proliferado

en los últimos años en diversidad de prácticas y actividades en el espacio de las terapias alternativas, confirmado por la literatura en el tema (Pitluk, 2008).

En el caso de la terapia floral de Bach, la referencia a la formación adecuada y rigurosa, parece remitir a la validación desde la institución que forma y regula la terapia en Inglaterra, origen de la misma. Los institutos de formación en los grandes centros urbanos del país, especialmente la ciudad de Buenos Aires, se exhiben como espacios de validación y reconocimiento, siempre que se los pueda asociar a la articulación con la certificación de origen a través del reconocimiento desde el Centro Bach en Mount Vernon, Inglaterra. De igual modo, en los relatos se presentó como una referencia difusa.

Y los consultantes tienen la obligación de pedirles el pin a los terapeutas. Es muy importante, porque para que te manden eso desde Londres, es porque fuiste evaluado de otra forma. Entonces, una vez que pasaste por todos los niveles y los aprobaste, aparece algo que es muy importante: el sistema de cartas. El Centro Bach te manda cartas que son un juego; todo ficción. Vos te lo tenés que tomar en serio, obviamente. Y te presentan un caso totalmente en inglés y le tenés que saber responder. Y lo mandás con todo tu criterio, pero eso viene después que pasaste todos los exámenes. Esto viene después que te mandaron todas las cartas que ellos creen que tienen que mandarte; te siguen evaluando y eso dura como dos años. Yo vengo de esa escuela, por eso soy tan obsesiva. Y entonces, después de pasar todo ese proceso de cartas, llega esto [nos muestra el pin]. Si no llega, estás al horno. Así se aseguran bien de que entendiste y te autorizan a atender. Te exigen un contexto de contención porque el protagonista es el que te viene a ver, no vos (T6)

Mi docente, Claudia Belu, estudió directamente en el Centro Bach de Inglaterra... es porque salimos formados del mismo lugar, del Centro Bach; nuestra matrícula sale de ahí. Yo como farmacéutica nunca tomaría nada que no sepa qué es lo que estoy tomando. Y para un farmacéutico está penado la forma fantasía. Porque hay algunas que son para adelgazar, pero no se sabe si le ponen anfetaminas adentro. Entonces, hay cuestiones que son de ética profesional en cualquier ámbito. Y todos los que hacemos flores también lo debemos saber (T7)

En Buenos Aires, en una escuela en la calle Junín; Centro de Terapias Florales. Hoy enviaría a quien me preguntara a un centro que es el único reconocido por parte inglesa, y que son muchísimos más largos los cursos. Porque en esto medio es que si no te terminás formando vos. Lo que sí tenía de bueno este curso es que lo daba una psicóloga (T9)

Y de ahí empecé a leer sobre la filosofía de Bach que es maravillosa. “Bach por Bach” es un libro muy rico. Y ahí empecé hasta que di con un lugar, un instituto en Buenos Aires que tienen el convenio en Latinoamérica del Centro Bach de Inglaterra. De esto que te cuento te hablo de hace 8 años más o menos atrás. Empecé a estudiar, hice todos los cursos. A mí me llevó mucho tiempo terminarlo porque me gustaba darle mucha profundidad. Sí, podés hacer los módulos en diferentes etapas y vas eligiendo

cuándo lo hacés. A mí me parecía que de un módulo a otro no podían pasar dos meses sino seis. Hasta que terminás tu capacitación; después te mandan casos que tenés que resolver y ellos te devuelven la corrección. Y después tenés que entregar una tesina en algo que vos quieras, el tema lo podías elegir vos y esto me llevó como dos años terminarlo. La formación tiene que ver con una cuestión exclusivamente personal (T3)

Dos dimensiones se entrecruzan. La decisión personal en busca de una formación rigurosa y el vínculo con las instituciones en origen de la terapia. Una terapeuta lleva al extremo esta instancia de validación, *acá somos solamente dos personas, porque somos las dos registradas por el Centro Bach (T6)*. Luego, en la continuidad del diálogo, reconoce otras terapeutas florales en la localidad, incluso algunas con muchos años de experiencia, aunque retorna siempre al corte habilitante de la formación en el Centro Bach, autorizado o regulado desde Inglaterra. La referencia ilustra una regularidad en las entrevistas a los terapeutas: la búsqueda por tomar distancia de quienes no se han formado lo suficiente o en los ámbitos correctos, y circulan por la oferta de terapia floral con escasos conocimientos.

Los fragmentos exponen la referencia a mediaciones organizacionales que, aun con todo lo difuso y carente de regulación del espacio de la terapia floral, serían las apropiadas para formarse y llevar adelante la terapia. El circuito muestra sus articulaciones como red de redes y se amplía hacia el sello de calidad de origen en Mount Vernon. La trama local encuentra así, referencias significativas en el circuito internacional. Expresión de sentidos que circulan globalmente - desde la valoración otorgada a la procedencia y regulación en Inglaterra parece acompañarse cierta perspectiva de dependencia colonial-, pero también de la condición de clase que acompaña la formación en la terapia floral.

Yo me formé en el Bach de Inglaterra. Muchas veces la gente dice que los que hacen medicina alternativa son truchos; y no es trucha, el sistema los hace truchos. Porque mi título es inglés, y está reconocido por el Ministerio de Salud de Inglaterra y por la OMS, pero no por Argentina. Y me salió muy caro. Aunque yo no puedo legalizar mi título en el Ministerio de Salud (T4)

Y te decía que cuando nos juntamos, [con otras terapeutas florales de la región para organizarse] como hay gente con distintas formaciones de distintas escuelas, te encontrás con gente que hizo un curso de un fin de semana y le vendieron el set y un librito con el resumen de los síntomas y ya está. Y con eso trabaja como terapeuta floral. Claro, son cursos económicos, mi formación tuvo su costo. Entonces es muy difícil; porque la formación es diferente si estás dos años con un nivel de participación mensual de x cantidades de horas taller, donde vas viendo cada una de las flores, donde primero ves el tipo de personalidades desde distintas perspectivas, ves la interpretación desde la parte específicamente de la planta, el lugar, cómo está

vinculado ancestralmente con los usos originales de la flor que se les daba en la región..... yo estuve 2 años cursando, después estuvimos 6 meses de seguimiento de un caso con su presentación (T2)

Además de las referencias al costo de la formación en la terapia floral, el último fragmento, insistencia reiterada de los terapeutas, expone varios ángulos para reflexionar. Por una parte, la intencionalidad desde la terapia floral de presentarse como una práctica que implica años de formación y estudio riguroso para su ejercicio, diferenciándose así de otras prácticas dentro del circuito alternativo. De inicios cercanos a la homeopatía, ideada por un médico que intentó su terapia no fuera excluida de la biomedicina¹⁰⁵, con un centro de formación que asegura calidad y homogeneidad en todo el mundo, asentado en el origen de la terapéutica en Inglaterra, con estudios que intentan basarse en evidencias en algunos contextos (como vimos en 1.4.3.), la terapia floral procura darse a sí misma un reconocimiento diferencial respecto de otras prácticas en el mundo de lo alternativo.

Nos muestra, además, la conexión entre puntos del circuito no contiguos, atravesando contextos. Todos los terapeutas se formaron en institutos fuera de la región, la mayoría con sede en la ciudad de Buenos Aires, y a su vez, la validación se encuentra en enlace con otro punto fuera del país, el Centro Bach en Inglaterra. El segmento local del circuito se presenta articulado a nodos en lo nacional y en lo global, evidencia de la red de redes en la que se integra y en la que intentamos comprenderla. Los matices impresos localmente, y que podrían ser afines a contextos similares, requieren reponerse en las circulaciones de mayor alcance de la que forman parte.

En busca de validar la dimensión profesional desde lo terapéutico, y dentro de las estrategias posibles, no encontramos búsqueda de “alineamiento discursivo con la biomedicina” (Bordes y Saizar, 2014), aunque sí algunas voces expresaron la pretensión de reconocimiento oficial. Desde la caracterización de su práctica como complementaria de la biomedicina, eluden la confrontación con el modelo médico y recuperan ejemplos de países en que la terapia floral es reconocida oficialmente. Entienden que el reconocimiento oficial, del sistema de salud pública y/o de la seguridad social, posibilitaría disminuir los costos para los consultantes. La gestión en este sentido lleva a algunos terapeutas, a procurar la organización de los especialistas en la región.

¹⁰⁵ Como se puede recuperar en el intercambio de correspondencia de E. Bach con sus colegas médicos de la época (Bach, E., (2017), *Obras completas*, Bs. As.: Continente; Brescia, S. (2018), *Medicina y Terapia Floral, Historia del pensamiento médico, de Hipócrates a E. Bach*, Bs. As: Continente)

Hay un grupo de personas acá en el Valle, que queríamos armar una Asociación, una Fundación de terapeutas florales. Y hace un año que nos venimos reuniendo porque en otros lugares está reconocido y hay formas de trabajar.... la gente dice que por qué estas terapias que en definitiva son una respuesta que te lleva a la salud íntegra de la persona, a la estabilidad físico, emocional y mental y en realidad es de mucho más bajo costo que todo lo alopático, pero igual en el momento la gente tiene que sacar la plata del bolsillo. Entonces, uno quisiera poder trabajar de otra manera (T2)

Los costos de la consulta y de los remedios florales, asumidos por los sujetos, condicionan la posibilidad de asistencia a los sectores que pueden asumírselos. Sostienen así la necesidad de organización de los terapeutas, asociada a la posibilidad de gestionar reconocimiento oficial y dar un paso en la regulación y alcance de la terapia.

En Chile por ejemplo hay un sindicato y ellos ya están organizados. La OMS lo registra como una terapia blanda; pero no tenemos un aval oficial de registro. El único registro que existe es el que pertenece al Centro Bach solamente (T3)

El terapeuta floral en la Argentina no está organizado (T6)

Continuando con las referencias al contexto territorial, indagamos respecto del tipo de esencias con las que realizan sus preparados florales. La mayoría de los terapeutas utiliza exclusivamente las esencias florales de Bach, priorizando la adquisición de las importadas desde Inglaterra, con *el sello original de la escuela Bach (T4)*. Solo dos terapeutas incluyen otros sistemas florales, como el californiano o australiano. En todos los casos destacan la mayor eficacia y valoración de las esencias producidas en el lugar de origen. Dando cuenta así de otro elemento de la constitución como mercancía de los preparados florales, que eleva los costos y a la vez se funda en la autoridad de origen de la terapéutica.

Resultó entonces significativo el caso de uno de los terapeutas, el de mayor antigüedad y experiencia, quien recupera la necesidad de pensar y actuar la preparación de las esencias florales desde el territorio.

Entonces no sólo uso los convencionales, sino que hay algunas esencias que preparo y experimento. Esto se discutió mucho en algunos grupos de terapeutas; si las flores de Bach preparadas en Inglaterra sirven para alguien que vive en la Patagonia, por el valor energético. En principio sirven. Pero la discusión se plantea: ¿no será que tengo que usar exclusivamente la energía de la achicoria que crece acá en el lugar? (T1)

A partir de esta entrevista, la primera realizada entre especialistas, indagamos en busca de experiencias afines, en la recuperación de flores nativas y/o en la interrogación de la eficacia de

las esencias preparadas en territorios lejanos. El resto de los terapeutas se mostró abiertamente en contra de utilizar otros preparados florales que no fueran los habilitados por los centros de formación de Bach. Expresión de las articulaciones del circuito de lo alternativo, entramando lo global con lo local, la valoración del sello de origen de las esencias en Inglaterra, se reitera como una constante.

En los casos de terapeutas que se formaron o se están formando en otras terapias de lo alternativo, la apelación a la validez que se expone desde la formación en la terapia floral de Bach, presenta mayor flexibilidad.

Y voy comprando los videos en la web de formación de Corbera (T8)

Después fui como transitando otros caminos, que iban apareciendo como necesidades: la astrología, el tarot, la cabalá...siempre de manera más autodidacta.... (T1)

La ampliación en la búsqueda de formación por las terapias alternativas, más allá de la floral, abre un espacio en el que la dinámica de los procesos de aprendizaje y habilitación se desestructuran, configurándose como un mosaico de experiencias que se sostienen en elementos comunes de la cosmovisión, como en la validación que se obtiene desde los resultados a partir de la experiencia propia y de los usuarios. La gramática común de lo alternativo se expone con claridad y complejiza la definición de aquello que se hace como terapeuta.

Porque [el terapeuta] es mucho de muchas cosas en un solo cuerpito. Ya mí me parece espectacular que uno pueda ir y que le quede mejor la magnetoterapia, a otro las flores o el reiki. Pero son maneras de trabajo (T3)

Yo todo lo que empiezo lo voy sumando y también voy incorporando otras cosas. Entonces, definir lo que hago es bastante complejo porque hago muchas cosas que están vinculadas Y más, si sé que esa persona es canceriana, por ejemplo: ahí viene la astrología. Ahí aparece la necesidad de ir navegando de alguna manera al mismo tiempo por otros mares (T1)

Es como que me siento en la parte de arriba del laberinto, lo miro y voy viendo por dónde va la cosa. Ese salir del laberinto puede ser la meditación, el yoga, el Tai Chi. Y poder entrar en mí, son sólo minutos. Lo que hago es algo místico en el que derivo distintas técnicas. en cuanto a técnicas trabajo varias. Los florales los uso como apoyo a lo que estemos trabajando; no defino antes la terapia floral (T8)

Y después [de formarse como terapeuta floral] me quedó como un gustito de ir por más, y hace dos años que arranqué en una Fundación que tiene el convenio con la embajada de la India, que se llama Fundación Prema. Empezás a nadar en esas profundas aguas del Ayurveda. Ahí, la vivencia es maravillosa. Porque además es la medicina más antigua del mundo... Para mí el secreto tiene que ver con la escucha

activa y no la interpretación mía. Y si me queda dudas de lo que dijiste, de qué manera o cómo lo dijiste, ahí es donde no me cerraba, era como que me faltaba algo. Y entonces ahí me pongo a estudiar programación neurolingüística que es una herramienta maravillosa. Y ahí es cuando yo termino un poco de armar esto, este plan de trabajo.... Es abrirte la cabeza, sacarte lo que tenés ahí adentro, como la filosofía taoísta. Es vaciar para volver a llenar. Cuando empezás es como muy rico. Y siento que hay algo que tiene el Ayurveda y las flores, que es como expansivo. (T3)

La formación en otras terapias dentro del mundo de lo alternativo, abre las exploraciones por diversas opciones, en muchos casos incorporándolas al trabajo terapéutico. Si bien en la muestra prevalece el énfasis formativo en lo floral, difícilmente la búsqueda se acote a ello. Los terapeutas que mantienen su tarea basados exclusivamente en la terapia floral de Bach, circulan por otras prácticas y actividades del circuito como usuarios. Así, se configuran sentidos que atraviesan las distintas prácticas.

En todos los casos, la satisfacción personal acompaña fuertemente la tarea de los terapeutas. El locus común en la creencia, es atravesado por la gratificación, siempre personal, como elemento central al momento de justificar y validar la labor.

Como estoy haciendo lo que quiero hacer, me quedo re feliz. A mí no me pasa nada malo, me pasa todo bueno en mi corazón y en mi mente (T6)

En servicio de los demás, y a mí misma la primera; esto fue un gran descubrimiento (T8)

¿Sabés lo gratificante que es que venga una persona y te diga que su vida después de que se separó hace diez años, no le encontró sentido, siempre tenía un dolor en el pecho y que ahora se siente despejada y con ganas de vivir? Es maravilloso; es misión cumplida. Y no tiene que ver con la vanidad, va por otro lado: tiene que ver con este deseo de ayuda, porque yo sé que se puede estar bien. Todos tenemos esos recursos. Eso es lo que tiene también de maravilloso este sistema. Es permitirte encontrar ese recurso que necesitás para ese momento; así como la psicoterapia hará lo mismo desde otro lugar, la terapia floral es exactamente lo mismo. Pero da mucha alegría trabajar en lo que te gusta y que tiene que ver con esa vocación de servicio, es maravilloso. Es una verdadera satisfacción de entrega, porque la persona que viene tiene un problema (T3)

Yo siempre digo lo mismo; cualquiera puede ser un terapeuta de Bach o de otra terapia alternativa. Yo todo mi conocimiento lo voy a transmitir y también la ayuda que pueda dar porque para mí es una satisfacción personal. Y a mí y a mis padres nos costó más la carrera de farmacia que la que hice como terapeuta floral. Y cada vez que alguien va a terminar la carrera, yo me pongo contenta. Incluso algunos terapeutas son muy recelosos. Yo no pienso así; todas esas pautas ya están dictadas y si hay una situación que no la puedo llevar porque me hace mal emocionalmente la derivo a otra terapeuta. (T7)

A excepción de un caso (T1), la tarea terapéutica en lo floral, siempre remunerada, no compone el sustento económico principal. El ingreso fundamental proviene de otras actividades laborales, siendo el ejercicio de la terapia floral un actividad y fuente de ingresos complementaria. En el espacio social de oportunidades laborales que se abre en el mundo de las terapias alternativas (Bordes, 2011), la satisfacción por hacer aquello que se quiere hacer parece investirse de más valor aún al no depender económica de ella.

Porque no vivo de las flores; lo hago porque me hace bien. Y las flores me sirven para hacer socialización, para hacer y pensar, porque me tomo dos días para investigar y pensar cómo voy a trabajar un caso la próxima vez y a estudiarlo. Soy muy feliz con eso (T4)

La gratificación, la satisfacción que expresan los terapeutas, se manifiesta en la idea de servicio y cuidado a los demás, que al mismo tiempo promueve el crecimiento personal. Podemos reconocer, desde la perspectiva que proponemos al pensar lo cultural, la materialidad sobre la que se realizan las prácticas y el lugar de las formas económicas en su estructuración, aun cuando no se trate de una determinación directa. La asociación entre el deseo personal y el trabajo, la articulación entre el disfrute por hacer lo que hacemos y el opacamiento de la dimensión económica que atraviesa la tarea, expone uno de los rasgos más contundentes de regulación de lo sensible, funcional a la reproducción económica del capitalismo contemporáneo. *Da mucha alegría trabajar en lo que te gusta. Soy muy feliz con esto.* Así, la satisfacción se puede leer en clave del bienestar individual de los terapeutas, pero a la vez, como valor de los requerimientos constrictivos de la subjetividad, en la entronización del ser felices haciendo lo que hacen como actividad económica. La gratificación a partir de la experiencia propia en el cuidado de otros, registra la devolución de la experiencia de los consultantes, que en general parece resultar satisfactoria. Y es desde esas vivencias de satisfacción que los usuarios se transforman a su vez, en mediadores que también procuran polinizar a su entorno en el mundo de las terapias alternativas.

Luego de la experiencia en la terapia floral, a partir de la percepción de eficacia (4.1.2.), de la construcción de sentidos convincentes de sus padecimientos (4.2.) y en la circulación por otras prácticas del circuito (5.2.), los usuarios se transforman en mediadores relevantes. Realizan el pasaje desde el desconocimiento, la duda o la incredulidad, a desenvolverse como agentes de difusión, fomentando el conocimiento y promoviendo la terapia floral entre sus amigos, familiares y compañeros de trabajo. Se incorporan a las redes de sociabilidad, habilitando otros itinerarios

terapéuticos. Replican así un rol que recomienda y asigna confianza, experimentado por ellos en la apertura de sus trayectos terapéuticos.

Le dije a una amiga que tenía que hacerse reflexología (U23)

Yo le hablo a mucha gente.... (U2)

Fui llevando a los amigos (U13)

Mediadores que a partir de su experiencia potencian la circulación dando a conocer la terapia floral, y tratan de incorporar otros sujetos, de modo de ampliar el circuito y sumar adhesiones. Así, una usuaria entrevistada nos comenta de su médica, a la que asiste regularmente, profesional comprometida en principio con la concepción y el sistema de la biomedicina oficial, quien luego de atravesar un episodio de enfermedad se conecta con ella para acercarse a las terapias alternativas.

Después de las flores cayó en yoga, en cambiar la alimentación, y se dio cuenta que su medicina no alcanza para curar (U3)

Los usuarios, si bien en general parecen evidenciar menos conocimiento que los terapeutas en la plataforma simbólica del mundo alternativo, observable en el alcance y profundidad de las argumentaciones, configuran un rol central en las articulaciones dentro del circuito. Los sujetos llegan a las primeras consultas en la terapia floral fundamentalmente a partir de la recomendación de otros usuarios (5.1.). Así, ejercen su función mediadora en la situación de entrevista que realizamos y, como los terapeutas (5.2.1.), también nos sugieren lecturas, especialistas y terapias: yoga, reiki, revisar nuestra alimentación, entre muchas otras en el variado abanico de posibilidades de las terapias alternativas. Ante nuestra invitación a narrar su experiencia, promueven no solo la terapia floral, si no la diversidad de prácticas y actividades recorridas en sus trayectos terapéuticos.

Todo tiene su momento, vas a ver, a mí me engancharon justo para ofrecerme los libros para leer (U19)

Así como lo analizamos respecto de los terapeutas, las sugerencias de los usuarios nos muestran pistas de sus consumos culturales y en ello, de la gramática compartida del mundo de lo alternativo, que expresa rasgos de la estructuración de la experiencia. Esos consumos (actividades, libros, películas, videos, productos alimenticios) muestran las conexiones que nos propusimos explorar. El hilo conductor de la creencia articulando la gramática en el mundo alternativo, recupera las

búsquedas de alivio personal para reinterpretarlas en claves que pueden tensionar con el modelo médico, pero que resultan funcionales en otras esferas de interpretación.

Y te contaba al principio que había hecho la diplomatura en neuromanagement y fue muy flashero. Fuimos a Las Grutas¹⁰⁶, no había nada para hacer; fuimos a la biblioteca, había una feria de libros usados. Yo nunca había leído nada de esas cosas extrañas. Y por ahí veo un libro de Osho¹⁰⁷: “El cuerpo sin edad, la mente sin tiempo”. Y me llevo el libro. Y me re enganché. Y después tomo lo de neuromanagement, -que tengo todo el material digitalizado así que después te lo paso-. Y fue un flash, porque pude hacer conexiones absolutas entre todo lo que se está experimentando hoy y esto que dice el tipo. Y este año doy con un libro de Bilinkis¹⁰⁸, “Pasaporte al futuro”, que es un argentino que lo becan para ir a la Singularity University en Estados Unidos. Y tiene un seminario muy intensivo con 26 personas de todo el mundo que les muestran cómo está desarrollada la tecnología hoy. Y cuando habla de todo el tema de la mente, empiezan a haber otros puntos de conexión que también se asocian con lo de Osho, con lo de neuromanagement, y me flasheó, entendés, la salud tiene que ver con todo esto (U2)

Las conexiones que *flashean*, no son casualidades y nos muestran la articulación de los sentidos operantes en la cultura, que atraviesan las prácticas en las terapias alternativas. La usuaria recupera la imbricación de significaciones culturales a nivel global que articulan el bienestar emocional y la salud, con el desempeño exitoso en lo económico. *La salud tiene que ver con todo esto*. Podemos considerarla expresión de las regulaciones materiales y de sensibilidad del capitalismo contemporáneo, en el que el imperativo epocal por el bienestar se encuentra íntimamente conectado a la mejoría en la gestión de la economía personal. La utilización de conocimientos de base pretendidamente científica, como las autodenominadas neurociencias aplicadas a la gestión económica, parece conectarse con la construcción de la salud en una narrativa de constante superación individual (y adaptativa desde nuestra perspectiva).

¹⁰⁶ Localidad turística de la provincia de Río Negro, sobre el océano atlántico, a 400 kms. de G. Roca.

¹⁰⁷ Osho (1931-1990, India). Autodefinido como gurú espiritual, difusor en occidente de la meditación, la que articula con la búsqueda personal en la superación económica y la oposición a toda institucionalización, especialmente religiosa. Sus libros se han utilizado y se continúan utilizando en el ámbito emprendedor (<https://www.entrepreneur.com/article/269288>).

¹⁰⁸ Santiago Bilinkis (1970, arg.), definido como economista y emprendedor, conecta en sus libros de difusión los cambios tecnológicos con la necesidad de adaptación a los mismos. Tal adaptación, casi al estilo evolucionista, se sostiene desde las decisiones individuales. Las transformaciones sociales son ubicadas en el espacio de la oportunidad, para quien la pueda aprovechar (¿Cómo la enfermedad? 4.2.1.). “Vivimos en un mundo cada vez más incierto. Pero quien no se ajuste al cambio, repito, tomará decisiones desacertadas. Si la inteligencia artificial va a destruir montones de trabajos, no significa que todos vamos a estar condenados al desempleo como dicen algunos. Pero quienes ganen y pierdan en esa transición dependerá de su actitud hacia la tecnología y hacia su capacidad de reinventarse. Si estamos conscientes de los cambios, podremos tomar acciones a tiempo. Y esto terminará siendo una oportunidad” (Bilinkis, 2017).

Se puede advertir el nexo entre los sentidos configurados en el espacio del circuito de las terapias alternativas con su aplicación a otras esferas de lo cotidiano, como la gestión de la economía personal, así como los distintos planos y niveles de análisis implicados, en dimensiones que tensionan con el modelo médico en el campo de la salud y a su vez, encuentran complicidad en el de la dimensión económica del capitalismo contemporáneo. En el marco de estas tensiones, no todos los sujetos, no todos los grupos que comparten afinidades culturales y pertenencia de condición de clase social, exploran el mundo de las terapias alternativas. Además de la habilitación desde lo disposicional, del encuentro con vínculos de confianza y espacios de sociabilidad que recomienden las terapias, del momento de desajuste biográfico que articule esas dimensiones, para muchos sujetos las terapias alternativas ocupan el espacio que el modelo médico les asigna: el de prácticas pseudo o no científicas. Como tales, riesgosas y/o inútiles. Recuperamos los límites que, los usuarios y terapeutas que conformaron nuestra muestra, perciben en el diálogo con quienes aún no socializan en el mundo de lo alternativo.

5.3.2. Las terapias alternativas “no son para todos”. Los límites a las mediaciones relacionales

Así como advertimos amplia satisfacción en el rol de mediadores por parte de usuarios y terapeutas, del mismo modo ensayan la aclaración de las limitaciones impuestas por una reinterpretación del mundo que no está al alcance de todos. Asociado al fluir del orden universal mencionado, algunos sujetos pueden escuchar y estar listos para la transformación personal que implica introducirse en el mundo alternativo, mientras muchos otros no. No se puede ofrecer o sugerir las terapias alternativas *a quien no puede abrirse*. Se establece una línea divisoria, por supuesto difusa, en la que habría ciertas condiciones de apertura, sensibilidad e inquietud portadas por los sujetos con disposición a explorar las terapias alternativas, y en ello, a transformarse. Eso que se define como propio, íntimo, de origen intuitivo, permite (o no) aprovechar la oportunidad de conexión con otro modo de comprender la salud/enfermedad y desde ahí resignificar los sentidos de lo real y de la vida cotidiana.

La posibilidad de aceptación de estas terapias reside en la capacidad o disposición para abrirse a esta perspectiva diferente en el cuidado de sí. Esta narrativa de cierta iluminación, devenida luego en superación personal, será un dispositivo de diferenciación, al alcance solo de algunos.

Fundamentado en dos dimensiones relacionadas. Por una parte, contar con apertura y flexibilidad en la que se pueda dar cabida a versiones alternativas respecto de las dominantes, en este caso en términos del cuidado de la salud y atención de la enfermedad. Por otra parte, es necesaria la decisión de sobre pasar una línea, la de lo socialmente aceptado y validado. La marginación institucional de las terapias alternativas, su descalificación desde el modelo médico como desde otros ámbitos y grupos sociales, desacredita las prácticas en el espacio de las terapias alternativas.

Si la gente escucha, escucha y si no, no. Pero la vida siempre te pone al lado y en el momento justo. Nunca es nada por casualidad y todo te lleva a sanar. Me ha pasado de comentar, o por ahí personas que las ves mal por alguna situación y no pueden salir, sugerirle que prueben las flores. Y hay gente que te mira raro y otra que sí, que es más abierta. Y en estos casos, yo sólo recomiendo a las personas que conozco. Pero también me pasó que hay gente que te mira raro; te pasan las dos cosas (U19)

La satisfacción en ocupar ese rol de mediadores luego de hacer su paso como usuarios, los configura como polinizadores, pero no en cualquier espacio, o respecto de cualquier sujeto. La polinización asume el condicionamiento de lo socialmente aceptable ante sujetos reactivos, que parece exponerse con mayor contundencia en lo local. Se intenta sumar adhesiones al mundo de las terapias alternativas, siempre que los interlocutores sean receptivos. La sugerencia e invitación a probar e involucrarse en el espacio de lo alternativo, no siempre es bien recibida y la responsabilidad se deposita en el otro, en su imposibilidad disposicional de tomar la oportunidad de aprendizaje.

Es necesario cierta apertura, hay gente que no la agarrás ni a palos (U23)

Por ahí vas chocando... [refiriéndose a su familia] es mejor respetar a todos en su evolución, no querer cambiar a nadie, el tema es el camino que uno elige y respetarlo y respetarse, nada más la gente que nos rodea están para que evolucionemos, para trabajar la paciencia la tolerancia el respeto (U7)

Hice la familia vegetariana de prepo y no me resultó. Uno no puede obligar. Yo le hablo a mucha gente y no toda la gente está despierta para escuchar (U2)

Lo de no forzar a nadie y adaptarse o ser flexible es muy importante (U23)

Están los que se prenden y los que no (U4)

La referencia a quienes *miran raro*, establece esa línea divisoria entre quienes estarían con posibilidades de acceder a este cambio de mirada sobre todas las cosas, entre los que se consideran incluidos los sujetos entrevistados, y aquellos que *aún* no se encuentran en el momento apropiado. De este modo, se configuran redes en interacciones selectivas, sea a partir de la repuesta del otro

a la invitación o sugerencia de probar con la terapia floral o desde la autolimitación por temor a una respuesta negativa o descalificadora. Dando cuenta así del equilibrio referido por Goffman ([1963]1986), en tanto posibilidad de reprimir y ocultar cualquier tendencia que lleva a sentirse avergonzado en la interacción, en espacios locales que como mencionamos, parecen establecer controles sociales más cercanos.

No, no se lo comentás. Yo soy re normalita. Porque también tenía una compañera de trabajo que se iba al Lago Pellegrini¹⁰⁹ a ver los ovnis, y yo pensaba que estaba re loca. Yo jamás diría que fui a ver a La Chala de los Mandalas¹¹⁰ (U6)

Se puede advertir cierto registro de ironía en la alusión de la usuaria, que no sería otra cosa que el desafío, parcial y siempre relativo, a lo socialmente establecido como válido. Importa referirlo, para pensar los dispositivos asociados para sostener, contener, habilitar o dificultar las interacciones que de modo diferencial constituyen las redes en la temática. En algún caso, parece componer un elemento de agrupamiento, de identificación de lo compartido en el mundo de la terapia floral. La definición de *unos locos que hacemos esto*, es seguida inmediatamente de la referencia a la descalificación desde la biomedicina.

Me parece lo maravilloso que podamos unos locos, hacer más hincapié en todo esto. Aunque los profesionales de la salud descalifican a las flores totalmente (T2)

La idea de normalidad se establece como una divisoria entre aquello aceptado socialmente y la anomalía como una ruptura con las concepciones y prácticas instituidas. Consolidada como dispositivo disciplinador desde el modelo médico, la normalidad, y su contraparte, lo anormal, trascienden el sentido de lo patológico objetivado en el campo de la salud (que de igual manera puede tensionarse) y configura referencias de anclaje, calificación y descalificación, en distintas esferas de la vida cotidiana (Canguilhem, [1966] 2005; Foucault, 1977; Sarti, 2010).

La emergencia del mundo alternativo confronta con el código dominante en el campo de la salud y ocupa el lugar, al menos temporalmente, de lo anormal, de lo fuera de normalidad. ¿Es lo emergente un desafío, aun cuando relativo, estigmatizado rápidamente asociándose a la idea de aquello que no es normal? Las instituciones médicas y sanitarias ejercen la potestad de establecer

¹⁰⁹ Lago en la ciudad de Cinco Saltos, Río Negro, a 50 kms. de G. Roca.

¹¹⁰ Terapeuta del espacio alternativo, incluyendo la terapia floral. La denominación remite justamente a términos de posible interpretación descalificadora desde quienes no circulan por el espacio. Recuerda, a su vez, la impronta local, dando por compartida el conocimiento de la terapeuta, de su trayectoria y del lugar en el que atiende, reconocido justamente por la identificación de esa denominación.

la línea entre lo normal y la anormalidad, sostenidas desde el valor de verdad que porta el conocimiento científico. Los límites entre quienes sí y quienes no, entre la normalidad y lo anormal, se expresan con claridad en espacios locales, dónde la cercanía física y social, parece implicar dificultad para sostener la creencia en lo público.

Y hay algo que te voy a decir que no es un tema menor. Al principio, venía un paciente y me decía: esto queda acá, ¿no? Y a mí eso me ofendía. Y les gustaba mucho que yo no soy de acá, les sigue pareciendo importante. Porque conozco muy poca gente en Roca. Y hay que tener mucho cuidado con eso, con preservar al consultante. Y empecé a cuidar más eso, porque si son prejuiciosos, me tengo que ubicar en el contexto en el que vivo. Entonces lo que hago es que no se encuentre nadie. Y les doy turnos con tiempo suficiente para que no se crucen. Y eso lo respeto porque me parece algo muy delicado, un factor condicionante (T4)

Les gusta que no soy de acá, ... si son prejuiciosos, me tengo que ubicar en el contexto en el que vivo, ratifica la presunción de rareza percibida por al menos algunos usuarios. El temor a la descalificación por asistir a la terapia floral, se amplía en el espacio de lo local, en el que la cercanía social se expresa claramente. La experiencia en espacios sociales, laborales o incluso más cercanos, como los familiares, puede devenir en algún tipo de descalificación y se está alerta a ello. La mención se reitera en la muestra, en los terapeutas respecto de la necesidad de proteger la identidad de sus consultantes y en los usuarios al evaluar con quienes comparten su experiencia en la terapia. El conocimiento entre terapeuta y usuarios, casi inevitable al menos en términos del encuentro de referencias comunes de socialización, se reitera, motivo de precaución desde los especialistas y de duda o temor desde los usuarios.

Pero después está el otro que piensa “cómo te conozco, no me gusta que se den cuenta que pasó”. Y eso también a mí me queda como resonando en la cabeza (T6)

El segmento local, conecta con el circuito de alcance nacional e internacional, a través de la formación de los terapeutas, de la producción de las esencias florales, de sentidos globales en circulación, como de actividades y productos que componen el mundo difuso y de límites porosos, de las terapias alternativas. Sin por ello anular los matices diferenciales que lo local imprime en esa red. El menú de ofertas dentro de las terapias alternativas resulta más limitado que el de los grandes centros urbanos del país, pero la condición que particulariza lo local, se juega en el papel significativo de la presión ejercida por la cercanía física y social (Martínez, 2013) que recorre todas las interacciones y trayectorias de vida de los sujetos.

El terapeuta, muy difícilmente resulta desconocido para el usuario. Si lo es, rápidamente y antes solicitar o asistir a una consulta, el usuario dispone de referencias, que no necesariamente refieren a la condición de terapeuta, si no a variedad de aspectos de su vida: personal, laboral, familiar. El conocimiento vincular directo o indirecto, los encuentros en ámbitos públicos o privados, al compartir un espacio social de las características de una localidad relativamente pequeña, resulta una mediación significativa para la configuración de la confianza, que deviene una dimensión relevante en el tipo de terapia a que se asiste como de la selección del terapeuta.

La construcción de la creencia en redes y circuito, que se inicia en la mayoría de los casos desde la recomendación de personas en quienes se confía, como momento de apertura, no será entonces para todos. La valoración de la experiencia personal de otros y luego de la propia, promueve el cambio de clave del modo de pensar y actuar la salud/enfermedad que siempre es parcial y en tensión con el modelo de la biomedicina, al que no se abandona. Parece expresarse con mayor seguridad en interacciones cercanas, en espacios de sociabilidad acotados a puntos del circuito local, y con mucha cautela en otras interacciones de las que no se conoce su apertura.

Las redes de interacción de cercanía promueven así significaciones compartidas, transmiten confianza en la terapia y el terapeuta, articulando la circulación a partir de los intercambios que en su mayoría remiten a comunicaciones interpersonales no mediadas. Difunden las terapias y en esa operación le dan validación a la creencia, siempre atravesada por la confianza que transfieren desde su experiencia personal. Es la experiencia propia, la percepción de eficacia desde la trayectoria personal la que anima a los sujetos a ser parte del proceso de polinización en tanto agentes difusores. Rol que se asume desde las especificidades que imprime lo local.

Esa búsqueda continua que circula por entre la oferta del circuito, parece buscar y encontrar algo más que la respuesta a una dolencia específica. Así, las terapias florales, como otros tipos de terapias alternativas, parecen ofrecer alguna respuesta que reintegra sentidos (Le Breton, 2002), que recupera significados del vivir que conmueven, que acompañan la búsqueda, pero que tampoco consiguen agotarla o resolverla. Las prácticas de los sujetos, las narraciones respecto de sus dolencias, como un malestar que encuentra en formas no institucionalizadas aun, en parte residuales en parte emergentes, un alivio o compensación transitoria en la vida cotidiana. Las narrativas que justifican la exploración por la terapia floral, se sostienen en una primera instancia sobre las recomendaciones de vínculos cercanos que transmiten confianza, luego de iniciados, en la percepción de eficacia, y finalmente, en la construcción de sentidos que reinterpretan el padecer

y se ofrecen como significaciones que pueden trasladarse a la transformación positiva de diversos aspectos de la vida cotidiana.

De este modo, intentamos reconstruir redes sociales, circuitos, a partir de las trayectorias personales de especialistas y usuarios, como de la participación en los espacios colectivos que se nos presentaron. El momento de la circulación, nos lleva a enfocar la trama que se desenvuelve a través de las interacciones y los procesos de intercambio, entre la urdimbre de las condiciones institucionales –históricas, sociales, situadas- en que se producen esos procesos. Procesos comunicacionales, relacionales y de intercambio de sentido, a partir de los que se configuran las redes de interacción social, que ofician a su vez de mediadoras determinantes en el acercamiento a las terapias alternativas. Es esta una construcción colectiva, nunca individual o aislada, constituida a partir de la interacción en las condiciones concretas en que se los vínculos y espacios de socialidad se desenvuelven.

Quienes luego de iniciar sus prácticas dan continuidad y profundizan la exploración de actividades y terapias dentro del circuito muestran mayor afinidad con los principios que componen la plataforma simbólica de lo alternativo. Como en el caso de los terapeutas, sus voces asumen un modo diferente de comprender la salud, la enfermedad y a partir de ello su lugar en el mundo. En el próximo capítulo analizamos los modos de adhesión diferenciales de los usuarios y las dimensiones constitutivas de la estructuración de la experiencia desde la gramática compartida en el mundo de lo alternativo.

Capítulo 6

Locus de la creencia desde las prácticas en terapia floral. Adhesiones diferenciales y estructuración de la experiencia

El último capítulo de la tesis propone recuperar buena parte del recorrido realizado hasta aquí. A partir del desajuste biográfico provocado por el padecer, y de experiencias con algún grado de insatisfacción en el modelo médico hegemónico, los sujetos se conectan con redes de sociabilidad en lo local y en el marco de la circulación de sentidos culturales en tensión, transforman sus itinerarios terapéuticos. Las prácticas recorren la terapia floral y otras opciones dentro del mundo de lo alternativo. En ese proceso, desde adhesiones diferenciales, construyen y se socializan en los sentidos de la gramática compartida por las terapias alternativas, reinterpretando sus trayectorias en el cuidado de la salud como distintas esferas de su historia personal y su vida cotidiana.

Las prácticas y los sentidos construidos pueden analizarse en dos planos. Por una parte, y de ello se ocupa la primera sección del capítulo (6.1.), así como las terapias alternativas no son para todos (5.3.2.) recuperamos la adhesión diferencial al locus cultural de la creencia en lo alternativo, recorriendo desde situaciones de mayor cercanía y centralidad a posiciones periféricas respecto del marco de interpretación propuesto. Las prácticas no son homogéneas, ni en sus críticas al modelo médico ni en sus adhesiones a la terapia floral, mostrando la complejidad negociada y situacional de los trayectos terapéuticos.

Por otra parte, y aquí la segunda sección del capítulo (6.2.), las significaciones construidas expresan dimensiones de la estructura de la experiencia, que atraviesa las lecturas. Dimensiones que parecen confrontar en algunos aspectos con los valores y prácticas en la biomedicina, y que, a su vez, se integran a sentidos funcionales a las regulaciones de la sensibilidad en el capitalismo contemporáneo. Las tensiones intrínsecas y contextuales, recorren las dimensiones en análisis.

6.1. Modos de adhesión a la terapia floral: del uso pragmático a la afinidad cultural. Diferenciación de trayectos terapéuticos y asignación de validez a la terapia floral

La circulación por las terapias alternativas configura acercamientos, distancias y disputas de sentidos que expresan tensiones con el modelo médico, en una conjunción de articulaciones múltiples y con diversidad de instancias de incorporación, apropiación, desacuerdo, acercamientos

y alejamientos en que los límites pueden volverse difusos. Tensiones que también se registran en la configuración de las prácticas (Loaiza, 2016), a partir de las que podemos caracterizar adhesiones diferenciales desde los sujetos. Así como utilizan el modelo médico sin que ello implique necesariamente comprometerse con la modalidad de las prácticas y los principios que las fundan, las experiencias en la terapia floral no conllevan, de manera obligada, a la firme aceptación en los principios que organizan la creencia en el mundo alternativo. Las transacciones de sentido muestran las diferenciaciones y tensiones en las prácticas.

Los modos de adhesión identifican el rango de cercanía y distancia, de convicciones y dudas, de compromisos y discontinuidades para con la terapia floral y con los sentidos configurados en el trabajo terapéutico. Así, combinan usos e intencionalidades, dando sentido diverso a las formas culturales que circulan en el espacio del cuidado de la salud/atención de la enfermedad. Los usuarios y terapeutas entrevistados acuden actualmente a la biomedicina, dando cuenta de usos paralelos y ambigüedades, que a modo de lógicas de acción diversas atraviesan las prácticas y las significaciones respecto de la salud/enfermedad. Atraviesa entonces los modos de adhesión el descontento o insatisfacción con las experiencias en el modelo médico.

Se trate de insatisfacción general o limitada (Fadlon, 2005) o de un gradiente con mayores matices (Saizar, 2008b) es un aspecto a considerar al dar cuenta de las adhesiones diferenciales, siempre que no se las reduzca a ello. Algunas perspectivas proponen las experiencias críticas por la biomedicina como el motivo fundamental por el que los sujetos asisten a las terapias alternativas (Luz, 2005). Si bien la referencia está presente, intentamos eludir tal consideración como suficiente para comprender las prácticas en terapias alternativas. En todo el rango de adhesiones, desde los usos específicos a los de mayor afinidad cultural, se expone insatisfacción con el paso por la biomedicina, pero el mayor o menor descontento con ella, no se asocia directamente a un menor o mayor involucramiento con el espacio de lo alternativo.

Así, la adhesión y atribución de legitimidad a la terapia floral, no se relaciona de modo directo con el grado de insatisfacción respecto de las experiencias en el modelo médico. Desde nuestra lectura multidimensional de las prácticas, las adhesiones dependen de una trama compleja que incluye las situaciones de desajuste padecidas, las disposiciones incorporadas y las redes de sociabilidad con las que se articula en lo local dentro de la trama cultural de sentidos en tensión. Los itinerarios terapéuticos analizados articulan situaciones iniciales de desajuste/enfermedad con experiencias biográficas que se activan en el encuentro con vínculos de proximidad en lo local. En

un proceso en el que las terapias alternativas, en términos de formas emergentes/residuales, expresan en parte el descontento con la biomedicina y en parte la búsqueda de otros sentidos del vivir, conectando con regulaciones de la sensibilidad que recorren la cultura contemporánea. A partir de las situaciones de malestar y/o enfermedad percibidas, se asocian las voces cercanas que acompañan el momento, en una trayectoria que conecta con aperturas incorporadas previamente, y que habilitan un recorrido que puede identificar el inicio, pero que en muchos casos no conoce el alcance ni el límite de su exploración. Los trayectos terapéuticos permiten caracterizar el rango de adhesiones en el mundo de las terapias alternativas (Bordes y Algranti, 2014).

El rango de adhesiones al que nos referimos expone diversidad de modos de uso e inmersión a partir de diferentes experiencias, vínculos y motivaciones de quienes asisten a las terapias florales. En el recorrido por el estado del arte, la adhesión a las terapias alternativas, aun cuando no se refieran a la terapia floral, es agrupada en dos tipos: pragmáticas o ideológicas¹¹¹ (Fadlon, 2005; Echevarría Pérez, 2008; Freidin, et. al., 2013). La propuesta no es presentar tipos estancos, ni estrategias excluyentes en los trayectos terapéuticos, sino caracterizar los distintos modos de “acercamiento, adopción y eventualmente distanciamiento” (Freidin, et. al., 2013) a la terapia floral en el cuidado de la salud/atención de la enfermedad.

La diferenciación en las adhesiones, se tensiona entonces desde usuarios con un uso pragmático, puntual, ante determinadas situaciones de malestar, con cierto distanciamiento de los principios que operan como gramática del espacio de las terapias alternativas, al compromiso de usuarios que profundizan la convicción en el espacio de lo alternativo y asumen mayor compromiso con esa gramática, pasando por quienes se decepcionan o alejan a partir de sus primeras consultas. Los modos de adhesión se conectan con las razones a partir de las que se atribuye legitimidad a la terapia (Bordes, 2012) y expresan la mayor o menor cercanía para con los sentidos construidos colectivamente, compartidos con otras terapias y actividades del mundo de lo alternativo.

Las adhesiones orientadas de modo pragmático se fundan en usos de la terapia floral asociados a la dolencia padecida y al reconocimiento del alivio proporcionado por la terapia, aun cuando esa eficacia no sea registrada en todas las ocasiones. Las sostenidas predominantemente desde los valores compartidos, se construyen sobre mayor adhesión a la cosmovisión propuesta por las

¹¹¹ Consideramos la adhesión ideológica, como el acuerdo en la creencia, como una expresión de mayor afinidad cultural, en tanto se comparten las dimensiones de sentido que estructuran la cosmovisión en el espacio de la terapia floral, elementos compartidos con la plataforma simbólica de las terapias alternativas.

terapias alternativas. Se reconoce la eficacia en relación al malestar por el que se asiste, pero se amplía la búsqueda, incorporando sentidos que traslapan incluso por fuera del espacio de la salud/enfermedad. La orientación pragmática se enfoca en la eficacia con un interés acotado en su cosmovisión, mientras la de mayor afinidad cultural, revela una correspondencia, al menos parcial, con el marco cultural propuesto por las terapias alternativas. En un proceso con tensiones en los mismos sujetos y con variedad de posiciones intermedias, dinámica que expone la ambivalencia y las tensiones de las prácticas.

6.1.1. *“Mucha gente tampoco está dispuesta a trabajar con sí misma”. De usos pragmáticos y decepciones en la terapia floral*

Como referencia experiencial, sin necesariamente compartir los elementos fundantes de la creencia, encontramos situaciones periféricas, como las denominan Setton y Algranti (2009). A partir de una situación de enfermedad/malestar que impacta en lo biográfico y en el encuentro con un/a otro/a que habilita la prueba, se asiste a la terapia floral, se encuentra alivio, se recurre a ella cuando evalúan necesitarla, pero no se comprometen con los valores ni con el conjunto de principios que forman parte de la creencia. En definitiva, el uso de la terapia puede producirse sin mayor compromiso con la cosmovisión de sentidos o la transformación de la interpretación de la vida cotidiana. Se limita a un modo de atender determinados malestares.

Encontramos así dos (2) usuarios, quienes recientemente realizaron sus primeras consultas en la terapia floral, sin experiencia además en otras opciones en el circuito alternativo. En tanto iniciados y tratándose de un proceso, su posición periférica puede resultar motivada por el momento en que intersectamos sus itinerarios terapéuticos. Otros cuatro (4), si bien acuden periódicamente o ante la necesidad específica a su terapeuta floral, no parecen comprometerse a sus códigos de interpretación y mantienen una actitud de distancia respecto de los principios que configuran las terapias florales. En estos casos la percepción de eficacia, en ocasiones relativizada, es aplicada puntualmente a situaciones específicas. Se observa que en general no han recurrido a otras terapias dentro de las alternativas y la confianza es depositada casi exclusivamente en el terapeuta.

Confío en B. [terapeuta floral], no sé si iría con otra, no creo. Me da confianza y acá no es fácil (U16)

Acá no es fácil. La confianza en el espacio local incorpora otra dimensión. La privacidad. En usuarios recién iniciados o en quienes no realizan otras exploraciones en lo alternativo, se enfatiza la necesidad de protegerse de las miradas cercanas de los demás. Si bien algún vínculo dentro de la red de sociabilidad informó, recomendó y habilitó la consulta a una terapeuta floral, se prioriza ocultar la práctica respecto de miradas cercanas que pudieran cuestionarla. Expresión de la tensión de los sentidos circulantes, del descrédito que portan las terapias alternativas para algunos sectores, como de la cercanía física y social propias de lo local. Parece componer un control, un límite a los recorridos terapéuticos, que opera desde el temor a la descalificación de vínculos próximos, en lo local, siempre cerca. Recuperamos las palabras de la terapeuta:

Y hay algo que te voy a decir que no es un tema menor. Al principio, venía un paciente y me decía: esto queda acá, ¿no? Y a mí eso me ofendía. Y les gustaba mucho que yo no soy de acá, les sigue pareciendo importante (T6)

Si bien la gestión de lo emocional es la fuente de todas las dolencias y de las posibilidades de sanar como tendencia general en la muestra (4.2.2.), registramos matices entre quienes pueden considerarse usuarios con mayor cercanía al núcleo de principios de estas terapias respecto de aquellos que realizan un uso situacional y esporádico. En este último grupo, la caracterización del padecimiento, aun compartiendo el sustrato emocional como referencia, es asociado a la eficacia de la terapia floral para su superación, al menos transitoria, sin asignar un sentido revelador o de significación integral al enfermar. Como si ocurre en el grupo de sujetos con mayor afinidad a los fundamentos de las terapias alternativas.

Cuando me pongo muy ansiosa me hacen bien [las esencias florales]. Después no sé, no noto mucho. Pero cuando estoy ansiosa la llamo a T. [terapeuta floral] porque me bajan enseguida (U21)

Así el uso es puntual, sin sumergirse en la transformación de sentidos propuesta por la terapia floral, ni ampliando las búsquedas por entre otras terapias en el mundo alternativo. Debe advertirse qué, en tanto proceso, la muestra nos permite identificar un momento que bien puede ser recuperado a posterior por los sujetos desandando nuevos itinerarios terapéuticos. Intentan resolver situaciones de salud/enfermedad de modo complementario con la biomedicina, con cierta insatisfacción en esas experiencias, y ampliando posibilidades de eficacia, sin involucrarse con el marco de interpretación de lo alternativo. Buscan alivio, sin mayor adhesión ni compromiso con la cosmovisión alternativa.

La lógica pragmática puede asociarse a una “ética práctica”, como la define Carozzi (2000: 103), que lleva a hacer uso de aquello considerado útil y dejar de lado aquello que no convence o que confronta con creencias previas que no se está dispuesto a ceder o tensionar. Del mismo modo que el modelo hegemónico no agota los sentidos circulantes en el cuidado de la salud, el espacio de las terapias alternativas tampoco se configura restrictivamente sobre la creencia. Los sujetos realizan sus prácticas entre los dominios terapéuticos en términos prácticos y también en términos de construcción de sentidos, con modos diferenciales de adhesión.

Los usos pragmáticos se orientan entonces a la respuesta específica y la percepción de eficacia, tomando el trabajo terapéutico con sentido táctico y sin mayor indagación en los principios de la cura. La eficacia resulta situacional y las búsquedas limitadas.

Es difícil imaginar cómo funciona, pero no sé, funcionan...aunque no siempre (U18)

Muestra ausencia de palabras para describir aquello que fundamenta la cura, pero también parece expresar escaso interés respecto de los principios que fundan la gramática cosmovisional de la terapia. En un modo de adhesión pragmática, sostenido en la eficacia para algunas situaciones y el desentendimiento de su funcionamiento. Así, *es difícil imaginar*, deja incluso algo más que la falta de interés. Podría tratarse de la duda respecto de los principios, ante la dificultad de imaginar (no entender, comprender o explicar) como funcionan. Cansada y escapando de los tratamientos biomédicos, buscando una mayor apropiación del sentido y camino propio de la salud, sin que de ello se siga ineludiblemente el compromiso con la terapia floral. Para estos usuarios, el paso por una terapia alternativa como la floral, no implica cambios significativos en su vida personal, en tanto se basa en una lógica de uso. Las habilitaciones desde lo disposicional y el procesamiento de los sentidos culturales que atraviesan el campo, pueden resultar hipótesis sugerentes para comprender los modos diferenciales de adhesión en grupos afines.

En general, el inicio de las consultas en la terapia floral ha tenido dos entradas, sostenidas sobre elementos de biografía personal y la recomendación en espacios de sociabilidad cercanos: la búsqueda de respuesta a una dolencia y la frustración con los intentos en la biomedicina y/o el paso por otras terapias alternativas que oficiaron de puente. Entre este modo pragmático y el de mayor afinidad cultural, se identifican diversidad de situaciones en la continuidad y periodicidad con los tratamientos florales.

Desde mayor estabilidad y persistencia, pasando por intermitencias o entradas/salidas periódicas de los tratamientos, a la falta de continuidad o directamente el abandono del trabajo

terapéutico. La terapia floral es un espacio significativo para este análisis, en tanto sus tratamientos parecen requerir meses de continuidad para evaluar su eficacia (4.1.). Siendo esta una particularidad, respecto de otras terapias alternativas.

La mayoría no sabe fundamentalmente de qué se trata, pero sabe que hablaron maravillas de las flores. A veces algunos te piden la misma fórmula de otro que saben que le hizo bien. Y cuando yo les empiezo a contar de qué se trata el tratamiento; para qué funciona y cómo lo hace y que cada ser es único e irrepetible y que no puedo hacer la misma fórmula que a otro. Ahí empieza el compromiso y pedir la participación activa. Porque si no todos perdemos tiempo, plata y energía. Obvio que sí sé que es una persona que está en total entrega y hay otro que dice que no cree en esto, para mí es el gran desafío. Y con la experiencia, ya se percibe cuándo va a hacer un buen tratamiento y cuándo no. Esto tiene que ver con la predisposición y el interés del consultante. Por eso creo que es muy importante lograr estar en sintonía (T3)

Desde quienes se encuentran en *total entrega* a quienes *no creen en esto*, los terapeutas caracterizan las diferencias entre los usuarios. Distancia que consideran producto de la *predisposición* de esos usuarios. Y, como en todo nuestro trabajo, la referencia alude al *compromiso y participación activa* del sujeto, como responsable de las posibilidades de sanar, como actor central del proceso de cura. Encontramos así quienes asumen el camino propuesto y quienes lo toman desde este modo pragmático. En este punto, usuarios y terapeutas distinguen y asumen la dificultad en la continuidad en los tratamientos florales. La intermitencia parece ser la constante.

No soy constante en la ingesta de las flores (U22)

Tienen temporadas. Muy pocos son estables... hay gente que empezó con cuestiones laborales insoportables o cuestiones familiares grosas que toman las flores, dejan un tiempo y después ya vuelven para otra cosa (T2)

El fragmento previo reintegra la materialidad que exhiben las prácticas en el cuidado de la salud. *Las cuestiones laborales insoportables*, nos asoma a las exigencias del mundo del trabajo que deben afrontar los sujetos. La terapia floral se propone eficaz para superar la insoportabilidad de lo cotidiano. El posible alivio de los sujetos, es promovido desde la gestión de su emocionalidad en términos adaptativos, en tanto no se trata de confrontar o cuestionar esas exigencias. Por el contrario, se orienta a negociar en el mudo interno, para hacerlas soportables.

La concurrencia a la terapia floral genera entonces una exigencia de tiempo y auto reflexión del usuario. Muestra una tensión entre, la valoración del empoderamiento sobre la biografía personal en el espacio de la salud/enfermedad, y la exigencia que desborda a ese sujeto,

especialmente en este tipo de usuarios. En ocasiones, advertimos que reniegan de la terapia floral luego de comenzar el proceso terapéutico. Quizás, parte de la respuesta, se encuentre justamente en la reacción de algunos sujetos a la responsabilización individual en el padecimiento y su superación.

Y mucha gente tampoco está dispuesta a trabajar con sí misma (U19)

Hay que estar dispuestos a un autoconocimiento, eso no es fácil (U22)

Justamente la decepción registrada, se refiere al rechazo a la indagación interna, al trabajo con el *sí mismo*, que resulta condición de la tarea terapéutica en el ámbito de lo floral.

dejé de ir... me preguntaba de eso y yo no quiero hablar, no quiero ni pensarlo... así que no fui más (U24)

La usuaria refiere al fallecimiento reciente de su hijo. Nos cuenta que los preparados florales le hacían bien, especialmente para tranquilizarse y *poder dormir*, pero abandonó la terapia floral ante la insistencia de la terapeuta en trabajar esa experiencia traumática. Tampoco amplió las búsquedas por otras terapias alternativas. El criterio muestral elegido, nos llevó a usuarios de terapia floral, por lo que no registramos otros casos de abandono de la terapia¹¹². En esta situación, en el desarrollo mismo de la entrevista comprendimos que había abandonado la terapia. Si bien es una sola experiencia dentro de la muestra, parece compartir con otros usuarios el rechazo a la responsabilización en el proceso de sanar como a la indagación interior que demandan los terapeutas. La indagación en lo emocional, en dónde se encuentran las causas profundas del enfermar, asociado a la necesidad de un proceso de meses de tratamiento para conseguir efectividad y desandar el trabajo terapéutico con las *capas de cebolla*, implica un compromiso del sujeto que en ocasiones se transforma en una exigencia a la que no están dispuestos.

El modo pragmático se compone entonces de usos más o menos circunstanciales, que incluyen a quienes no sostienen continuidad en el trabajo terapéutico como a quienes se decepcionan y se alejan. La distancia con las claves que configuran los sentidos de la terapia, se articula a la búsqueda de validación por fuera de la misma. Así, parecen encontrar mayor seguridad cuando pueden vincular la terapia floral al ejercicio desde profesionales del modelo médico.

¹¹² Se abre otra línea posible para la continuidad del trabajo investigativo, que podría orientarse a situaciones de frustración, decepción y abandono de las terapias.

Una amiga que es farmacéutica y ella hacía flores de Bach. Le dije que sí porque confiaba en ella y hasta ese momento nunca había escuchado hablar de las flores de Bach (U4)

A través de la psicóloga que atiende en el Poder Judicial y hace informes médicos, de víctimas de violación y esas cosas.... Y anda con terapias florales y con aromas (U16)

Les gusta venir acá, [se refiere a la farmacia en que tiene su consultorio] como que es algo más serio (T2)

Los modos periféricos se caracterizan a partir de dos dimensiones significativas: la búsqueda de eficacia específica y un escaso o limitado compromiso con los principios de la terapia (Fadlon, 2005). Uno de los ejes de sentido en que se fundan estas modalidades es la de evitar el uso de medicamentos alopáticos (3.2.3.) en la respuesta a los malestares percibidos. La relevancia que asumen los recorridos pragmáticos es la del uso táctico de lo terapéutico, configurando experiencias en la terapia floral sin por ello asumir las significaciones que en términos de principios las sostienen.

Basamos entonces la caracterización de modos de adhesión pragmáticos o periféricos, en la recurrencia conjunta de las siguientes variables: el fundamento se deposita centralmente en la confianza en la terapeuta y/o la eficacia relativa de la terapia floral, y no expresan, o incluso manifiestan dudas, respecto de los valores y principios constitutivos de la creencia. Parece necesaria cierta socialización en la gramática cosmovisional que funda la terapéutica, y a partir de allí el compromiso, al menos parcial, con un modo distinto de definir el sentido de la salud/enfermedad, para dar el paso de un uso táctico, ocasional o pragmático, a una experiencia con mayor afinidad cultural.

6.1.2. “Cuanto más estás en este camino, más intensa es la búsqueda”. El compromiso de mayor afinidad cultural con las prácticas en terapia floral

Quienes asumen un compromiso de mayor afinidad cultural con los principios de las terapias florales, diecinueve (19) usuarios, indagan y asisten a diversidad de opciones en el mundo de lo alternativo y llevan la clave interpretativa a otras experiencias. El espacio laboral, la familia, los vínculos de proximidad, resultan esferas en las que replican las transformaciones de sentido configuradas. Trasladan rasgos de la cosmovisión cultural emergente a otros ámbitos de su vida cotidiana, oficiando a su vez de polinizadores, exponiendo la virtud de su *transformación* e

intentando ampliar el alcance de la terapia floral y la incorporación de otros a la experiencia por ella. Ocupan así una posición de mayor centralidad en las redes de interacción y el circuito de las terapias alternativas en lo local.

Dando cuenta de situaciones nucleares e intermedias (Setton y Algranti, 2009) comparten la creencia, el conjunto de principios y valores de la cosmovisión de lo alternativo. Se sumergen en las exploraciones, configurando nuevos sentidos al pensar y actuar la salud que modifican el modo de comprenderse en el mundo. Caracteriza a estos usuarios el uso continuado o periódico de la terapia floral, las búsquedas en la circulación por otras terapias y actividades de lo alternativo y el explicitado compromiso con el auto conocimiento y la apropiación de sus itinerarios terapéuticos. Camino que para muchos se describe como *sin retorno*¹¹³.

Pero no era eso lo que yo estaba interrogando; yo estaba interrogando cosas más antiguas, más profundas que hoy mismo sigo interrogando y sigo en la búsqueda; porque esto es una búsqueda del fondo sin fondo. En el curso de la salud, se interroga cosas de algunas características; en el curso de la enfermedad se interroga de otra manera. Las cosas quizás terminan siendo lo mismo en cuanto a lo que es. Y las flores en esta etapa y en la etapa que ya vienen de hace unos años, a mí personalmente me han ayudado de manera singular (U1)

Mi cuerpo y mi mente buscaban otra cosa que la medicina no me pudo resolver. Entonces, empecé el cambio y empezaron las mejoras. Y todos los cambios que se dieron en mi vida tienen que ver con esto, con apropiarme de mi vida...todo tiene que ver con esta apertura: a soltar, a dejar ir, a vivir de otra manera (U3)

Pero me di cuenta que era muy movilizador y que es muy cierto cuando te dicen que es un camino que cuando arrancás no tenés vuelta atrás. Me refiero al autoconocimiento, que es la base del sistema Bach, el camino al autoconocimiento, es tal cual. Y cómo se va conociendo la gente que empieza a consumir flores y que empieza a sentirse que la ayudan las flores, no tiene vuelta atrás (T7)

Identifican el inicio, el comienzo de las búsquedas, pero no el final. Las indagaciones no se detienen y llevan a la transformación personal, siempre en proceso. *Es un camino que cuando arrancás... no tiene vuelta atrás*, nos muestra las implicancias de la inmersión. Expresión del locus cultural compartido, expone la estructuración de la experiencia que atraviesa una clave de época en estos sectores sociales, asociando la transformación al autoconocimiento. La búsqueda continúa

¹¹³ No encontramos en la muestra orientación hacia a las indagaciones espirituales. A partir del recorrido por el estado del arte, supusimos que podían detectarse estas dimensiones en análisis (Heelas, 2008). Sin embargo y como en otros estudios afines (Pitluk, 2008; Borda, 2017) las búsquedas de los sujetos se definen en términos de la salud y el bienestar sin que la espiritualidad resulte una dimensión significativa.

entre terapias y actividades alternativas, en un camino *sin retorno*, que conduce a la exploración personal, para la que no hay cierre, o final. *Pero cuanto más estás en este camino, más intensa es la búsqueda y menos te dura.* Se indaga en un *fondo sin fondo*, a modo de un punto de partida que abre la biografía en el mundo de lo alternativo y transforma la perspectiva desde la que se comprende la cotidianidad. Se aprende a *vivir de otra manera*.

Por una parte, la imposibilidad de la medicina de *resolver* las búsquedas, es una de las fuentes que reconocimos como motivadora de las exploraciones por otras opciones terapéuticas como la floral. Pero ¿qué se buscaba y no pudo ser resuelto? Las *cosas más antiguas, más profundas*, parecen conectar con las disposiciones incorporadas. En quienes asumen mayor compromiso con la cosmovisión de lo alternativo, se encuentran referencias a instancias de socialización más heterogéneas que habilitaron predisposiciones afines, aun cuando no sean explícitas.

En el grupo de usuarios de mayor afinidad, como entre los terapeutas, mediadores significativos en el espacio alternativo, encontramos experiencias propias o familiares, apenas aludidas en la mayoría de los casos, dando cuenta de la multiplicidad de referencias incorporadas que se activaron a partir de la situación de desajuste provocada por el padecimiento. En nuestra perspectiva, y sin agotar o enfatizar el análisis empírico de lo disposicional, lo consideramos una dimensión que permite comprender las diferencias de adhesión que venimos caracterizando. Sin desgajar el aspecto disposicional del encuentro con mediaciones relacionales que articulen, en el marco de los sentidos culturales posibles en la trama cultural que limita y a su vez habilita, todo el proceso.

El énfasis puesto por este grupo en la apropiación individual para mantener la salud como para superar los malestares, es un rasgo de la cosmovisión común de la experiencia, expresión de los sentidos de la estructuración del sentimiento en el espacio. Desde los terapeutas, asumir la indagación interior es condición para la continuidad y la percepción de eficacia en la terapia floral.

Y a veces les digo que se equivocaron al venir acá, porque siento que esa persona no está en el momento indicado para este tipo de encuentro. Igual son muy pocas las veces que pasa eso... Cuando no está dispuesta a encontrarse, a hacerse cargo de su vida, lo que puede ser. Cuando sí lo está, está totalmente acompañada por mí y vamos adelante. Es un camino sin retorno, hay que estar dispuestos a dar el primer paso, después todo fluye (T8)

Hacerse cargo de la vida. Es la condición primera y necesaria a partir de la que, si se está dispuesto a ello, comienza el *camino sin retorno* de superación personal. La adhesión diferencial no se explica entonces, desde la consideración de la eficacia. La percepción de eficacia, con

matices como hemos visto, acompaña tanto los modos pragmáticos como los de mayor afinidad cultural. Las adhesiones diferenciales se fundan en el encuentro de lo disposicional con la construcción de sentidos compartidos, que permiten reinterpretar la experiencia en un haz de dimensiones circulantes culturalmente, cargadas de positividad en determinados grupos sociales. Así, entienden estar haciéndose cargo de su propio malestar y de su salud, se posicionan apropiándose de su biografía en un proceso de individualización, que, además, promueve el valor de lo natural, trata de evitar o disminuir el consumo de medicamentos¹¹⁴, y traslada la transformación a todas las esferas de vida. La apropiación individual y autónoma del itinerario personal, no solo en lo terapéutico, es el eje de la mutación.

La confianza en la creencia determina la asignación de validez a la terapia floral. Recuperan significaciones para reinterpretar el malestar, cuyo origen se encuentra en la gestión de las emociones a las que apunta justamente la terapia floral (cap. 4). De tal modo que compartir la cosmovisión implica a su vez, dotar de validez a la terapia, a partir de la experiencia personal. Junto a la confianza en la creencia se articula la percepción de eficacia, el reconocimiento del alivio sobre el sufrimiento, que habilita (aunque no condiciona directamente) parte de la apertura en la construcción de la afinidad con los principios de la terapia.

Las primeras consultas por la terapia floral, se refieren a una motivación que podríamos llamar pragmática, de uso puntual, en la que los usuarios reconocen algún malestar o la aspiración de *estar mejor* por la percepción de pérdida de salud. Siempre, después del paso decepcionante por experiencias en el sistema biomédico, en el que no encuentran respuesta a su padecer, y a partir de interacciones cercanas que informan de la terapia y la habilitan como opción terapéutica. En muchos casos, descubren de qué se trata la terapia floral a partir de ese primer encuentro. Luego, desde un proceso de percepción de eficacia, del sanar y de la continuidad -o no- en el trabajo terapéutico, los caminos de los usuarios se diferencian. Encontramos quienes mantienen un uso específico de la terapia floral, recurriendo a la misma cuando lo consideran necesario, dando cuenta de un uso pragmático. Quienes luego de alguna o algunas pruebas se alejan definitivamente. Y quienes hacen un uso estable o periódico de la terapia, exponiendo un mayor compromiso con el espacio de la terapia floral, a partir de un involucramiento que suele incluir la inmersión en otras terapias del mundo de lo alternativo.

¹¹⁴ Aunque pueden abreviar en otros consumos, más despojados -simbólicamente- de su condición de mercancías (Gutiérrez Zúñiga, 2013), que abre otra pista posible de continuidad para la investigación.

Caracterizamos así a los usuarios desde aquellos que realizan un uso específico/pragmático, ocupando posiciones marginales dentro de las redes de interacción en el espacio de las terapias alternativas, a quienes realizan el proceso de construcción de mayor afinidad cultural y compromiso con la cosmovisión. Entendemos que en muchas ocasiones se combinan ambas motivaciones, siendo difícil encontrar solo razones pragmáticas, sin ningún compromiso con al menos alguno de los valores puestos en juego por las terapias alternativas, como, por ejemplo, la visión holista de la salud.

Se manifiestan así las motivaciones pragmáticas e ideológicas, en un rango amplio y variable, con distinto alcance o profundidad, siendo necesario pensarlas en conjunto. Como un continuo rastreable en la experiencia de los usuarios de mayor afinidad, en el que la búsqueda de eficacia en respuesta a aquello que se percibe como deterioro de la salud o como enfermedad, articula el acuerdo con al menos algunos de los principios que sostienen las terapias florales. Esa creencia se configura en adhesión a las formas emergentes del mundo alternativo, a una cosmovisión en tensión con los sentidos dominantes del modelo médico, pero también con tensiones en su interior.

La experiencia personal respecto de la percepción de eficacia en el tratamiento, las disposiciones en las biografías personales y los vínculos de proximidad, en el espacio de las terapias alternativas, acompañan la diferenciación de los itinerarios terapéuticos, con mayor o menor continuidad en el uso de la terapia floral y con mayor o menor inmersión en los principios que sostienen los sentidos en y desde el mundo de las terapias alternativas. Lo aprendido en las primeras experiencias de atención en la biomedicina (cap. 3) impone condiciones desde las que se considera la salud/enfermedad y las actividades asociadas a ellas. En la sustitución o modificación de claves y creencias, los usuarios experimentan otros modos desde las que transforman el modo de comprender y actuar la salud y la enfermedad (cap. 4). Sería excesivo proponer que las redes de sociabilidad actúan como grupo colectivamente, pero sí participan del esfuerzo por conseguir que estas transformaciones a las convenciones se difundan y resulten verosímiles para sectores cada vez más amplios en lo social (cap. 5).

En la segunda parte del capítulo (6.2.) reflexionamos sobre las dimensiones de sentidos construidos en la terapia floral, como rasgos que estructuran la experiencia, que intentan confrontar en algunos aspectos con el modo dominante en el campo de la salud, y a su vez resultan funcionales en una lectura de mayor alcance cultural, exponiendo dimensiones de una estructura de sentimiento que organiza parte de la experiencia de estos grupos sociales en el capitalismo contemporáneo.

6.2. Dimensiones de la estructuración de la experiencia desde las prácticas en terapia floral. Sentidos en tensión

Partimos de las prácticas en la terapia floral para reflexionar sobre la integración de sentidos que circulan actualmente en la cultura contemporánea y llevan a resignificar la idea de salud y enfermedad. La transformación de los sentidos recuperada desde los trayectos terapéuticos, muestra cómo se reorganiza la narración de la propia experiencia y se traslada a diversas esferas de la vida cotidiana. Estructuraciones de lo que es vivido en un momento histórico, la estructura de la experiencia, expone de modo dinámico las operaciones ideológicas de gobierno de la sensibilidad, que a la vez presenta ambivalencias y contradicciones. Es el lugar en que se expresan las tensiones entre lo institucionalizado y la experiencia vivida, en las prácticas, desde las que se puede identificar la matriz cultural que las atraviesa.

La matriz cultural es estructurada por configuraciones subyacentes, como instancias reguladoras de la sensibilidad, que circulan en esferas aparentemente diferentes, por ejemplo, la salud y la economía. Recuperamos los atravesamientos de la estructuración de la experiencia desde una matriz que incluye al campo de la salud, pero va más allá de él. Las prácticas en la terapia floral en el territorio, evidencian las alternancias, ambigüedades y ambivalencias, que las recorre. La apuesta de la estructura de sentimiento, siempre siguiendo a Williams, es la de integrar la matriz cultural (cargada y condicionada de materialidad), leída desde las prácticas, desde los significados y valores como son vividos y sentidos activamente.

Esos valores que proponen distancias y oposición para con la biomedicina (quizá, en parte, con la ciencia en general), expresan la tensión y negociación permanente entre formaciones culturales, entre el modelo médico y el espacio de las terapias alternativas. A su vez, los sentidos asumidos resultan ejes de la plataforma simbólica de las terapias alternativas. La profunda valoración de la individualización y el regreso a lo natural, son ejemplo de ello, revelando su articulación a dinámicas reguladoras de lo sensible en el capitalismo contemporáneo. Comprendemos el riesgo conceptual y metodológico, al analizar la noción propuesta por Williams, a partir del material empírico construido. De igual manera, creemos posible aproximar reflexiones significativas, desde las entrevistas y observaciones realizadas.

La matriz cultural se expresa en las prácticas, asumiendo el lugar de la vivencia, de la experiencia, mostrando las tensiones propias de las formas culturales que la atraviesan. Desde esta perspectiva nos permite advertir las operaciones ideológicas de lo hegemónico, que no se reducen

a un campo específico, como el de la salud. Cuando los sujetos se convencen de su responsabilidad individual en enfermar y sanar, cuando entienden que *estará mejor* y resulta *más sano*, desentenderse tanto de las circunstancias sociales e históricas, propias y colectivas, como del sufrimiento de los demás, cuando las claves para pensar el cuidado la salud se traslapan directamente a la superación económica individual, cuando se carga de positividad la naturaleza y lo natural, como elemento de confrontación frente al conocimiento científico, estamos ante dimensiones que estructuran fuertemente la experiencia en estos grupos.

Las dimensiones de las que daremos cuenta, resultan de la articulación de formas culturales en tensión, en una trama cultural -situada- que es también expresión de materialidad. Se trata de un proceso que se desarrollaba, previo al período de nuestro recorte, y continúa en desarrollo, a posterior de ese recorte. Intentamos que lo procesual esté presente, aun cuando las referencias de análisis establezcan su alcance, también por cuestiones metodológicas, en un momento dentro de esa dinámica. Estos grupos, de clase media, en una localidad pequeña en el norte de la Patagonia, exponen sentidos que circulan globalmente, con improntas propias de lo local/territorial. El malestar que lleva a las consultas en las opciones terapéuticas, es así una trama sanitaria pero también cultural, que expone las condiciones materiales y sociales de la reproducción del capitalismo.

Hemos dado cuenta inicialmente (en el capítulo 3) de las experiencias de los sujetos en su paso por la biomedicina, que informa el código dominante respecto del que se piensa y se actúa la salud/enfermedad en nuestra sociedad. Las representaciones sostenidas desde los dispositivos institucionales hegemónicos en el campo, presentan efectos incluyentes/excluyentes de prácticas, estableciendo fronteras de sentido entre aquellas prácticas terapéuticas válidas a partir especialmente de su fundamento científico, respecto de aquellas que, como la terapia floral son consideradas inocuas o riesgosas, sin validez ni eficacia. Expresado desde el modelo médico como crítica, negación, desconocimiento, en el intento por inhabilitar o incluso impedir la concreción de esas prácticas.

La reflexión sobre las experiencias de usuarios y terapeutas en la terapia floral expone un proceso social, unos modos específicos de interacción y un proceso de (re) significación de las representaciones acerca del cuidado de la salud en nuestra sociedad. Si bien las representaciones e instituciones dominantes, limitan temas y marcos de interpretación, no agotan la producción de experiencias que les disputan esos sentidos, que a su vez se nos muestran con diversidad de

matices, en las tensiones con el modelo médico, pero también con tensiones en las dimensiones que expresarían el marco de interpretación de las terapias alternativas.

Pese a esa línea demarcatoria que desde el modelo médico hegemónico se intenta imponer, circulan otras prácticas y significaciones posibles que tensionan con la expresión de lo legítimo en el campo de la salud. Al observar las prácticas de quienes recorren la terapia floral, podemos rastrear las modulaciones diferenciales que la noción del cuidado de la salud y atención de la enfermedad asume en estos grupos, que circulan cada vez más extendidamente. Estas modulaciones parecen exponer un modo alternativo más que oposicional (Williams, [1980] 2012), en tanto intentan establecer otro modo de pensar y actuar la salud/enfermedad, y por consecuencia parte de la vida cotidiana, más que conformar una confrontación que se dirija a la disolución o abandono del dispositivo hegemónico del modelo médico.

Modo alternativo respecto de la biomedicina, pero que encuentra nexos en otros dispositivos culturales y a su vez es reapropiado parcialmente, expresado en modificaciones dentro del mismo modelo médico. Así, aquello que podemos considerar alternativo en algunos momentos y niveles institucionales, resulta funcional en relación a otros momentos y niveles. En esa dinámica de circulación por distintas terapéuticas, en las críticas, tensiones y reapropiaciones, generadas entre dominios de fronteras porosas por los itinerarios terapéuticos, se pueden comprender las prácticas y los sentidos en tensión respecto de la salud/enfermedad como su traslazo con distintas dimensiones de la experiencia. La construcción de un punto de vista/lectura desde esas prácticas no reconocidas permite descubrir la perspectiva de sujetos y grupos que no se articulan a los dispositivos legítimos y legitimantes en el campo de la salud/enfermedad pero que conectan con transformaciones en proceso de la matriz cultural.

Los sentidos construidos en el paso por la terapia floral, se aplican a otros universos de significación (Algranti y Bordes, 2009), intersectando otros campos de prácticas además de la salud/enfermedad, como motivo y consecuencia de transformaciones socio culturales que desbordan el espacio de la salud (Semán y Viotti, 2015). Se trata de un proceso, en constante movimiento y ajuste entre formaciones culturales. Los relativamente novedosos sentidos que a modo de emergencias - y en ocasiones residuo - se construyen en las búsquedas por conservar la salud y atender la enfermedad en estos grupos, configura dimensiones de las estructuras de la experiencia, articulando las prácticas con universos de significación que se pueden observar a

escala global. Sentidos que están en los bordes de lo válido, periféricos al relato del modelo de la biomedicina reconocido como legítimo, que si bien hegemónico, no es homogéneo ni pétreo.

Puestos en este punto, quisiéramos recuperar y analizar entonces las claves que configuran al menos en parte, el marco en que se interpreta la experiencia en la terapia floral. Reflexionamos los sentidos que respecto de la salud-enfermedad se procesan desde la perspectiva de los sujetos que circulan por la terapia floral, identificando las modulaciones que asume en estos grupos. Así, aproximarnos a dimensiones de las estructuras de sentir, que se perciben de modo fragmentario y en movimiento entre formas culturales en tensión. Identificamos dimensiones que surgen de las prácticas y de las narraciones a partir de reiteraciones temáticas, énfasis asignados, omisiones y expresiones que buscan dar cuenta de la verosimilitud de esas prácticas, exponiendo la matriz cultural que articula a modo de configuración subyacente esferas aparentemente distantes (Hall, 2017: 62).

No esperamos ser exhaustivos en cuanto a la inclusión de todas las dimensiones en juego. Tampoco proponemos considerar los aspectos analizados a continuación como un encuadre que necesariamente incluya en su alcance a la totalidad de las expresiones en terapias alternativas, en tanto el alcance de nuestra tarea de campo refiere a la terapia floral. La variedad de prácticas que se incluyen en la denominación de alternativas, su origen diverso y la diferencia de objetivo terapéutico¹¹⁵, impediría tal generalización. Si bien encontraremos pistas que conectan con el análisis del marco interpretativo de las terapias alternativas (Carozzi, 2000), preferimos mantener cautela respecto de la transferibilidad directa de tales hallazgos a otras terapias.

Desde la creencia construida en las prácticas por la terapia floral, los sujetos se sitúan en un modo de comprender la realidad, aún con matices y diferentes grados de adhesión, respecto de la salud, la enfermedad, la vida y el devenir social/ambiental circulante. Configuran la posibilidad de *vivir de otra manera*. Los valores y principios configuradores de la cosmovisión en las terapias alternativas se asocian, de modo tal que debemos tomarlos de manera integrada. Tensar de una de las puntas de sentido, lleva a la conexión con las demás significaciones en juego.

Las ideologías no operan a través de ideas únicas, aisladas; operan en cadenas discursivas, en racimos, en campos semánticos, en formaciones discursivas. Cuando uno entra en un campo ideológico y escoge cualquier representación o idea nodal, inmediatamente libera una cadena completa de asociaciones connotativas. Las representaciones ideológicas se connotan -se convocan-

¹¹⁵ Como las particularidades de las terapias alternativas que se centran en el tratamiento de lo corporal, por ejemplo, shiatsu (Pitluk, 2006, 2008), yoga (Saizar, 2008a, 2009; D'Angelo, 2012) o reflexología (Bordes, 2012).

entre sí. De modo que, en toda formación social, están disponibles diferentes sistemas ideológicos o diferentes lógicas. La noción de la ideología dominante y la ideología subordinada es una manera inadecuada de representar la compleja interrelación entre las diferentes formaciones y diferentes discursos ideológicos que se da en cualquier sociedad desarrollada moderna (Hall, [1983] 2017: 183).

Las *asociaciones connotativas* son ineludibles, aun cuando los sujetos se sitúen de modo diferencial en cuanto a la adhesión a ellas, en una dinámica de acercamientos y distancias configurados a partir de los itinerarios terapéuticos. Así, el mundo de significación de las terapias alternativas, y dentro de ellas la floral, no es una formación homogénea ni parece exigir necesariamente adhesión plena (6.1.). Las tensiones en prácticas y sentidos recorren el espacio a partir de trayectos terapéuticos zigzagueantes, múltiples y ambivalentes.

Presentamos las dimensiones de mayor significación que expresan las condiciones -materiales y culturales- del momento histórico en nuestra sociedad, en un territorio particular por los imaginarios circulantes en la Patagonia (Livon-Grosman, 2003) como, muy especialmente, por su consideración en términos de lo local, de una periferia dentro de la periferia. Las dimensiones, se distinguen analíticamente y para su exposición, se solapan y se encuentran imbricadas en su expresión. El imperativo de la felicidad constante, la valoración de la individualidad, de la autonomía personal a partir de la interioridad perfecta, la caracterización de un afuera del que protegerse, el no lugar de lo colectivo, el orden del fluir como principio organizador de la experiencia, la invitación a vivir en el presente perpetuo, la recuperación de la naturaleza, en confrontación con la técnica, resultan elementos centrales de la estructuración de la experiencia. Elementos a partir de los cuáles se resignifica el modo de concebir la salud y atender la enfermedad, alcanzando otras esferas de la vida cotidiana, exponiendo un continuo de tensiones, entre las formaciones e instituciones, en los mismos sujetos y grupos sociales, como en su expresión en el territorio.

6.2.1. “Se trata de uno, siempre se trata de uno mismo”. El imperativo de la apropiación individual en la búsqueda de la salud

Una de las regularidades encontradas remite a la apropiación individual, personal, íntima, de la construcción de la salud. El necesario encuentro con *uno mismo* es clave fundante de la perspectiva terapéutica. La autoexploración personal es condición y fuente para recuperar la salud. La búsqueda personal se carga positivamente y es el paso necesario e inevitable para la

transformación. La clave resignifica las ideas respecto de la salud y la enfermedad aprendida en la socialización inicial en el modelo médico, y tiñe fuertemente la vida cotidiana. En el desajuste entre modos de concebir y atender la salud y la enfermedad, con mayor o menor insatisfacción para con la biomedicina y desde usos pragmáticos o adhesiones de mayor afinidad cultural con la cosmovisión de las terapias alternativas, la responsabilidad individual es factor determinante.

La consecución de la salud, del estado de bienestar, la elaboración de respuestas satisfactorias, o al menos compensatorias, para los estados de malestar y enfermedad, se presenta para estos grupos como un proceso fundamentalmente individual. En el itinerario de búsquedas personales, en la comprensión de las causas del enfermar, siempre referidas a la respuesta interior y propia, se conforma uno de los ejes del marco de sentidos que, como analiza Carozzi (2000), constituye a las terapias alternativas.

Recuperamos la dimensión de apropiación individual en la búsqueda de salud, como un aspecto que requiere ser tensionado en el análisis. Puede leerse como funcional a sentidos culturales del capitalismo contemporáneo, como una dimensión de la estructura de la experiencia que permea el momento histórico para determinados grupos sociales, asociado a las clases medias y altas de sectores urbanos. Ahora bien, ¿para todos y todo el tiempo es así? ¿qué encuentran los sujetos? ¿qué tensiones de producen? ¿de qué modo se reconfiguran subjetividades y espacios de sociabilidad de modo diferencial? Desde estas inquietudes, podemos leer las ambivalencias y ambigüedades generadas. La interpenetración de las prácticas, en la dinámica de tensiones culturales entre lo hegemónico y formaciones emergentes/residuales, muestra que asumir la apuesta por la individualidad expone dudas, contradicciones y variaciones de riqueza analítica para la comprensión del fenómeno.

La referencia al locus interno de la autoridad individual, marca de un signo epocal, como la define Heelas (2008), es uno de los indicadores de la presencia significativa de la dimensión en análisis. El empoderamiento personal se percibe como un logro y a la vez una condición para transformarse en y desde el mundo de lo alternativo. Usuarios y terapeutas destacan el valor de hacerse cargo de uno mismo, condición ineludible para sanar. El sentido de la vida, no solo de la superación del padecimiento, se transforma desde esta clave: la apropiación personal.

Creo que un momento fue clave que es como el compromiso con uno mismo. Yo lo pude identificar ese instante donde dije a todo el entorno "soy yo". Y ese fue el punto de partida; el principio de poder salir, de confiar en uno mismo (UJ3)

Conectarse con lo que uno es, conocerse y ser completamente honesto con uno mismo...por ahí pasa la cosa.... (U19)

Te apropias de vos mismo, hasta me parece comprometido el acto (U2)

La enfermedad fue la excusa para darme cuenta que primero estaba yo (UJ4)

Lo que me pasaba me sigue pasando, pero se cómo mediar esa enfermedad que uno trae... lo clave es el compromiso con uno mismo (U12)

La intensa experiencia del enfermar, del sufrir, es reinterpretada. *La enfermedad fue la excusa para darme cuenta que primero estaba yo.* De la lectura biomédica en busca del agente externo y de una rápida superación a partir del uso de medicamentos, invierten sentidos en la terapia floral para apropiarse de un proceso de comprensión del sí mismo, de búsqueda interior, de la transformación personal a partir de la gestión de sus emociones. La apropiación del proceso de salud, es una toma de posición en la biografía personal, aplicada a distintos aspectos en la vida cotidiana. *Te apropias de vos mismo, hasta me parece comprometido el acto.* El compromiso aludido los configura así, como responsables de sus procesos de cuidado, desde una perspectiva de responsabilización egocentrada, que a su vez desvanece las condiciones que preceden y exceden lo personal situacional. Desde aquí componen una nueva narrativa de autosuperación, que los redefine como únicos responsables de aquello que ocurre con sus vidas.

El eje de la comprensión diagnóstica como de la superación del malestar en la terapia floral, se asienta en la individualidad. Constante que recorre las narraciones y no admite negociación. Los sujetos recuperan como aprendizaje central de su paso por la terapia, la apropiación de una relectura de sí mismos. Re lectura que impone la clave personal como fuente y respuesta, tanto de la salud como de la enfermedad, articulada a la caracterización de la autonomía deseable, fundada en el interior perfecto, siendo el objeto del trabajo terapéutico, descubrirlo.

En la medicina tradicional, vos vas al médico y la enfermedad es como un paquete. Vos se lo llevás y querés que lo reciba, lo abra y te diga cómo va a funcionar el paquete. Y él te lo va devolviendo de a poco; en la medicación, en el tratamiento, etc. Acá, vos traés el paquete y yo te digo dame la llave del paquete, como si vendría en un baúl. Yo voy a abrir tu baúl, pero te voy a enseñar cómo usar todo lo que está adentro. Y te lo cargás de nuevo cuando te vas Y Bach lo dice clarito en su libro. Dice: “ud ha entrado en el mundo de las flores; para curarse tiene que asumir la responsabilidad de su ser y de su deber ser” (T4)

La interioridad de lo humano se presenta completa, perfecta, armónica y plena de sabiduría. Si el bienestar y la plenitud en salud se encuentran dentro nuestro, la intención terapéutica es aprender

a escuchar ese interior. Por oposición, el afuera, los vínculos, las condiciones concretas de vida, son imperfectas, desequilibran y debe tomarse distancia emocional de ellas. Los terapeutas guían a descubrir lo que el sujeto ya posee, solo que sin conocerlo. El trabajo terapéutico y las flores, son solo un medio para comprender, y poner en acto, la potencia interior para sanar. Todo es descubrimiento de algo propio y hasta ese momento desconocido.

Esa es la lógica que nosotros, los terapeutas florales queremos romper, porque si respondemos siempre a los síntomas, la persona va a repetir los síntomas, los fracasos, la experiencia, el error, porque nunca va a poder dar el paso de reconocer qué cosa tiene que trabajar dentro de su yo interior para dar un paso en su evolución (T2)

Pero dentro de ese alivio, el poder demostrarle que tiene esas herramientas y que depende también de ella que se sane (T3)

Y es el propio usuario el que va generando su propia sanación; que está dentro de cada ser y es decisión de cada uno resolverla. Y todo es aviso. Y la cuestión es ir soltándose con la mayor naturalidad de ir dándose cuenta, y darme cuenta de la conciencia. Yo lo que hago desde el inicio es aprender a escucharme y a observarme porque todo mi cuerpo habla: mi forma de andar, de vestirme, de estar sentada, de caminar. Todo eso me expresa a mí, y todo eso manifiesta, reafirma lo que me va a suceder. ¿Y qué voy ganando con esto? Seguir viva, para vivir feliz, que para eso estamos. Tenemos que ser felices siempre (T8)

El imperativo epocal del bienestar, del buen ánimo constante, se presenta contundente. *Tenemos que ser felices siempre*. La felicidad es definida por la terapeuta como la toma de conciencia sobre sí mismo. Independientemente de las situaciones de vida, debemos ser felices en toda ocasión. El eco adaptativo es sugerente.

Hay un subconsciente que decide o no por la enfermedad, sombra con la que peleás todos los días... El estado de conciencia plena – contemplación de tu propio ser, que no es pasiva, es activa, creativa, de evolución. Es un estado de instrucción para con vos que debe llegar (U1)

Se te prende una luz.... Es una toma de conciencia y ser consciente de lo que uno siente inconscientemente (U3)

Conectarse con uno mismo siempre que estemos atentos y presentes...la conciencia se despierta (U13)

Mandato a conformar desde la auto exploración personal, desde la autonomía individual, para despertar la conciencia, de modo de resignificar la trama contextual, tomando distancia de ella. Apropiarse de uno mismo lleva a tomar distancia de la posible comprensión -y por ende potencial

transformación – de esa trama. El modo para lograr la felicidad se asienta en el desapego, en proteger y distanciar el yo interior de los vínculos y situaciones cotidianas productoras de desequilibrios.

El cambio pasa por dejar de culpar al mundo y darte cuenta que hay que mirarse uno mismo siempre (U7)

La individuación en salud, en términos de un protagonismo en instancias otrora mediadas Petracci (2017), promueve la fragmentación de lo colectivo y la desconsideración del peso de las condiciones de existencia en las biografías personales. Se abre la ilusión a un mundo modelado desde el interior personal. El *poder de autocuración*, es el fundamento de la individuación, sostenido en la idea de perfección de la interioridad personal. La pretendida perfección íntima del sujeto, quien, a partir de ampliar su conciencia, puede dejar de sufrir. Lugar desde el que es inevitable la estima por el desapego, por la distancia que el sujeto pueda sostener sobre las circunstancias de su vida, sobre la trama vincular y colectiva que ocurre en su rededor.

En las entrevistas, como en los espacios compartidos de ferias y jornadas, las referencias a lo colectivo, son escasas y lejos de identificar preocupaciones por las desigualdades sociales y de acceso a la salud y la enfermedad. El medio o ambiente aparece difuso como una abstracción que enuncia fundamentalmente a la naturaleza como contexto o bien a las relaciones vinculares cercanas, especialmente la familia y el ámbito laboral. Se describe el cambio como cuestión íntima y desde esa transformación de conciencia personal, podrían producirse las transformaciones de lo social, para quienes lo mencionaron.

Se trata de uno, siempre se trata de uno mismo, solo desde el cambio personal se puede mejorar el mundo en que vivimos (U1)

Así, aquello que “rodea” la individualidad pasa a ser un contexto sobre el que la intervención consiste en tomar distancia interior. De ese modo, se trata de procesar internamente las condiciones y relaciones que configuran la existencia, para que no nos afecten, no nos hagan daño, no alteren nuestro estado de equilibrio. Perspectiva que, por una parte, parece apropiada para arropar posiciones adaptativas y por otra, proporciona alivio en el sufrimiento, en esta dimensión, desde la percepción del empoderamiento personal. Este es el tipo de tensiones que identificamos recorriendo las prácticas y la estructuración de la experiencia en el mundo de lo alternativo. La vivencia y los sentidos construidos procesan elementos que resultan o pueden resultar según el nivel desde el que se los analice, ambivalentes y ambiguos.

La individualidad, la autonomía personal, el interior perfecto y equilibrado, devienen ejes de una trinchera de autoexploración. La presencia e influencia de otros en los relatos, es re significada en el tratamiento terapéutico, y en general en la inmersión en el espacio alternativo, para entender a los otros como un *afuera* que no debe afectar aquello que nos pasa, que depende exclusivamente, de uno mismo. Los vínculos de proximidad, las interacciones familiares, el ámbito laboral, son secundarizados explícitamente. Todo depende de uno mismo.

Porque en el fondo lo que uno busca es que la gente se empodere de su vida, deje de padecerla o de pensar que los demás le están direccionando la vida y todos le están marcando la agenda. Porque hay gente que siente que las cosas le pasan de afuera y es importante es que sepan que uno es el artífice de su vida y de lo que le pasa. El actor principal es uno, entonces los actores secundarios no te pueden determinar lo que vos vas a ser, porque son secundarios (T2)

Las esencias florales te permiten reconstituir o reequilibrar ese campo electromagnético, volver a conectarte con vos mismo, obviamente que uno se tiene que dar cuenta rápido de que uno no está igual. Y empezar a caerse los velos, a descubrir cosas de uno y de cómo se maneja en la vida. Lo importante es que nos empecemos a sacar estructuras, a dejar de justificarnos, de buscar las excusas afuera (T10)

No son las cosas que te pasan si no como te las tomás (U9)

También el tema de las emociones es muy importante, como que todo lo que es tóxico debe quedar afuera. Y cuesta un montón. Pero, aunque duela, hay que aprender a decir que no y alejarse de las cosas...y de la gente que no te hacen bien (U13)

Si *no son las cosas que te pasan, si no como te las tomás*, la trama contextual resulta inmodificable y la tarea consiste en tomar distancia emocional de ella. La resignificación del modo de ver el mundo, a partir de la ampliación de la conciencia, íntima y privada, aleja al sujeto de otras interpretaciones posibles de lo socio-cultural. La dolencia es producto de una interpretación personal del contexto. Deben dejar de buscarse *las excusas afuera*. Así, procuran desentenderse de la trama micro y macro social en que se constituyen sus experiencias, al promover el desapego de todo aquello que genera sufrimiento. La búsqueda íntima y personal, consiste en tomar distancia de ello. La posibilidad de la salud y el bienestar se sostiene en decisiones y actitudes individuales, sin reflexión respecto de los condicionamientos sociales y culturales presentes.

En ocasiones, y especialmente desde quienes asumen mayor afinidad con las terapias alternativas (6.1.2.), advierten las tensiones producidas con los vínculos cercanos, que no comprenden o cuestionan las transformaciones individuales en marcha. La expresión de la

búsqueda individual configura una narrativa de auto superación que establece distancias con quienes no comparten la visión o, quienes no consiguen alcanzar la iluminación sobre sí mismos.

Lo de no forzar a nadie y adaptarse o ser flexible me pasa por ejemplo con la comida. Si, ni tratar de imponer ni dejarte llevar ni enojarse ni enojar a los demás. Las emociones también son alimento, por ahí comemos un tomatito saludable enojados y es un bombaaa!! jajaja, vegetarianos mal humorados jajaja, capaz alguien come grasas, carne y chatarra, pero está en paz y es feliz en su momento presente y lo recibe con salud para su cuerpo. El tema es el camino que cada uno elige, y respetarlo y respetarse, nada más pasitos...auto observación y espejitos. La gente que nos rodea está para que evolucionemos, para trabajar la paciencia, la tolerancia, el respeto. Nadie puede hacerte infeliz sin tu consentimiento (U7)

El consentimiento aludido por la usuaria, condensa el lugar de la individuación desde la perspectiva cosmovisional. *Nadie puede hacerte infeliz sin tu consentimiento*, remite a la autonomía del sujeto, basada en la exploración interior personal, *auto observación y espejitos*, desde la cual se reinterpreta y se actúa lo vincular. La gente que nos rodea está para que evolucionemos. El trabajo con el otro es mostrarse paciente, tolerante y respetarlo. Se los comprende desde una conciencia que ha evolucionado y espera que los demás lo hagan, cuando les llegue el momento. *Es un estado de conciencia con vos que debe llegar (U1)*. La trama contextual y relacional es motivo de aprendizaje personal, leída, por tanto, en clave de individualización.

Si la búsqueda de la salud como ideal regulatorio asociado al bienestar es una cuestión de resolución puramente individual, lo social, lo político y con ello las condiciones de existencia, parecen desvanecerse en las narrativas y sentidos contruidos. La auto responsabilización en el proceso de enfermar y sanar, opaca, si no oculta, los condicionantes socio-culturales de ese proceso. El horizonte de transformación social, quizás presente en los inicios del crecimiento de las terapias alternativas, asociado a la contracultura de los años '60 (Carozzi, 2000), no encuentra referencias actualmente, en tanto las alusiones a lo social son escasamente referidas, e interpretadas como un espacio abstracto de adición de individualidades. Así, lo político, lo social, para modificarse positivamente, depende del despertar individual de cada vez más conciencias, lo que además no se puede forzar, sosteniendo la posible respuesta a problemas colectivos, en la ampliación de las conciencias individuales.

El único cambio posible está en uno (U19)

La locura es querer cambiar al mundo sin cambiar uno (UJ6)

Encontramos dos usuarios que realizan prácticas políticas y procuramos indagar en la tensión entre la individuación y el cambio personal, con la perspectiva de la transformación de lo colectivo que, a priori, podemos suponer en quienes desarrollan actividad política. ¿Cómo se integran esas perspectivas? ¿Cómo se presentan las tensiones, si es que se registran?

Para mí es parecido. En la militancia tratás de convencer a otros de tu modo de ver el mundo, de sumar a la transformación. Y desde acá es algo así. En definitiva, se busca lo mismo...un mundo más justo (U4)

Las cosas tienen que cambiar. Desde uno y desde la sociedad (U18)

Las creencias yuxtapuestas parecen solapar las posibles tensiones en las prácticas. *Para mí es parecido...en definitiva se busca lo mismo.* El cambio de *la sociedad*, la búsqueda de *un mundo más justo*, encuentra ecos en la experiencia por la terapia floral. De igual modo, los casos con militancia política fueron solo dos en toda la muestra. Sin dudas insuficiente para sostener otros análisis, aun cuando pueden resultar evidencia de la interpenetración de las prácticas como de su ambivalencia y ambigüedad, como posible tensión entre estructuras del sentir. Ni las formaciones en sí mismas, ni los sujetos que asumen significados y valores de la terapia floral, devienen necesariamente sujetos y grupos adaptados y funcionales a los modos de organización de las formas económicas dominantes. Desde esa perspectiva, se aplanan la experiencia, dinámica y ambigua, que se mueve en ocasiones combinando lógicas de acción que pueden resultar en apariencia contradictorias.

Como propone D'Angelo, la resolución individual del sufrimiento parece llevar a la obturación de la "capacidad socialmente significativa" (2012: s/d) del padecimiento para dar cuenta de la insatisfacción y el agobio de los sujetos en relación a sus condiciones de vida. En este punto, aunque desde distintos fundamentos, se advierte la afinidad de la construcción sobre el enfermar entre los dominios terapéuticos. Desde el modelo médico como desde la terapia floral, la dolencia es opacada en su posible interpretación como producto, al menos parcial, de las condiciones sociales y materiales de existencia. La trama social, ambiental, laboral, es reconocida de manera secundaria. Naturalizada en su inmodificabilidad. La gestión de la propia biografía, recae sobre el sujeto.

La individuación y el desapego respecto de la trama contextual, asocian una cadena de sentidos, convocando todo un campo semántico complejo (Hall, 2017) en la cosmovisión propuesta por la terapia floral. Así, a la apropiación individual en el trabajo terapéutico, se articulan la idea de

autonomía personal, el desapego y distancia de lo colectivo, la interpretación de la contingencia a partir del orden del fluir - en la inevitabilidad de los sucesos -, y la búsqueda de situarse en el presente perpetuo, como elementos de la creencia que sostienen la posibilidad de la felicidad y el bienestar, o al menos el alivio del sufrir. Rasgos de la estructura del sentir que se materializan en las prácticas analizadas.

6.2.2. “Lo que me está pasando es porque lo tengo que pasar”. El orden del fluir como principio organizador de la experiencia

Si la enfermedad ocurre para permitir el aprendizaje (4.2.1.) e iniciar el camino de transformación personal, las situaciones de desajuste y ruptura biográfica se resignifican como oportunidades del despertar de la conciencia, a partir de un principio ordenador de las circunstancias. El universo, un orden del fluir ajeno a la intervención humana. Así, aquello que ocurre, aún en la enfermedad, el dolor, la angustia, sucede no para ser repelido, rechazado, cuestionado, si no para ser recibido, aceptado, comprendido -y hasta agradecido- como ocasión que posibilita la superación desde la búsqueda interior. La trama contextual es despojada de los procesos histórico sociales y materiales concretos, para ser comprendida desde su inevitabilidad.

Proyectamos en las circunstancias ambientales, en los padres que nos tocaron, en la realidad que me tocó. Nunca nos damos cuenta que lo que me está pasando es porque lo tengo que pasar y porque soy consciente (TJ1)

El universo te lleva (U22)

Coincidieron hechos que tienen que ver con el universo (U1)

El miedo es síntoma de que estás equivocado. Pero si me equivoco, dejo que el universo acomode las consecuencias Mi situación es esta; la paso bien, tengo tiempo para estar con los nenes, y antes no lo podía hacer. Tenía una vida súper ajetreada. Y ahora estoy bien, quiere decir que lo necesitaba. Y siempre los cambios se dan en su momento y te va a llegar por algún lado; por un libro, un amigo, por un curso, por lo que sea. El universo siempre te va a llevar al mejor lugar (U3)

En la interpretación desde el principio ordenador del fluir discurre la inevitabilidad de todo cuanto sucede. Si *las cosas ocurren por algo (U3)*, todo es ajeno a la posibilidad de intervención para transformarlo y la mejor adaptación posible es el desapego. El universo dispone y en esa apelación desaparecen causas y procesos del momento histórico y cultural. Las circunstancias concretas de la existencia son despojadas de peso sobre la experiencia. La experiencia se

reorganiza, a partir de una narrativa que modifica la significación de esas circunstancias, siendo el sujeto el responsable del impacto posible de las situaciones sobre sí mismo. Aquello que ocurre debe ocurrir. La mejor respuesta es entregarse a esa inevitabilidad y aprovecharla como oportunidad de aprendizaje. El registro adaptativo es evidente, al mismo tiempo que se ofrece como alivio: si nada puedo hacer, la posible preocupación por el *afuera* muta a su resignificación desde la transformación personal para aceptarlo.

Que el universo se encargue y resuelva las consecuencias [la venta de un comercio que según ella vendió mal]. El universo acomoda si uno pide y se entrega (U3)

Hay que entregarse a lo que te pasa (U19)

Pagué un precio que quizás tenía que pagarlo.... Por algo pasó lo que pasó.... Y ahora estoy feliz (U1)

El usuario se refiere a un accidente quirúrgico en un estudio de control, inesperado y de baja probabilidad de ocurrencia. El sufrimiento y las dificultades posteriores relevantes, que le impidieron continuar normalmente su vida al pasar más de un año con una colostomía¹¹⁶ (5.2.1.) es reconocido como oportunidad de aprendizaje. La experiencia que trastocó su vida cotidiana es caracterizada por su inevitabilidad. El profundo desajuste biográfico es interpretado positivamente, en tanto permite la superación y, a partir de ello, la felicidad. El momento liminal de la enfermedad, lleva a la reorganización de la propia biografía. Los sentidos construidos en el itinerario terapéutico por la terapia floral, habilitan la recomposición de lo biográfico, postulando el sufrimiento, en este caso generado por otros, en oportunidad para el autoconocimiento y con ello, la posibilidad de una nueva vida, de mayor plenitud. Así, las narrativas de autosuperación resultan una constante que atraviesa este espacio de sociabilidad, configurando un locus de creencia significativo, que modifica la interpretación de las contingencias, pasadas y presentes.

Un aspecto reiterado remite a la insistencia en el valor positivo de mantenerse en el presente constante. Reflexionar sobre el sentido que los sujetos entrevistados dan al tiempo, a las disposiciones de la organización temporal de la experiencia, permite comprender algunas disputas de sentido, en las que se conectan límites y presiones de lo hegemónico como de otras significaciones en tensión. El pasado es reinterpretado a partir de las narrativas de autosuperación, que incluyen como aspecto central la concentración en el presente.

¹¹⁶ Colostomía: unión del colon a la pared del abdomen, en la que el tránsito intestinal es derivado hacia el exterior y las materias fecales llegan a una prótesis específica.

Entonces, yo hoy estoy tratando de aprender a silenciar, a vivir el presente. Silenciar la cabeza; no suponer, no enjuiciar, nada. Lo que yo te critico a vos es mi espejo, lo que yo me veo en mí. Y yo estoy hace dos años en este cambio y es largo el proceso (UJ3)

El momento en que estamos, que es lo único que existe (T3), constituye el aquí y ahora como elemento central en el proceso de transformación personal. Rasgo común en el mundo de lo alternativo que regula la sensibilidad contemporánea. Podemos leerlo como operación ideológica que desgaja el presente del pasado que lo constituyó como tal. La historia colectiva es evolución en el orden del fluir y el pasado personal es motivo de resignificación para comprender aquello que, de manera inevitable, estuvo ahí para darnos la oportunidad de tomar conciencia.

La gestión personal de las emociones se funda en la interpretación del fluir de las situaciones y circunstancias, en clave de lectura desde el presente. El pasado *nos pesa* (T7). Se lo recupera para comprender aquello que condiciona el presente de modo de superarlo, de *soltar*, por ejemplo, para *no repetir los mandatos familiares* (U17). Entonces, la condición necesaria para sanar es despojarse de aquello que nos constituye en términos de biografía, a partir de una reinterpretación que omite las circunstancias, los vínculos involucrados en su trama historizada, para volver permanentemente al presente. Un presente perpetuo.

Pero no quiero juzgar en esto porque es parte de mi pasado y yo busco más en ese pasado cuestiones que tengan más que ver con lo que me ofrece hoy el presente para decidir sobre el futuro (U1)

Si pasó, ya está, pasó, por algo fue, no sirve quedarse ahí ni ponerse ansiosos con lo que viene. Estar en el presente es ser feliz (T8)

Los sentidos construidos parecen clausurar la significación del pasado. Estar en el presente, como único momento de la experiencia, contiene la posibilidad de *ser feliz*. El orden del fluir, la dinámica del universo, se impone como fundamento del acontecer, y promueve la aceptación de situaciones y circunstancias, las que funcionan como información para construir aprendizajes. Así, en la configuración de nuevas significaciones sobre el padecimiento, sobre el trabajo necesario para superar la dolencia y lograr el bienestar, se reinterpreta el pasado propio. En ese proceso, el locus de la creencia configurado en las terapias alternativas y consistente con sentidos sociales circulantes, se integra con ductilidad a diversas esferas, destacándose la articulación con el desempeño económico. El empoderamiento de la propia biografía encuentra en la gestión de la economía, otro rasgo relevante de la estructuración de la experiencia.

6.2.3. La transferencia de sentidos a la gestión de la economía personal

Características asociadas a la gestión de las emociones en la terapia floral, son recuperadas como expectativas de superación aplicables al desenvolvimiento de las economías personales. El traslado de los sentidos construidos en las experiencias por terapia floral, se traslapa a lo económico/laboral con total fluidez. La exacerbación de la individualidad y la autonomía, las narrativas de autosuperación personal, la impronta ineludible del estar bien en las condiciones contextuales de que se trate, articula con las formas que se pretende imponer en el mundo laboral autogestivo en las últimas décadas (Carrette y King, 2005; Viotti y Vargas, 2013). Así, las prácticas en buscas de salud y bienestar se articulan con las prácticas económicas.

La transferencia de sentidos opera en dos aspectos asociados: la incorporación dentro del espacio de las terapias alternativas y de las experiencias personales, de actividades de formación aplicadas a la gestión económica, como el coaching y la programación neurolingüística (PNL), y la valoración positiva del emprendedurismo, fomentado desde los terapeutas y recuperado desde las experiencias de los usuarios. La autonomía personal, la apropiación biográfica, la vivencia del presente, el orden del fluir, se integra a la búsqueda de obtener ingresos haciendo aquello que les gusta, conformando narrativas de superación personal, también en lo económico.

En las ferias y jornadas, observamos, junto a las terapias alternativas, como la terapia floral, el reiki, la reflexología, la homeopatía, la acupuntura, entre otras, y actividades habitualmente asociadas, como el yoga, talleres y conferencias de enfoques dirigidos a la gestión de la economía personal, como el coaching¹¹⁷, la PNL (programación neuro lingüística) y la planificación financiera personal. Las conexiones se presentaron también en las entrevistas, configurando los enlaces de sentido.

Desde los usuarios, enfatizan la realización y/o la proyección de emprendimientos que los conecten con aquello que desean hacer, que les produce placer y que les genera ingresos haciendo lo que les gusta. Desde los terapeutas, tanto respecto de sí mismos como tales, como refiriéndose a sus consultantes, el énfasis se profundiza. Su tarea resulta placentera y les permite obtener ingresos. La articulación entre el trabajo y el disfrute, atraviesa los relatos. El imperativo del bienestar, de resolución individualidad y autónoma, se imbrica a la perfección con este precepto.

¹¹⁷ El coaching expone un enfoque de base conductista, orientado a la gestión de las acciones necesarias para lograr objetivos, en general dirigido a grupos empresarios y emprendedores.

Del que probablemente la forma del emprendedurismo, resulte su expresión paradigmática y que expresa la circulación de sentidos que se traslapan en diversos dominios de la vida cotidiana.

Como vimos con la usuaria que realizó la diplomatura en neuromanagement a partir de la lectura casual de libros de Osho, y recomienda textos de Bilinkis (U2) (5.3.2), otra usuaria nos dice que se forma en PNL, *me gusta más que el coaching porque es más científico* (U4), otro usuario explora el modo eficaz de *gestionar* mejor sus finanzas (U14), evidenciando la incorporación de estos enfoques en sus trayectos. La gestión de la economía personal se articula a los sentidos construidos en el trayecto por lo alternativo. La búsqueda de la salud lleva a la gramática común, fundante de la creencia en las terapias alternativas, que parece integrarse con fluidez a los principios de la gestión económica individual y pretendidamente autogestiva, asignando valor positivo al emprendedurismo personal.

Se puede observar con nitidez en las reflexiones de los terapeutas, quienes vinculan la satisfacción por brindar el servicio de cuidado, promoviendo idéntico horizonte de auto superación en sus usuarios. Entienden hacer una tarea que les *gusta*, se trata de una actividad que disfrutan y por la que reciben agradecimiento, y a su vez redunda en beneficios significativos para sus consultantes, no solo en la atención del padecimiento, motivo inicial de la consulta. La apropiación personal de los trayectos, la búsqueda de autonomía, la auto responsabilización en la salud, se traslapa al éxito en la esfera económica.

Yo tuve a mis vecinas como voluntarias, que las hice a todas microempendedoras. Porque con las gotas [esencias florales] descubrieron que tenían otros valores: una hace costura, la otra hace viandas, otra hace pan casero, otra un curso de tejido. O sea, todas son microempendedoras a su modo. Y hoy tienen una fuente de ingreso que no es solamente trabajar en la casa; medio día se dedican a trabajar de lo que le gusta. Como yo que, medio día, tres veces por semana, dos me dedico a estudiar los casos que traté y el otro atiendo (T4)

Una persona tenía psoriasis y consulta porque le habían dicho que las flores hacían re bien a la psoriasis. No, -le digo-, la verdad que la psoriasis es un síntoma. Le tenés que explicar y ver qué le pasa y en función de eso se ve. Entonces, esa persona ejercía como arquitecto durante muchos años. Y un día le pregunto qué quería ser cuando era chico, qué fantaseaba. Y hasta le cambió el tono de voz. Me dijo “yo quería tener una carpintería”; parecía otro cuando me hablaba de la carpintería. Y me decía: “yo me imagino poniendo la pava, teniendo el anafe, y con mi gato en la carpintería”. Él lo vivía en otro mundo; se llama Clematis esa flor. Y lo dejé hablar y no le di nada ese día y le dije que viniera al otro día a buscar los remedios. Entonces, lo empezó a tomar y a la semana lo llamo y tuvimos otra conversación con el remedio adentro, que había empezado a vibrar distinto, y hablamos de Clematis. Todo aquello que sueño que

algún día me va a pasar y me va a hacer tan feliz sólo habita en el plano mental y este remedio hace que lo accione. La cosa es que hoy tiene una carpintería y no tiene más psoriasis (T6)

Del mismo modo, poco más de la mitad de los usuarios entrevistados, informan de emprendimientos en construcción o recién iniciados, que les permitan en un futuro no depender de sus actuales empleos o actividades económicas.

Además, ahora tengo muchas cosas por decidir. Tengo cambios muy fuertes con mi decisión profesional. Estoy más pensando en la cocina, en ofrecer un servicio remunerado, pero más pensado como servicio (U1)

Las referencias se reiteran. Una usuaria implementó un servicio de viandas diarias de cocina vegetariana (U3), otra comenzó recientemente un curso de terapeuta floral, *por placer y de paso tener un oficio extra* (U6), otra un instructorado de yoga (U7), otro, formación en reiki (U22) y así, se repiten las situaciones. Actividades y sentidos aprendidas en las experiencias por las terapias alternativas se anudan a la gestión de la economía en clave de apropiación personal. Tomar *posición de la biografía personal* (U1) aplica no solo a los trayectos para cuidar la salud y atender la enfermedad.

El individualismo económico, rasgo distintivo y afín a la reproducción del capitalismo contemporáneo, subyace estructurando prácticas diversas. Así, se expresa a modo de nuevos valores que, en la apariencia de resultar superadores de esquemas previos sostenidos desde instituciones centradas y rígidas, da paso a procesos que entronizan la gestión individual exitosa, ocultando las condiciones en que tales procesos se desenvuelven. El ideal de emprendedor *independiente*, autónomo, *sin jefes*, trabajando de lo que le *gusta* y generando sus propios ingresos, deviene un modo de asumir lo laboral en términos individuales y de auto superación investido de nuevos valores que se asocian a aspectos definidos como positivos socialmente (Landa, 2014). El emprendedurismo parece articular claramente con las narrativas de auto superación personal en estos grupos sociales. La interpelación a un sujeto-emprendedor, creativo, flexible, que busca hacer aquello que le dicte su deseo, es expuesto con satisfacción por los sujetos como se pudo advertir también en las lecturas que nos recomendaron (5.3.1.).

Como plantea Hall, el individualismo económico, es una clave de la hegemonía cultural que se expresa en diferentes prácticas y espacios, evidenciando la configuración de estructuraciones subyacentes de dominios aparentemente distintos, y que expone el peso de las formas económicas sobre la estructuración de diversas prácticas (2017: 62/63). Las prácticas en la terapia floral dan

cuenta de ello, en la valoración del emprendedurismo, que traslada el empoderamiento personal a otra esfera. Encontrarse a sí mismos, recomponer las narrativas biográficas a partir de los nuevos significados construidos en busca de la salud y el bienestar, se articula con la consecución de mejores ingresos. Claro que, como venimos postulando en todo el trabajo, proponemos comprender este proceso en términos de las tensiones que los caracterizan. Asumimos el lugar de funcionalidad para con las condiciones de reproducción del capitalismo actual, pero intentamos también recuperar la significación desde las experiencias de los sujetos, de modo de alcanzar una perspectiva que integre las prácticas con los sentidos circulantes socialmente.

6.2.4. “Volver a la naturaleza”. La inversión del riesgo: los peligros de la ciencia, la técnica y la industria

El significado potente de la naturaleza como “fuente de transformación positiva”, es registrado como rasgo del marco interpretativo en el mundo de lo alternativo (Carozzi, 2000: 127) y se presenta como otra de las regularidades de mayor significación en nuestra tarea. En términos de la búsqueda de reintegración de lo humano a la naturaleza, confronta con la separación instrumental entre la sociedad y la naturaleza operada desde la modernidad. La recuperación de lo definido como *natural*, es un punto fuerte en las prácticas y en su justificación. Un momento en que esto se presenta con contundencia es en la confrontación con los procesos de medicalización de la biomedicina, que asume el lugar de la artificialidad (3.2.3.). Caracterizan así a los preparados florales como naturales, derivando la consecuencia que, en tanto tal, no son acompañados de contraindicaciones ni efectos secundarios. Desde las prácticas y sentidos construidos por terapeutas y usuarios en terapia floral, la diferenciación entre lo natural y lo artificial se presenta muy nítida, sin ofrecer matices.

Yo creo que además de la energía de la flor que hoy por hoy se preserva de la misma manera que en la década del '30, uno de los legados y de los pedidos de Bach fue justamente que se preservara el sistema de la misma manera. O sea que no sea industrializado nada. Y además son todas flores silvestres; no hablamos de flores cultivadas, sino que tiene que ver con lo que brinda la naturaleza en su manera autóctona (T6)

Esto es algo totalmente natural (U4)

La naturaleza siempre me da regalos (U1)

Y esto de volver a la naturaleza tiene que ver con esto de volver a la alimentación sana, siento que soy parte de la naturaleza. Y creo que con esta alimentación también volvemos a ser parte de esa tierra, de eso que nos dio origen (UJ3)

Le agradezco a la naturaleza estar donde estoy (UJ4)

Y también hay una cosa que sucede que Bach lo vio claramente que es el regalo que la naturaleza nos hace; él lo vio con sus flores, lo vio en su jardín (T2)

Hoy mismo si hacemos una práctica frente a determinados momentos emocionales por los que pasamos; nos abrazamos a un árbol y estamos atentos al proceso de intercambio energético, nos sanamos. Pasa lo mismo con determinadas plantitas silvestres; si estás muy ansioso y te acercás a Chicory [achicoria] por ejemplo: algo te pasa (T1)

El roble es una flor de Bach y yo tengo 4 personas Oak [roble], de tipo oak y fuimos los tres debajo de los oaks, y les leí el cuento que Bach le escribe al oak que es maravilloso, y fue impresionante lo que pasó ahí debajo de los robles. Debajo de los mismísimos robles leímos el cuento de los robles y pudieron tomar conciencia activa, que es muy distinto de que si ellos no paraban, ni iba a parar el cuerpo, el roble en ese caso. Y estuvo re bueno (T6)

Y, por ejemplo, el sauce llorón, el Willow, vos dejás tu auto debajo del willow y cuando viene un paciente willow le digo que ahora cuando vaya al auto se va a encontrar con el parabrisas lleno de lagrimitas. Y Willow es para los pacientes que lloran en silencio, es para la amargura. Entonces vos le vas mostrando cómo se comporta la planta, desde qué lugar y le decís: “así estás vos” O sea, fijate acá un tipo que pescó la conducta de la planta y el estado mental, es impresionante (T6)

Se identifican elementos de la naturaleza como sanadores. El árbol es agente de transformación, así como los preparados florales, identificados muchas veces como *las flores*, desconociendo en ellos la necesaria presencia de lo humano. La interioridad sacralizada, producto del interior perfecto, a social, a histórico y pura expresión de sabiduría, se alinea al fluir del universo y al respecto de la naturaleza. En la resignificación del malestar, de la enfermedad, lo holístico ocupa un lugar clave alcanzando a la integración del sujeto en la naturaleza y en una referencia abstracta y totalizadora: el universo.

La sintonía que Bach tiene con la naturaleza es hindú; no existe otra cuestión. Si eso se hubiera tratado de otra manera tanto con los incas, como los mayas y los aztecas, hubiera sido muy distinta la visión que hoy tendríamos del mundo. Estaríamos recuperando cosas que no haría falta porque eran principios de funcionamiento. Si uno se pone a analizar, tanto en la India como en toda la parte andina, es la misma filosofía; es la misma conexión con la naturaleza, el respeto a la muerte ... (T3)

Esto se conecta con otras humanidades que tenían una comunicación más directa con el medio y no necesitaban tomarla en gotas (T1)

Son lenguas sagradas como el quichua, el hebreo y el chino mandarín (T5)

Y agradecer el día a día; a la naturaleza, aprendí muchas cosas. Estuve en países budistas, musulmanes, soy de raíz católica. Pero hoy le agradezco a la naturaleza estar donde estoy (TJ2)

Como vemos en los relatos, la conexión universal se propone como a-temporal, identificando articulaciones de sentido que enlaza a la terapia floral con culturas antiguas o ancestrales. Se recuperan prácticas que, como plantea De la Torre (2006), son resignificadas al orden cultural epocal. Regresar a lo natural, se integra a un orden universal del que se rescatan expresiones culturales antiguas que, justamente, construyen (construían) vínculos directos con la naturaleza, sin mediaciones tecnológicas o industrializadas. Las referencias muestran el locus cultural compartido de la creencia en el mundo de lo alternativo, como el peso del rasgo estructurador de la experiencia en la valoración de lo natural.

La región norpatagónica en que realizamos nuestro trabajo se presenta como un contexto con características propias en este tema. Fuertes referencias a imaginarios acerca de la naturaleza, grandes distancias a los centros urbanos más poblados del país, baja densidad poblacional, y presencia relevante de pueblos originarios. Esas imágenes remiten en muchas ocasiones a un desierto que aún debe ser dominado, apropiado, civilizado. Estos imaginarios circulantes son recuperados en la fundamentación de políticas económicas, ambientales y sociales para el territorio (Dimitriu y Loaiza, 2011a, 2011b). Las referencias a la naturaleza en lo local articulan el plano abstracto de la naturaleza, con la presencia de esos imaginarios.

Regalo que la naturaleza nos hace en la región (U1)

Porque la medicina china y la mapuche¹¹⁸ son lo mismo. S., la reflexóloga, anduvo en Neuquén, mucho en las reservas Y es lo mismo, el saber ancestral. Hay mucha conexión y es exactamente lo mismo (U2)

Tenemos el privilegio de la naturaleza acá, al alcance de la mano (T1)

En oposición al valor de la naturaleza y de lo natural, se invierte la sacralización del progreso, y del desarrollo tecnológico, que mutan a ser considerados riesgosos. El riesgo reside justamente en la destrucción de la naturaleza y con ella de las posibilidades de un mejor vivir de la humanidad. El cambio de clave nos lleva de la naturaleza como amenaza y la ciencia/tecnología como cuidado de lo humano, fundante de la separación sociedad-naturaleza propia de los inicios de la

¹¹⁸ Mapuche: pueblo originario de la región patagónica.

modernidad, a la inversión de este riesgo (Beck, 2006). Todo lo natural se define como positivo en sí mismo, sin posibilidad de daño y todo lo artificial, industrializado, como los medicamentos, es portador de grandes riesgos. El naturismo ecológico es fuente de salud (Luz, 2005) y atraviesa la estructura de la experiencia como dimensión significativa. El reencuentro con la naturaleza que pregonan las terapias alternativas, vuelve de esos sedimentos, y emerge como una novedad que a la vez se asocia al pasado.

La tensión con el pensamiento científico, soporte central de la validación del conocimiento médico, es una de las claves de conformación de la estructura de la experiencia analizada¹¹⁹. La tensión confronta con la perspectiva de sacralización del saber científico en el espacio de la salud, que pierde de vista los daños que genera, como su falibilidad, y deviene excluyente de prácticas y significaciones alternativas. Cuando la crítica se dirige a la ciencia, refiere a su *exacerbación*, a la desconsideración de otros sentidos posibles para comprender el enfermar y reponer salud, al científicismo que parece circular por las prácticas de atención biomédicas. A la *pérdida de humanidad* (U1).

Seguimos a Hall (2017: 237), para pensar que los mismos términos, en este caso la valoración positiva de la naturaleza, pueden representar intereses muy diferentes según las condiciones históricas y culturales asociadas. La ciencia y la técnica implicaron el dominio de la naturaleza, la erradicación de problemas sanitarios colectivos a partir de la inmunización y el tratamiento de aguas, la fortaleza de un imaginario de progreso y superación social sin límites. Desde los movimientos contraculturales en occidente de los '60 a las actuales demandas de sectores inicialmente de clases medias y altas (veganos, antivacunas, ambientalistas) el desarrollo tecnológico/industrial invierte su valor y se constituye como el responsable de los mayores peligros para lo humano. Voces que advierten del peligro de la producción sin límites, que se desentiende de las consecuencias para la naturaleza y en ello para el presente y futuro de la humanidad.

Las terapias alternativas, dentro de ellas la floral, aplica a esos sentidos en tensión, recuperando el valor de lo natural, proponiendo una conexión con el medio natural con la menor intervención humana posible. La posición no resulta conservadora o transformadora en sí misma. La valoración de la naturaleza y de lo natural se encuentra en pleno proceso de incorporación desde la lógica de la mercantilización, como puede advertirse en los productos y consumos asociados a la

¹¹⁹ El análisis de la creencia respecto de la ciencia se presenta como otra línea posible de continuidad en la tarea de investigación.

alimentación sana, desdibujando el posible oposicional contenido, y ocupando un lugar como regulador ideológico que permite a los sujetos continuar con su funcionamiento y soportar las condiciones de vida para vastos grupos sociales.

Lo que en un punto confronta con el modelo médico hegemónico, leído en otra clave, resulta reafirmación de sentidos funcionales a la reproducción del capitalismo contemporáneo, expresión del lugar de la estructuración de las prácticas desde las formas económicas. Funcionales en tanto fomentan la individualización, la pérdida de las referencias históricas y contextuales de la experiencia, la aceptación de la realidad como resultado de un fluir universal. La tensión entre una crítica emergente que puede ser vista como alternativa en un ámbito, como el de la salud, y que es apropiada en la reproducción simbólica y material del capitalismo, en términos de significante cultural como guía para la acción de los sujetos. Las dimensiones de la estructura de la experiencia que analizamos en la segunda parte de este capítulo, operan a modo de claves del gobierno de la sensibilidad, del trabajo del capital con las emociones. Propusimos considerar esas dimensiones tensionadas en su configuración como en las expresiones al interior mismo del grupo que las comparte, con variaciones en la adhesión y en las interpretaciones, que no son unívocas.

La cosmovisión de lo alternativo no se presenta diferenciado de modo nítido de otras formaciones culturales/sociales. Esas dimensiones de significación de la experiencia dan sentido a las terapias alternativas y a su vez se asocian a sentidos más allá de ellas, penetrando el modelo de la biomedicina como otras esferas de lo social/cultural en instancias de apropiación de las emergencias. De ello no debe derivarse directa y linealmente, la caracterización de las prácticas como necesariamente y todo el tiempo, al servicio de esa funcionalidad. Las prácticas nos muestran inflexiones y modulaciones propias que esa trama ayuda a comprender, pero que no las agota. Las limitaciones y tensiones son propias del proceso – del que como hemos dicho damos cuenta de un momento, de un recorte en una dinámica histórica en la que deben recomponerse- tanto entre las formaciones como en las experiencias. Nuevamente, la noción de estructuras del sentir, su imbricación entre las emergencias y la hegemonía, entre la institucionalidad y las formaciones culturales, entendemos permite captar esta dinámica.

Reflexiones finales

Momento de cierre. Por una parte, parcial, en tanto nuestra tarea de indagación continúa, en articulación directa con las inquietudes que surgieron y no incluimos o no resolvimos suficientemente en este trabajo. Por otra, como cierre definitivo en la integración del documento de tesis. Quisiéramos entonces proponer un ejercicio reflexivo de articulación del proceso realizado hasta aquí, con énfasis en la tarea analítica y las reflexiones que surgen de ella.

Cuando en una sesión psicoanalítica, nuestro terapeuta nos propuso tomar flores de Bach, no supusimos que más de diez años después, transformaríamos el mundo de las terapias alternativas en objeto de estudio. De hecho, recordamos la situación posteriormente, cuando ya llevábamos tiempo de trabajo con el tema, aunque probablemente haya sido una de las instancias que activó la inquietud. Nuestro trayecto en la investigación hasta ese momento, el de la elaboración del plan de tesis mientras cursábamos el Doctorado, se asociaba al estudio de los conflictos ambientales en el territorio, el norte de la Patagonia argentina.

Una dimensión que nos preocupaba en nuestro recorrido académico, era (es) el modo en que las demandas, prácticas, sentidos, representaciones, discursos, que se presentan en tensión aparente con significaciones y prácticas dominantes, eran (son) procesados, apropiados, adaptados, mercantilizados, licuados en su posibilidad de, al menos, estorbar o incomodar las posiciones sociales-culturales-económicas dominantes. En especial, comprender como ese proceso se configura y es configurado desde las experiencias. Nos interesó pensar desde prácticas no politizadas en un sentido estricto, como los itinerarios en el cuidado de la salud, que resultan expresión significativa, ambivalente y siempre tensionada, de la dinámica cultural-económica que las atraviesa y condiciona.

Así, llegamos a las prácticas de los sujetos en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad por el espacio de las terapias alternativas, específicamente en la floral, a partir del encuentro de la experiencia personal con preocupaciones cognitivas y políticas. Nos interesó aquello, que, en la misma operación, permite afrontar las exigencias del capitalismo contemporáneo y nos fija en sus coordenadas reproductivas. Como plantea Hall, eso que te mantiene en tu lugar (reproductivo) también te permite sobrellevarlo (2017: 258). Partimos entonces de la recuperación de prácticas a través de las cuáles los sujetos atienden e intentan dotar de sentidos sus padecimientos. Prácticas que los llevan por las terapias alternativas, y dentro de ellas la terapia floral, a fin de encontrar

respuestas a la interpelación que genera la enfermedad. Eludimos los posibles debates respecto de la objetivación de la enfermedad, para identificarla desde la percepción del sufrimiento, de desajustes biográficos que llevan a un camino en busca de respuestas por diversidad de opciones terapéuticas.

Construimos como objeto de estudio de la tesis a las prácticas en terapia floral en la ciudad de General Roca, los modos en que esas prácticas se articulan y la producción de significaciones consecuentes, en la construcción social del sentido respecto de la salud y la enfermedad. Los sujetos construyen sentidos sobre la salud y la enfermedad que no se reducen a ellas, generando expectativas y regulación de la sensibilidad llevadas a otras esferas de la vida cotidiana. ¿Por qué desde las prácticas en búsquedas de salud podemos aproximar análisis que trascienden e incluyen a ese campo de la salud? Una hipótesis reflexiva, sostenida desde la propuesta de Williams y de Hall, es que, al analizar unas prácticas, como las de cuidado de la salud en nuestro caso, podemos identificar rasgos subyacentes a todas las prácticas, expresión de lo hegemónico como de las tensiones culturales de la época.

Al considerar la estructuración que subyace a todas las prácticas, con influencia reconocible de las formas económicas, es posible entonces, encontrar en las prácticas en terapias alternativas elementos que estructuran esferas aparentemente diferentes de la experiencia (Hall, 2017: 62/63). Dimensiones compartidas por distintas prácticas en un mismo momento histórico. Al estudiar las prácticas en busca de salud, pudimos identificar dimensiones de la matriz cultural que recorre diversidad de instancias, dando forma y contenido a la experiencia. Los sentidos de esta estructuración organizan la cultura del capitalismo contemporáneo. Así, reflexionar sobre la responsabilización individual por conseguir la salud plena, expone una clave de estructuración de esa matriz, que circula no solo en ese campo. Analizamos entonces las prácticas y las narraciones de usuarios y especialistas de terapia floral en lo local, para recomponer la configuración de esos sentidos en tensión. En la arena cultural de las disputas por el sentido, como en las mediaciones relacionales que entran las prácticas, encontramos las referencias de análisis desde lo comunicacional, alejados de perspectivas instrumentalistas en el campo disciplinar.

En el cursado del Doctorado, confirmamos el camino conceptual que nos acompaña, con el que discutimos en ocasiones, que siempre necesitamos profundizar y desde el que pretendemos extender nuestros diálogos en el campo de la comunicación. Las lecturas de Williams y de Hall, contienen y circulan a través de toda la tesis. Las nociones de hegemonía, formaciones emergentes

y residuales, instancias de articulación/apropiación de lo oposicional y lo alternativo, la caracterización de prácticas y experiencias, las estructuras del sentir, en la dinámica cultural del capitalismo contemporáneo, organizaron la tarea. Desde ya, solo achacables a nuestra autoría las debilidades que puedan encontrarse en la utilización de esas ideas en el trabajo de tesis.

Desde esas lecturas surgieron interrogantes que nos inquietan profundamente: ¿Cuánto de condicionamiento, de límite, de presión, se ejerce sobre las prácticas? ¿Cómo se vive la experiencia de la tensión entre lo hegemónico y otras formaciones, desde la experiencia? Siguiendo a Williams ¿Cuál es la relación entre los “modos que animan a los sujetos actuantes” y “las formaciones culturales y sociales”? Resulta excesivo proponer que la tesis dio respuesta a esos interrogantes, que no configuraron estrictamente la situación en estudio. Pero sí acompañan toda nuestra labor académica, a modo de presupuestos epistémico/políticos, orientando la problematización, la construcción teórica y la tarea analítica desenvueltas en la tesis.

Partimos de una premisa construida en el diálogo con el estado del conocimiento en el tema, que confirmamos en el desarrollo del trabajo. La búsqueda de la salud funciona para este grupo social como instancia regulatoria de sus experiencias. Atravesada por la dinámica de tensiones culturales, organiza buena parte de su vida cotidiana y se configura como un dispositivo relevante de condicionamiento a la sensibilidad. “*Tenemos que ser felices siempre*” (T8). Los imperativos culturales de la salud plena, el bienestar, la felicidad, el equilibrio emocional, se asocian entre sí y generan tensiones sociales y subjetivas, que intentan ser resueltas desde la inmersión en el mundo de las terapias alternativas, al menos parcialmente. En un camino sin final ni retorno, en la búsqueda de “*un fondo sin fondo*” (U1), comparten significaciones sobre la salud que se traslapan a distintas esferas, dando cuenta de la interpenetración de las prácticas y de la construcción de un locus cultural compartido en el mundo de lo alternativo.

Entendimos así, los itinerarios terapéuticos en el cuidado de la salud como un ámbito en el que pudimos reconocer algunas de las regularidades que subyacen a diversidad de prácticas actualmente. Regularidades que se evidencian en las prácticas y muestran la conciencia empírica, al decir de Hall (1980, 2017), la estructura de sentimiento, desde la perspectiva de Williams ([1977] 2009), para el grupo que estudiamos. Su condición de clase media es una dimensión reflexiva necesaria en el alcance del trabajo. Condición que recuperamos en distintos momentos de la tesis, apenas como asomos, y que es una pista firme en la continuidad de la investigación, más aún desde la perspectiva conceptual asumida.

Nos propusimos comprender las prácticas en el cuidado de la salud que circulan por la terapia floral en lo local, desde una lectura multidimensional integrada. Aquí reside otro posible aporte de la tesis. El de intentar, claro que no sin riesgos teóricos y metodológicos, reflexionar sobre las prácticas en el cuidado de la salud desde una perspectiva articuladora de lecturas micro y macro socioculturales. Dar cuenta así, de las disputas por el sentido en la dinámica de tensiones culturales en el capitalismo contemporáneo, desde las experiencias de los sujetos, sin reducir las prácticas a esas tensiones. Estudiamos las prácticas no solo articuladas a las disputas por el sentido entre lo hegemónico y las formaciones residuales/emergentes, si no también recuperando lo que expresan de las disposiciones incorporadas, como, fundamentalmente, del lugar de las redes de sociabilidad, dimensiones necesarias para comprenderlas. Integrar esas dimensiones, da cuenta de la complejidad de las prácticas desde una lectura comunicacional.

Pensamos lo comunicacional desde el análisis de los procesos de formación del sentido en la vida social (Vizer, 2006), tratándose de sentidos en disputa, nunca unívocos y siempre atravesados por la dinámica entre la institucionalidad hegemónica y formaciones en interpelación de esa hegemonía (Williams, [1980] 2012). Así, las prácticas por la terapia floral, como las redes de sociabilidad que las conectan, nos permitieron acceder a las tensiones por el sentido en el campo de la salud. Desde las prácticas en terapias alternativas, usuarios y terapeutas procuraron asignar verosimilitud a sus experiencias, a los valores y creencia construidos en ese proceso, en tensión con el modelo médico, pero, a su vez, mostrando rasgos de la dinámica de estructuración subyacente a variedad de prácticas.

Al problematizar la noción de salud, evitando naturalizarla, darla por compartida o definirla desde las condiciones institucionales de la biomedicina, podemos proponer en el espacio de Comunicación y Salud, un modo de análisis que se enfoque en los itinerarios terapéuticos de los sujetos. Comprender aquello que los sujetos hacen y las justificaciones de sus trayectos, más o menos reflexivas, en el cuidado de su salud, recupera la dinámica concreta de los caminos terapéuticos y permite entender expectativas, necesidades, valores, creencias, cuestiones imprescindibles para aproximarnos al campo desde una perspectiva que no clausure a priori las posibilidades de comprensión del fenómeno. La diversidad de opciones terapéuticas por las que circulan, incluso el autocuidado, el peso de las redes de interacción social cercanas en esos recorridos, las disputas por el sentido respecto de enfermar y sanar, se enriquecen si reflexionamos desde las prácticas y no solo desde la institucionalidad. Encontramos aquí una vacancia, en tanto

son escasos los estudios académicos en el campo de la comunicación que presten especial atención a los trayectos terapéuticos, como a la relevancia de las redes de sociabilidad en su determinación más aún cuando circulan por fuera de la biomedicina. La interpretación de la salud y la enfermedad se construye en esos itinerarios, errantes y ambivalentes, en articulación a las mediaciones relacionales que los sostienen y en la dinámica de los sentidos culturales en tensión. Recuperar los recorridos reales y concretos de los sujetos en buscas de salud, que para muchos grupos incluye otras opciones terapéuticas a la institucionalizada del modelo médico, permitirá comprender muchos de los interrogantes que hoy atraviesan el campo desde la perspectiva comunicacional.

Como analizamos en el capítulo 3, el modelo médico se presenta como hegemónico, constituyendo el marco institucional en que se desenvuelven las prácticas en el campo de la salud. Como instancia de socialización inicial en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad, los trayectos terapéuticos expusieron la incorporación del marco de sentidos para actuar y pensar la salud en el espacio de la biomedicina. En la continuidad de sus experiencias, los sujetos recuperaron la creciente insatisfacción para con sus trayectos por el modelo médico. Siendo una de las motivaciones que luego los llevaron a la reorientación de sus itinerarios terapéuticos. El paso por el modelo médico se resignifica a partir del encuentro con los nuevos sentidos construidos en la terapia floral. Así, la deshumanización, la ausencia de escucha, la anulación del lugar de la persona que padece, la descalificación de la experiencia personal en la enfermedad, la clausura de a otras opciones terapéuticas, el eje del tratamiento en el uso de medicamentos, entre las más significativas, componen la distancia crítica con el modelo médico.

Resultó evidente en las entrevistas y observaciones la condición hegemónica del modelo médico en el campo de la salud, como las experiencias de insatisfacción que motivan, en buena parte, las prácticas en terapia floral. Aunque, como hemos dicho, la sola insatisfacción con la biomedicina, que por otra parte no es absoluta, nos resultó insuficiente para comprender los itinerarios terapéuticos estudiados. En el principio de nuestra tarea, supusimos mayor determinación de la crisis del modelo médico y de las experiencias insatisfactorias como motivación determinante de la expansión de las prácticas por terapias alternativas. Sin embargo, la escucha atenta del material construido y la perspectiva conceptual en que nos posicionamos, nos llevó a reposicionar el supuesto, sin dejar de considerarlo. Las críticas al modelo médico resultan un elemento significativo, pero insuficiente por sí mismo para explicar los recorridos por las terapias alternativas.

La insatisfacción no conduce al abandono de las prácticas en la biomedicina, que mantiene su condición hegemónica, ni se desconoce su eficacia ante determinados padecimientos. Así como encontramos dolencias *que la medicina no pudo resolver* (U6), los sujetos exploran dominios terapéuticos sin *fanatizarse...los dos tiene sus virtudes* (U3). Como propone Hall (2017), los sujetos circulan por entre formas hegemónicas y formaciones no hegemónicas, aun con adhesiones diferenciales, recorriendo la dinámica de las tensiones culturales en el campo de la salud. Las prácticas resultan ambiguas o ambivalentes. Quienes asumen los principios de las terapias alternativas, incluso mostrando mayor convicción y compromiso, acuden a la biomedicina y reconocen su eficacia específica. Desde otros encuadres conceptuales, quizás pueda leerse como contradicción. Desde nuestra perspectiva, las prácticas recorren la institucionalidad hegemónica y las terapias alternativas, sin que ello se experimente como contradictorio. Las vivencias insatisfactorias en el modelo médico, no resultan concluyentes como explicación de la inmersión en la terapia floral y los itinerarios muestran los solapamientos entre los dominios terapéuticos, sin adhesiones excluyentes.

La dinámica de los trayectos terapéuticos, el traslape de sentidos y ambivalencias, los recorridos solo en apariencia contradictorios, resultaron de la circulación entre dominios de fronteras porosas, resignificados desde las prácticas. En el capítulo 4, analizamos las experiencias en la terapia floral, intentando comprender el sentido de la dolencia y el lugar de la cura en este espacio. En el proceso terapéutico encuentran escucha, cuidado, atención y recuperación de su experiencia en el sufrimiento. Caracterizan el proceso transformador desde una perspectiva holística de la salud y la enfermedad, en la utilización de remedios florales, a los que definen como naturales, y en la indagación sobre el sí mismo como condición de un tratamiento exitoso. El rasgo fundamental del cambio percibido en el paso por la terapia floral, es el lugar que los sujetos ocupan en el tratamiento. De usuarios pasivos (pacientes) en el modelo médico, entienden transformarse en sujetos activos, que mutan a la conducción de las posibilidades de superar la dolencia que los aqueja. *“Se trata de hacerse cargo uno mismo”* (U2). Esa mutación, articula con la resignificación del padecimiento.

La dolencia deja de ser una variable externa, la intromisión de un agente biológico o una condición estructural del sujeto, para leerse en clave de la gestión personal de las emociones. Para la terapia floral, la causa del padecimiento se encuentra en el desequilibrio emocional. La intención de la terapéutica, lleva al sujeto a indagaciones, acompañado por las esencias florales apropiadas,

en las que puede identificar aquello que provocó el padecer. Se trate de una enfermedad objetivada o no, el origen está en lo emocional. Como apunta Le Breton (2002), una de las primeras lecturas que hicimos en el tema y con la que dialogamos complementariamente, las opciones terapéuticas por fuera del modelo médico, reintegran un sentido verosímil a la enfermedad, que conmueve la experiencia. Sentidos que hacen la vida más soportable.

Las prácticas requieren, para aproximar explicaciones verosímiles, que encontremos aquello que es valorado desde la experiencia. Los sujetos encuentran *algo* en estas prácticas y es parte de lo que intentamos comprender. Caracterizado como *alivio*, pudimos reconocer la percepción de algún grado de eficacia en la terapia floral, pero, fundamentalmente, la valoración del trabajo terapéutico y la resignificación del padecer. El paso por la terapia floral, aun con las tensiones que acompañan nuestras descripciones y análisis, muestra el valor asignado a nuevas significaciones para comprender la salud y el enfermar, que no quedan acotadas a ello y se llevan a otras esferas de la vida cotidiana. Ese *algo* que se encuentra, remite fundamentalmente al orden del sentido, que emerge a modo de crítica y distancia con las experiencias por la biomedicina y encuentra eco receptivo en los sujetos y en sentidos sociales circulantes.

Cómo tensión analítica que recorre la tesis, desde la trama conceptual propuesta y recuperando una lectura integrada de las prácticas, que no subjetivase la experiencia, el *alivio* para hacer más soportable las exigencias de la vida contemporánea, debe leerse no solo desde la experiencia personal, sino también como expresión de la condición adaptativa que nos devuelve. Aquello que permite funcionar, superar el sufrimiento y lleva a los sujetos a sentir que se “empoderan” (T8) de sí mismos, funciona a su vez como rasgo de la estructura de la experiencia, afín al capitalismo contemporáneo, en el que se valoran fuertemente la individuación, el desapego respecto de lo colectivo y la necesidad de tomar distancia emocional de las situaciones, que obtura las posibilidades de siquiera considerar su transformación.

Ahora bien, ¿cómo comprender las adhesiones diferenciales a las terapias alternativas en grupos sociales afines? ¿cómo indagar la presencia de lo incorporado a partir de la socialización en la estructura de la experiencia? ¿de qué modo se pueden reconocer las posibilidades de la apertura a recorrer otras prácticas? ¿qué elementos biográficos permiten descubrir la posibilidad - o no - de esas aperturas en la experiencia? En el trabajo con la noción de estructura de sentimiento, recuperamos la dimensión del proceso de socialización inicial, que, como plantea Williams, es un tipo específico y muy significativo de incorporación de lo hegemónico. Desde la lectura de la

hegemonía como dinámica en las tensiones de apropiación y resignificación con otras formaciones culturales, asumimos un proceso de socialización heterogéneo. Del que dimos cuenta, a partir de la noción de conjunto de disposiciones que propone Lahire (2004), complementando nuestro contexto conceptual y las posibilidades de análisis.

Procuramos no alejarnos del eje conceptual del trabajo y de ningún modo pretendimos agotar ni la reflexión ni el trabajo empírico sobre la incorporación de disposiciones. La socialización expresó mucho de los sentidos hegemónicos construidos desde el modelo médico, y en su heterogeneidad, de las tensiones culturales con las formaciones de las terapias alternativas, habilitando otras opciones terapéuticas. Las prácticas que analizamos expusieron elementos para reflexionar sobre esas predisposiciones, aun cuando lo hicimos secundariamente respecto del hilo argumental del trabajo. La ruptura biográfica producida por la enfermedad, por el sufrimiento, evidenció desajustes a partir de los que se activaron disposiciones, que posibilitaron la transformación de los trayectos terapéuticos. A su vez, las adhesiones diferenciales expusieron la heterogeneidad de las instancias de socialización, desde las que se identifican también elementos para acercarnos a la condición de clase social del grupo estudiado.

Al integrar lo disposicional, complementariamente, a la estructura de la experiencia, consideramos las prácticas desde una perspectiva que nos la agota en lo no reflexivo o pre-reflexivo, ni en el cálculo reflexivo estratégico permanente, ni en la imposición de sentidos sociales circulantes, con todo lo que ello porta de la estructuración de las formas económicas dominantes. Intentamos reponer una lectura de las prácticas que integre esos aspectos. Aun cuando en la integración, pudiéramos resignar profundidad en algunas de esas dimensiones, como planteamos respecto de lo disposicional.

La situacionalidad se integró a las mediaciones relacionales como elemento significativo para comprender los recorridos de los sujetos en el cuidado de la salud. Recomponer los itinerarios terapéuticos y los sentidos construidos desde la terapia floral, implicó considerar entonces, el lugar de los espacios de sociabilidad y las redes cercanas de interacción, como un clivaje relevante de lo cultural-comunicacional. En el capítulo 5 dimos cuenta de las redes de sociabilidad, conectadas a puntos del segmento local de un circuito de mayor alcance, que generaron validación para acompañar y sostener las prácticas en terapia floral. La transformación de los usuarios en mediadores relevantes a partir de su paso por la terapia, evidencia el proceso sostenido de polinización en el mundo de lo alternativo. Sin la comprensión del funcionamiento de esas redes,

postulamos, las prácticas son vistas solo parcialmente y se pierde un eslabón imprescindible en su análisis. Así, las mediaciones relacionales resultaron determinantes para el encuentro de las dimensiones involucradas.

Las trayectorias se configuran en base a las articulaciones con vínculos personales que promovieron su uso, motivando conjuntos de experiencias reticulares que no resultan visibles en primera instancia al conjunto social, y que van construyendo sentidos compartidos en ese proceso. Sin duda, claves de lectura pertinentes desde lo comunicacional. Encontramos aquí otro posible aporte de esta tesis, ante el escaso desarrollo de trabajos que incorporen las redes de interacción y los espacios de sociabilidad como instancias significativas para comprender las prácticas y las tensiones por el sentido en el campo de la salud, en especial incluyendo el mundo de las terapias alternativas. Como pudimos observar, las mediaciones relacionales, articulando sentidos y como parte de circuitos más allá de lo local, se posicionaron como procesos determinantes de la habilitación de otras opciones terapéuticas. En todos los casos, usuarios y terapeutas identificaron el peso de esas interacciones y se convirtieron ellos en mediadores significativos, incluso haciéndonos objeto de la tarea de polinización en las situaciones de entrevista.

La lectura desde lo local pretendió atravesar el trabajo. Su expresión resultó clara especialmente en el análisis del alcance de la polinización referida. La cercanía física y social, la percepción de un control mayor en las interacciones, pareció dificultar la privacidad de las experiencias en terapia floral, aparentemente con mayor preocupación que la encontrada en otros contextos. *Les gusta que no soy de acá* (T6). La fachada, los vínculos y el rol de difusores de usuarios y terapeutas, resultó condicionada por el espacio colectivo local de múltiples cruces relacionales. Encontramos aquí otro aporte en la reflexión del análisis desde la caracterización de lo local, como enclave de comprensión que impone particularidades a procesos de mayor alcance. La cercanía física y social en espacios dónde los tejidos relacionales se encuentran con frecuencia y conectan micro historias compartidas o conocidas, resulta útil para analizar ámbitos similares.

La reflexión sobre la multidimensionalidad de las prácticas se condensa en el análisis de la estructura de la experiencia. En la trama inescindible de las articulaciones entre comunicación, cultura y capitalismo contemporáneo, que vertebra el trabajo, nos resultó muy pertinente, y potente, la noción de estructuras del sentir. Un conjunto de valores organiza la experiencia (6.2.). Rasgos de regulación de las sensibilidades, expresan tensiones y ambivalencias, en un proceso no

coagulado aun, en el que se pueden reconocer dispositivos funcionales al condicionamiento hegemónico y a las formas económicas dominantes.

En el recorrido de todo nuestro trabajo, surgieron una y otra vez, esos rasgos estructuradores de la experiencia para los practicantes de la terapia floral. Los elementos se asocian desde las prácticas al alivio en lo personal, a la integración de sentidos convincentes para el enfermar, a la transformación valorada positivamente del modo de comprender y actuar no solo en el cuidado de la salud, si no en la vida. Desde la propuesta de la estructura del sentir, reponemos una lectura que conecta esos sentidos con condicionamientos de lo hegemónico y con la “influencia estructuradora” de las formas económicas sobre las prácticas (Hall, 2017: 233). El énfasis constante en la individualización, la afirmación de la autonomía individual, el principio del orden del fluir como organizador de la experiencia, la obturación de la posibilidades de reflexión sobre la trama contextual y vincular, la pretensión de vivir en un presente perpetuo, que pierde la historicidad de su constitución, la recuperación del valor de lo natural, como contra frente a la exacerbación del desarrollo tecnológico, la superación de todas las dificultades cotidianas a partir de la exploración de la conciencia personal, para tomar distancia de aquellas, resultaron las claves más significativas que anudan las experiencias de quienes recorren las terapias alternativas.

Como en todas las dimensiones en análisis, intentamos no presentarlas exentas de tensiones y matices. Aquello que se presenta como crítica emergente en un plano, el de las disputas por los sentidos de salud y enfermedad respecto del modelo médico, se significa en otros planos como funcional a la reproducción de las formas económicas en el capitalismo contemporáneo. Elementos que pueden trasladarse a las aspiraciones reconocibles de sectores sociales de clase media urbana en nuestro país (Duer, 2018), condición de clase social que proyecta su sombra sobre las prácticas – que apenas ha asomado en nuestro trabajo- y nos propone la pista más convincente para continuar con la investigación.

Como propusimos al inicio de estas reflexiones finales, mantenemos la continuidad en el proceso de investigación articulado a las pistas que nos abrió la tesis. Quizá, nos ha dejado más preguntas y caminos por transitar, que respuestas y cierres concluyentes. Una de las más potentes, nos lleva a la reflexión sobre la condición de clase social, conectando en ello un análisis de mayor significación de las materialidades sobre y en las que discurren las prácticas, con todos los condicionamientos y presiones que ejerce sobre ellas. El trabajo puede orientarse desde la hipótesis, que recién mencionamos muy brevemente, respecto del posible nexo entre valores

reconocibles de la clase media en el país y los rasgos y dinámica de la estructura de sentimiento en el mundo de las terapias alternativas. En esa línea, se impone estudiar los trayectos terapéuticos de otros sectores sociales, para reflexionar sobre el alcance, las cercanías y las distancias con los rasgos de la estructura del sentir expuesta, desde los atravesamientos de clase social.

Terminamos de escribir esta tesis en un momento, que lleva meses, de profunda alteración de nuestras vidas cotidianas. Las transformaciones operadas en la trama pandémica, de inusitado alcance territorial y cultural, nos parece habilita otra posible línea de trabajo en el estudio específico de las creencias respecto de la ciencia y de la naturaleza, como instancias reguladoras de la sensibilidad, que han sido puestas en el centro de debates, políticas y prácticas en este período. La creencia respecto de la ciencia, del alcance y validez de sus conocimientos, y las prácticas desenvueltas a partir de ello, se proponen como un espacio del que exponemos algunos elementos reflexivos en esta tesis, que puede ser profundizado y enfocado más específicamente. El contexto pandémico actualiza las tensiones posibles en el tema.

Los rasgos y dinámica de la estructura de la experiencia permitieron identificar operaciones de regulación de lo sensible que articulan funcionalmente a la dinámica económica contemporánea, en un modo adaptativo de los sujetos al funcionamiento social. Al mismo tiempo que recuperan el espacio de tensiones críticas con formas institucionalizadas en el cuidado de la salud y de configuración subjetivante. Intentamos en todo el recorrido de la tesis, mantener la lectura sobre esas tensiones, sostener las ambivalencias y eludir la definición de las prácticas, los sujetos y los dominios terapéuticos como funcionales, adaptativas, subjetivantes o críticas en sí mismas y sin matices. Las prácticas y los sentidos construidos en la terapia floral se presentaron con la ambivalencia propia de formaciones residuales/emergentes en proceso de incorporación por la institucionalidad hegemónica. Cada dimensión del sentido construido en esas experiencias parece contener y aliviar el malestar que atraviesa a los sujetos, como un elemento compensador del agobio experimentado socialmente, a la vez que resulta funcional a las formas hegemónicas del capitalismo, en su valoración de la individualidad, de la autosuperación personal, de la construcción de la salud y el bienestar como responsabilidad egocentrada y excluyente de lazos sociales.

La perspectiva conceptual propuesta, nos permitió reflexionar “sin garantías”, sin definir a priori a las terapias alternativas como formaciones con tendencia progresista o conservadora, para utilizar los términos de Hall (2017). Sin celebrarlas como un contrafrente cultural, ni condenarlas

por su posible articulación adaptativa. Gestos de desvío en un plano, en un nivel de lectura, se vuelven adaptativos en otro, y nos lleva a la necesidad de considerar la totalidad de la dinámica cultural/material como a recuperar su condición procesual. La dinámica de regulación de las sensibilidades, de la que captamos un momento en proceso, desde las experiencias de los sujetos (las reflexiones pueden complementarse y ganar en profundidad, con el estudio de las condiciones materiales/concretas desde las que esas experiencias se realizan), evidencia la tendencia adaptativa, la responsabilización individual por enfermar y sanar, la ausencia de potencialidad crítica respecto de las condiciones de existencia, opacando las contradicciones sociales.

Las prácticas, postulamos entonces, no pueden reducirse a una decisión racional estratégica ni a un hábito incorporado ni a las significaciones circulantes. La lectura puede realizarse por lo alto, en una perspectiva más homogeneizadora de las prácticas, en tanto se reconocen ejes reveladores de la plataforma simbólica de las terapias alternativas, por ejemplo, la profunda valoración de la individualización y el regreso a lo natural, reguladoras de lo sensible en el capitalismo contemporáneo. También puede leerse por lo bajo, en la expresión de eficacia y alivio generados en las experiencias singulares de los sujetos.

ANEXO I
Detalle unidades de observación

1. ENTREVISTAS

1. 1. Detalle usuarios entrevistados, primer corte muestral Noviembre 2015 – abril 2016

Identificación Usuarios	Edad	Género	Nivel educativo	Profesión/ocupación	Lugar de la entrevista
1 JC	58	M	3rio. C	Prof. de música	Bar
2 SS	53	F	Univ. C	Escritora/empleada	casa
3 BD	40	F	3rio. C	Prof. educ. física	casa
4 CA	49	F	Univ. C.	arquitecta	casa
5 YA	23	F	Univ. I	estudiante teatro	plaza
6 MO	28	F	Univ. C	arquitecta	casa
7 DM	49	F	2rio.C	empleada	Sala yoga
8 PI	70	M	2rio C	jubilado	casa
9 AG	62	F	Univ. C	odontóloga	consultorio
10 GS	47	F	Univ. C	pedagoga	casa
11 CB	56	M	Univ. C	Lic. turismo	aula
12 FS	38	F	3rio C	Prof. artes plásticas	trabajo
13 MZ	39	F	Univ. C	Prof. inglés	casa
14 LP	27	M	2rio C	empresario	bar
15 EC	36	M	Univ. C	maestro	bar
16 SG	49	F	2rio C	empleada	Sala yoga
17 JK	27	F	Univ. C	docente	facultad
18 LR	28	F	Univ. C	docente	facultad
19 NN	31	F	2rio. C	empleada	casa

**1.2. Detalle de terapeutas entrevistados, segundo corte muestral
Setiembre – Noviembre, 2016**

Identificación Terapeutas	Edad	Género	Nivel educativo	Profesión/ocupación	Lugar entrevista
1 BC	60	M	Univ. I.	Terapeuta alternativo	consultorio
2 TB	47	F	Univ. C.	Asistente social	Oficina
3 BD	44	F	2rio C	comerciante	consultorio
4 FM	65	F	3rio C	docente	Consultorio/casa
5 LI	50	F	2rio C.	empleada	Consultorio
6 BL	39	F	2rio. C	Terapeuta alternativa	Consultorio/casa
7 RB	36	F	Univ. C	farmacéutica	consultorio
8 CS	66	F	2rio C	Terapeuta alternativa	Bar
9 OM	32	F	Univ. C	arquitecta	casa
10 OT	51	M	Univ. C	médico	Bar
11 FN	36	F	Univ. C	médica	consultorio

**1.3. Detalle usuarios entrevistados, tercer corte muestral
Octubre – diciembre 2018**

Identificación Usuarios	Edad	Género	Profesión/ocupación	Nivel educativo	Lugar de la entrevista
20 DA	58	F	Empresaria	3rio.I	Sala yoga +
21 NH	36	F	empleada	Univ. I	aula
22 GP	30	Otro	Peluquero	2rio. C	Casa/consultorio
23 RR	39	F	Lic. comercio	Univ. C	casa
24 JO	64	F	Prof. inglés	Univ. C	casa
25 AS	66	F	comerciante	2rio. C	negocio
26 SL	46	M	Entrenador	2rio. C	consultorio

2. OBSERVACIONES

Denominación	Lugar	Fecha
Feria de terapias alternativas	Casa de la Cultura	9/8/2014
Jornadas de salud consciente	Colegio	4 y 5/10/2014
Jornadas de salud consciente	Colegio	10 y 11/10/2015
Feria de terapias alternativas	Casa de la Cultura	8/5/2016
Feria de terapias alternativas	Centro cultural (estación)	4/11/2016
Ferias Veganas	Distintas sedes: Casa de la Cultura. Centro cultural de la Estación. Plaza Barrio UNTER	Una por mes, seis en el año (2018)

3. ENTREVISTAS EN PUNTOS DEL CIRCUITO

Denominación	Características	Referente entrevistado
Quimhue	Librería	propietaria/vendedora
Roca libros	Librería/música	propietaria/vendedora
De la Fe	Librería	propietario/vendedor
Distribuidora Roca SRL	Distribución de diarios y revistas	gerente
Farmacia San Martín	Elaboración preparados florales	farmacéutica/atención al público
Farmacia San Martín III	Elaboración preparados florales	farmacéutica/propietaria
Dietética Roca	Productos alimenticios y de salud de venta libre	propietarios/realizan atención al público
Herboristería Raíces	Productos alimenticios y de salud de venta libre	propietaria/realiza atención al público

ANEXO II
Guion entrevistas

Entrevistas

Realizamos entrevistas abiertas, flexibles, procurando que los sujetos encadenaran recuerdos, asociaciones y conectaran temas con la menor intervención posible de nuestra parte (Guber, 2001). Si bien el marco interpretativo de la situación de diálogo se establece desde nuestra solicitud, no llevamos un conjunto estructurado de interrogantes ni la exigencia de incluir todos los temas que configuraban nuestras preocupaciones. Preparamos un guion de temas, de posibles preguntas a modo de orientación propia que utilizamos según lo requiriera la dinámica del diálogo. La perspectiva asumida para aplicar la técnica, implicó que los ritmos y tiempos resultaran variables, dependiendo de cada situación concreta de entrevista.

Comenzamos las entrevistas presentándonos, asegurando confidencialidad, el uso estrictamente académico de la información y firmando el consentimiento informado.

Partimos de la caracterización muy general del tema de la tesis y les propusimos que nos contaran su experiencia inicial en la terapia floral. El primer interrogante se presenta intencionadamente de modo amplio, para recuperar los sentidos que los sujetos enlazan desde esa apertura.

En general el diálogo fluía a partir de ese inicio y utilizamos las preguntas solo para chequear, durante y en especial al final de la entrevista, si la conversación había abarcado los temas previstos y si la conversación habilitaba o demandaba la inclusión de alguna de ellas.

Guion de interrogantes posibles para entrevistas con usuarios

- ¿Cómo conociste la terapia floral? ¿Cuál fue tu primera experiencia con la terapia floral? ¿Qué conocías de la terapia? ¿Qué esperabas? ¿Cómo te fue con esas expectativas?
- ¿Cómo es el tratamiento? ¿En qué consiste? ¿Cuánto dura? ¿Cada cuánto vas? ¿Cuánto cuesta asistir a una consulta? ¿Cómo caracterizarías la relación con tu terapeuta?
- ¿Cómo elegiste la terapia y el terapeuta? ¿Qué te decidió a ir?
- ¿Por qué motivo fuiste (o vas) a la terapia floral? ¿Por ese motivo qué otras consultas realizaste? ¿Cómo te fue con ellas?
- Si informan de experiencias en el modelo médico, ¿Cuándo fue la primera vez? ¿Cómo te fue/va en las consultas médicas? ¿Seguís yendo? ¿Por qué temas o motivos?

- ¿Vas o fuiste a alguna otra terapia o actividad afín? ¿Cómo supiste de esas terapias o actividades? ¿Qué diferencias y similitudes encontrás con la terapia floral?
- ¿Comentas de la terapia floral con otra gente? Si responden que sí, ¿qué les transmitís? Si responde que no, ¿por qué no?
- ¿Recomendarías la terapia floral? ¿Por qué? ¿A quiénes?

Guion de interrogantes posibles para entrevistas con terapeutas

- ¿Cuándo y cómo te iniciaste como terapeuta? ¿Qué te llevó a dedicarte a la terapia floral?
- ¿Cómo fue y es tu formación como terapeuta floral?
- ¿Realizas alguna otra terapia o actividad afín? ¿La terapia floral es tu única y/o principal fuente de ingresos? Explorar ocupación
- ¿Cómo definirías tu terapéutica? ¿En qué consiste? ¿Qué le aporta a la gente que te consulta? ¿Cómo es el tratamiento? ¿Qué tiempos implica el tratamiento? ¿Se mantienen en el tratamiento? ¿Qué costos tiene? (para terapeuta y para usuario)
- ¿Por qué motivos vienen a consulta? Explorar tipo de usuarios que caracteriza.
- ¿Cómo llegan a vos? ¿Cómo se enteran y cómo te contactan? ¿Realizas tareas de difusión?
- ¿Recomendarías la terapia floral? ¿Por qué? ¿A quiénes?

Bibliografía

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Ciudad de México: UNAM.
- Algranti, J. y Bordes, M. (2009). Observaciones sobre las estrategias de producción de sentido frente al cambio social. *Argumentos*, 22 (61), 159-185.
- Aliano, N. y Moguillansky, M. (2017). De los consumos a las prácticas culturales. Una mirada desde las articulaciones biográficas. *Astrolabio, Nueva época*, (19), 96-117.
- Allué, M. (2013). *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Madrid: Bellaterra.
- Araújo, I. S. y Cuberli, M. (2015). Comunicación y salud en América Latina: un campo en permanente movimiento. En Bolaño, C., Corvi Druetta, D. y Cimadevilla, G. (coord.). *La contribución de América Latina al campo de la comunicación* (pp. 257-298). Buenos Aires: ALAIC/ Prometeo.
- Armus, D. (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En Lobato, M. Z. (Dir.), *Nueva Historia Argentina, Tomo V: El Progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)* (pp. 507-551). Buenos Aires: Sudamericana.
- Ayres, de Carvalho Mesquita, J. R. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 16-29.
- Ballesteros, M. S. y Freidin, B. (2010). Dificultades en la conceptualización y en el registro de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias. *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. La Plata.
- Ballvé M., J. L. (2003). ¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué? *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1 (2), 31-40.
- Bandieri, S. (coord.) (2001). *Cruzando la cordillera... la frontera argentinochilena como espacio social*. Neuquen: CEHIR.
- Barros, N. F. y Adams, J. A (2005). Pesquisa sobre as terapias alternativas e complementares e enfermagem no Brasil. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13 (3), 453-469.
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
- Becker, H. S. (2008). *Los mundos del arte. Sociología del trabajo artístico*. Bernal: UN Quilmes.
- Belmartino S., Bloch, C., Persello, A. y Carnino, M. (1988). *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Buenos Aires: OPS.
- Belmartino S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Belmartino S. (2010) Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Salud Colectiva*, (3), 329-356.
- Beltrán, L. R. (1998). Comunicación para la Salud del Pueblo: una revisión de conceptos básicos. *IV Foro Nacional de Salud Comunitaria*. Santafé de Bogotá, Colombia.
- Benítez Rodríguez, G. y Ramón Núñez, H. M. (2014). Efectividad de la terapia floral de Bach en pacientes con hipertensión arterial. *MEDISAN*, 18 (3): 340.
- Bergado Rosado, J. A., Bergado Báez, G., Contrera Hernández, M., Díaz Domínguez, G., Moreno Castillo, E. (2009). Ausencia de efectos de la terapia floral aplicada a adultos jóvenes con el fin de mejorar su memoria. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 28 (4).
- Bernalte B., A. y Miret G., M. T. (2009). La construcción de la realidad. La interacción médico-paciente en la atención primaria de la salud. *III Jornadas de Psicopedagogía*. Instituto Juan XXIII, Buenos Aires.
- Bianchi, E. (2018) ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias en la circulación del concepto en las ciencias sociales. *XII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Cs. Sociales, UBA. Ciudad de Buenos Aires.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Boito, M. E. (2010). Estados de sentir en contextos de mediatización y mercantilización de la experiencia. Intentos por precisar una lectura materialista de las sensibilidades. En, Grosso, J. L. y Boito, M. E. (comp.) *Cuerpos y emociones desde América Latina* (pp. 82-101). Córdoba: CEA/CONICET, Universidad Nacional de Catamarca.
- Boltanski, L. y Chiappello, É. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.
- Bonet, O. y GomesTavares, F. R. (2006). Redes em rede: dimensoes intersticiais no sistema cuidados a saúde. En Pinheiro Roseni y Araujo de Mattos Ruben (comp.), *Gestao em redes: práticas de avaliacao, formacao e participacao na saúde* (pp. 385-398). Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPEC – ABRASOC.
- Bonet, O. (2015). Sintiendo el conocimiento. Educación para el cuidado y medicina familiar. *Horizontes antropológicos*, 21 (44), jul./dez.

- Borda, P. (2017). Buscando bienestar y equilibrio emocional ante los malestares cotidianos. En, Freidin, B. (coord.). *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires* (pp. 13-62). Buenos Aires: Imago Mundi.
- Bordes, M. (2009). Análisis de la construcción de la identidad terapéutica “alternativa” en el contexto del campo de la salud en Buenos Aires. *Soc. e Cult.*, Goiânia, 12 (2), 343-354.
- Bordes, M. (2012). Entre el trabajo terapéutico y la eficacia puntual: narrativas acerca de la corporalidad y la terapia en usuarios de medicinas alternativas. *Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas*. Editorial: Investigaciones en Artes Escénicas y Performáticas.
- Bordes, M. y Algranti, J. (2014). El sentido de la adhesión. Un análisis de la construcción de significados en el marco de situaciones sociales evangélicas y terapéuticas alternativas (Buenos Aires, Argentina). *Revista Colombiana de Antropología*, (50), 219 – 242.
- Bordes, M. y Saizar, M. M. (2014). ¿Hospitales new age o terapias alternativas biomedicalizadas? Alcance y límites de la inserción de las terapias alternativas en hospitales generales de la ciudad de Buenos Aires (Argentina). *Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. URV, Tarragona.
- Bordes, M. (2015a). “Esto de alternativo no tiene nada”. La construcción de la razonabilidad del uso de una medicina no-convencional desde la perspectiva de sus usuarios en Buenos Aires, Argentina. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 (4), 1229-1249.
- Bordes, M. (2015b). El debate medicalización-desmedicalización en el campo de estudios de las medicinas “alternativas y complementarias. *I Congreso Latinoamericano de Teoría Social*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires.
- Bordes, M. (2016). Cuando lo alternativo no es tan lejano a lo convencional. Procesos de aculturación y asimilación en el campo de la salud. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Brenner, R. (1999). El desarrollo desigual y la larga fase descendente: las economías capitalistas avanzadas desde el boom al estancamiento, 1950-1998. *Encuentro XXI*, 14.

- Brescia, S. (2004) Actitud y opinión de los pediatras ante las medicinas alternativas. *Archivo argentino Pediatría*. 102 (2), 88-95.
- Briceño, R., Minayo, M. C. S y Coimbra, C. Jr. (ed.) (2000). *Salud y Equidad: Una Mirada desde las Ciencias Sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brown, J. L. (2015). Los movimientos antivacunas en internet. Notas para el debate. En Petracci, M. (coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp. 99-111). Buenos Aires: Prometeo.
- Cáceres Riquelme, J. y Herrera Pardo, H. (2014). Las formas fijas y sus márgenes: Sobre “Estructuras de sentimiento” de Raymond Williams. Una trayectoria. *UNIVERSUM*, 29 (1), 173-191.
- Calvo Sanz, J.M, Martínez Carné, M.C., García Tiscar, E. (2006). Tratamiento de los trastornos depresivos en atención primaria con terapia floral. *Medicina Naturista*, 9, 442-449.
- Canguilhem, G. ([1966] 2005). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Cano Oron, L. (2016). Correlación entre las búsquedas sobre terapias complementarias en Google y su uso por parte de la población española. *Panace@*, 17 (44), 124-132.
- Carballeda, A. (2014). *Apuntes de la medicalización como trasfondo de la intervención social*. Bs. As.: Margen.
- Carbonetti, A. (2007). Políticas estatales y medicina frente a la epidemia de cólera de 1867-68 en Córdoba y Rosario. En Carbonetti, A. (comp.), *Historias de enfermedad en Córdoba desde la colonia hasta el siglo XXI* (pp. 21-34). Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Secretaría de Cultura de la Municipalidad de Córdoba.
- Carbonetti A. y González Leandri, R. (edit.) (2008). *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.
- Carozzi, M. J. (1999). La autonomía como religión: la nueva era. *Alteridades*, 9 (18), 19-38.
- Carozzi, M. J. (2000). *Nueva era y terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina.
- Carrette, J. & King, R. (2005). *Selling Spirituality. The silent takeover of religión*. London/New York: Routledge.
- Castro Orellana, R. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 7, 7-25.

- Centro de Estudios de Opinión Ciudadana (CEOC) – UTalca. (2010). *Diagnóstico situacional de medicinas complementarias alternativas en el país*. Universidad de Talca: Chile.
- Cevasco, M. E. (2003). *Para leer a Raymond Williams*. Wilde: Universidad Nacional de Quilmes.
- Cid Pomareda, L. (2008). *La terapia floral de Edward Bach, una herramienta coadyuvante para la terapia psicológica*. Tesis de Maestría. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Clarke, A. E., Mamo, M., Fishman, J. R., Shim, J., Fosket, J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, (68), 161–194.
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Colombia: Universidad de Antioquia, Contus.
- Cófreces, P., Ofman, S. D. y Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, (4), 19-34.
- Colacrai, P., Ferragutti, G., Manchado, M. (2010). Sálvese quién pueda: la sociedad de la medicina complementaria. *XIV Jornadas Nacional de Investigadores en Comunicación*. Bernal: UNQuilmes.
- Colacrai, P., Ferragutti, G., Manchado, M. (2013) En la encrucijada del “sendero del medio”: la dinámica de emplazamientos y desplazamientos discursivos en torno a la concepción del cuerpo en revistas de medicinas complementarias de la ciudad de Rosario. *De Prácticas y discursos, Cuadernos de Ciencias Sociales*, 2 (2).
- Comelles, J. M. y Martínez Hernáez, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.
- Comelles, J. M. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI. En Fernández Juárez, G. (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala.
- Conrad, P. & Leiter, V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158–176.
- Costa, F. y Rodríguez, P. (2017). *La salud inalcanzable. Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana*. Bs. As.: Eudeba.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10 (4).

- Cristiano, J. (2017). *Imaginación y acción social: elementos para una teoría sociológica de la creatividad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CICCUS.
- Crivos, M. (2007). El estudio de la narrativa de casos: una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas. En, Idoyaga Molina, A. (edit.), *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad* (pp. 87-113). Buenos Aires: CAEA-IUNA.
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Questión*, 1 (18).
- Cuberli, M. y Albaronedo, M. V. (2012). Categorías analíticas para la investigación en comunicación y salud. Aportes desde el análisis del discurso. *Alaic 2012, XI Congreso Latinoamericano de investigadores de la Comunicación*. Montevideo.
- Chignola, S. (2016). Vida, trabajo, lenguaje. Biopolítica y biocapitalismo. *Revista Barda*, 2 (2), 200-220.
- D'Angelo, A. (2012). Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental: Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención. *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*. UNLP, La Plata.
- D'Angelo, A. (2014). "Al final todos terminaron viniendo como a terapia". El yoga entre la complementariedad pragmática, el trabajo terapéutico y la reorientación del self. *Astrolabio, Nueva época*, 12, 193-225.
- De Certeau, M. ([1990] 2010). *La invención de lo cotidiano. I Artes de hacer*. México: Universidad Iberoamericana.
- De la Torre, R. y Gutiérrez Zúñiga, C. (2005). La lógica del mercado y la lógica de la creencia en la creación de mercancías simbólicas. *Desacatos*, 18, 53-70.
- De la Torre, R. (2006). Circuitos Mass mediáticos de la oferta neoesotérica: new age y neomagia popular en Guadalajara. *Alteridades*, 32, 29-41.
- De la Torre, R. y Gutiérrez Zúñiga, C. (2011). La neomexicanidad y los circuitos *new age* ¿Un hibridismo sin fronteras o múltiples estrategias de síntesis espiritual? *Archives de sciences sociales des religions*, 153, 183-206.
- De la Torre, R. (2014) Los newagers: el efecto colibrí. Artífices de menús especializados, tejedores de circuitos en la red y polinizadores de culturas híbridas. *Religião e Sociedade*, 34 (2), 36-64.
- Deleuze, G. (1995). *Conversaciones*. Valencia: Pretextos.

- Deleuze, G. (2005). *Derrames. Entre el capitalismo y la esquizofrenia*. Buenos Aires: Cactus.
- Díaz Larrañaga, N., Grassi, L. y Mainini, C. (2011). *Socialidad: los modos de apropiación del espacio público*. La Plata: FPyCS, Universidad Nacional de La Plata.
- Di Liscia, M. S. (2003). *Saberes, Terapias y Practicas Médicas en Argentina (1750-1910)* Madrid: Biblioteca de Historia de America, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Dimitriu, A. y Loaiza, M. (2011a). Nuevos pactos, viejas historias. Desarrollo y negocios ambientales: el plan agroalimentario en la provincia de Río Negro. *IV Jornadas de Historia Social de la Patagonia*. U.N de La Pampa, Santa Rosa (L. P.).
- Dimitriu, A. y Loaiza, M. (2011b). Sociedad, naturaleza y comunicación. Agronegocios en Río Negro, seguridad alimentaria para China. *IX Enacom (Encuentro Nacional de Carreras de Comunicación), VI Expocom y III Encuentro Felafacs del Cono Sur*. U. N. Río Negro, Viedma (RN).
- Douglas, M. (1998). *Estilos de pensar*. Barcelona: Gedisa.
- Duany Veranes, D. E., Alvarez Cuñat, V., Pérez Reyna, E. (2010). Terapia floral y tratamientos psicopedagógicos en escolares con trastornos por déficit de atención con hiperactividad. *MEDISAN*, 14 (3): 289-293.
- Duarte Gómez, M. B. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 635-643.
- Duer, C. (2018). Clases medias y consumos culturales espirituales. Cruces y convergencias entre la socialidad espiritual y la socialidad neoliberal en el marco del capitalismo tardío. En, Wortman, A. (comp.), *Un mundo de sensaciones: sensibilidades e imaginarios en producciones y consumos culturales argentinos del siglo XXI* (pp. 215-240). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Echevarría Pérez, P. (2008). Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales. *Gazeta de Antropología*, 24 (2).
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ehrenberg, A. (2004). *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Escudero-Carretero, M. J., Prieto Rodríguez, M., Fernández Fernández, I., March Cerdá, J. C. (2006). La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. *Atención Primaria*, 38: 8-15.
- Escribà-Sales, E., Cortiñas Rovira, S. y Alonso-Marcos, F. (2015). La pseudociencia en los medios de comunicación: estudio de caso del tratamiento de la homeopatía en la prensa española y británica durante el período 2009-2014. *Panace@*, 16 (42), 177-183.
- Eymann, A., Bellomo, M. M., Catsicaris, C, y Wahren, C. (2009) Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad. Buenos Aires. *Archivo Argentino de Pediatría*, 107 (4), 321-328.
- Eyzaguirre Beltroy, C. F. (2016). *El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Fadlon, J. (2005). *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. New York: New York Press.
- Featherstone, M. (2000). *Cultura de consumo y posmodernismo*. Buenos Aires : Amorrortu.
- Fernández Hasan, V. (2011). Balance de los Estudios Culturales en América Latina. La ruta de la Comunicación en la definición de objeto. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 1, 359-380.
- Fernández Juárez, G. (Coord.) (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala.
- Fernández Martell, R. M., Sánchez Fernández, C.M., Suárez M. A., Hernández González S. I., Dopico Toledo A, Véliz Guerra, L.T. (2016). Tratamiento del vitiligo con esencias florales de Bach. Presentación de casos. *Rev. Méd. Electrón*, 38 (1).
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Revista Educación médica y salud* , 10 (2), 152-169.
- Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Montevideo: Norda-Altamira.
- Foucault, M. ([1953] 2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, J. A. y Pecci, C. (2002). La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina*, 62, 111-118.

- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2010). Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios. Documento de trabajo n° 54. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Freidin, B. y Ballesteros, M. (2012). La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina. *Papeles de Trabajo*, 6 (10), 128-159.
- Freidin, B., Ballesteros, M. y Echeconea, M. (2013). En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires. Documento de Trabajo N° 65. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Freidin, B. y Krause, M. (2017). La atención de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital, y experiencias biográficas. En Freidin, B. (coord.), *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires* (pp. 63-97). Buenos Aires: Imago Mundi.
- Freidin, B. (coord.) (2017). *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Fuentes Navarro, R. (2002). Comunicación, cultura y sociedad. Fundamentos conceptuales de la transdisciplinariedad. *Tram(p)as de la Comunicación y la Cultura*, 1 (1), 12-29.
- Gámez Torres, N. (2007). El paradigma de la mediación: crítica y perspectivas. *Mediaciones Sociales*, 1 (II), 195-213.
- Gaylor, S., & Coeytaux, R. (2002). Complementary and alternative therapies in family practices. En, Sloane, P.D., Platt, L.S., Ebell, M.H. & Jacques, L. B. (eds.), *Essential of family practices* (pp. 97-113). Philadelphia: Lippincott Williams & Willis.
- Geertz, C. ([1973] 2005). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. ([1963]1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu
- Goffman, E. ([1975] 2006). *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid: CIS – Siglo XXI.
- Gómez Agudelo, L. F. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas de algunos médicos colombianos acerca de la medicina alternativa y/o complementaria. *Archivos de Medicina* 17 (2), 326-337.

- González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires (1852-1886)*. Madrid: CSIC.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Greenhalgh, T. & Wessely, S. (2004). Health for me: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin*, 69, 197-213.
- Grossberg, L. (2012). *Estudios culturales en tiempo futuro. Cómo es el trabajo intelectual que requiere el mundo de hoy*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Gutiérrez Zúñiga, C. (2013). Construcción de prácticas terapéuticas en redes de mercadeo en México. *XVII Jornadas sobre Alternativas religiosas na América Latina*. UFRGS, Porto Alegre, Brasil.
- Hall, S. (1980). Cultural Studies: two paradigms. *Media, culture and society* (2), 57-72.
- Hall, S. (1996). Codificar/decodificar. En, Hall, S., Hobson, D., Lowe, A. y Willis, P. (edit.), *Culture, Media, Language. Working Papers in Cultural Studies, 1972-79* (pp. 129-139). Londres: Routledge & The CCCS University of Birmingham.
- Hall, S. y du Gay, P. (comps.) (1996). *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hall, S. y Jefferson, T. (eds.) ([1975] 2006). *Rituales de resistencia. Subculturas juveniles en la Gran Bretaña de postguerra*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Hall, S. (2017). *Estudios culturales 1983. Una historia teórica*. Buenos Aires: Paidós.
- Hamui Sutton, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*. 18 (52), 51-70.
- Hamui Sutton, L., Fuentes García R., Aguirre Hernández R., Ramírez de la Roche, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*. México: UNAM.
- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Heelas, P. (2008). *Spiritualities of life. New Age romanticism and consumptive capitalism*. Oxford: Blackwell
- Idoyaga Molina, A. (2002). *Culturas, enfermedades y medicinas: reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: IUNA.

- Idoyaga Molina, A. (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, XXVII, 111-147.
- Idoyaga Molina, A. (edit.) (2007). *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*, Volumen 1. Buenos Aires: CAEA-IUNA.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Illouz, E. (2007). *Intimididades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Madrid: Katz.
- Isaac Otero, G., Molina Alonso, D., Asencio López, L., Leal Leal, C. (2016). Uso de la medicina alternativa y complementaria (MAC) en el cáncer infantil: encuesta de 100 casos en un instituto de tercer nivel de atención. *Gaceta Médica de México*, 152: 7-12.
- Kejner, J. y Monasterio, J. (2019). Contextualismo radical: una vuelta a los Estudios Culturales de Birmingham en y desde la Norpatagonia. En Galafassi, G. y Ferrari, F. (comp.), *Disputas, Hegemonía y Subjetividad*, (pp. 195- 210). Ranelagh: Extramuros.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. USA: University of California Press.
- Krmpotic, C. (comp.) (2008). *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- Krmpotic, C. (2016). Cuidar la salud en lo diverso. Medicina multicultural como un fenómeno de larga duración. En, Krmpotic, C. y Saizar, M. M., *Políticas sociosanitarias y alternativas terapéuticas: intersecciones bajo la lupa* (pp. 17-24). Buenos Aires: Espacio.
- Labra, D. (2014). ¿Y cómo lo hace sentir eso? Conceptos del análisis cultural de Raymond Williams y su vigencia en el mundo de la tecnología de la información actual. *Prácticas de Oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, 14.
- Lahire, B. (2004). *El hombre plural. Los resortes de la acción*. Barcelona: Bellaterra.
- Lahire, B. (2006). *El espíritu sociológico*. Buenos Aires: Manantial.
- Lahire, B. (2017). “Mundo plural: ¿por qué los individuos hacen lo que hacen?” *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, RELMECS*, 7 (2).
- Landa, M. I. (2014). La sonrisa del éxito. Figuraciones de una subjetividad exigida. *Arixu de Ciéncies Socials*, 30, 153-168.
- Landa, M. I. (2016). *Fitness-management: el conflictivo devenir de una cultura empresarial*. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 38 (1), 18-25.

- Landin Mesa, Y. y Noda García, T. I. (2002). Terapia Floral en síntomas climatéricos. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol*, 28 (2):111-119.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Del Sol.
- Latour, B. (1993) *Nunca hemos sido modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Madrid: Debate.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lemos Hoyos, M., Restrepo Ochoa, D., Londoño, C. R. (2008). Revisión crítica del concepto psicosomático a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 137-147.
- Livon-Grosman, E. (2003). *Geografías imaginarias: el relato de viajes y la construcción del espacio patagónico*. Rosario: Beatriz Viterbo.
- Loaiza, M. (2013a). Resistencias y complementariedades frente al modelo biomédico. Construcción de sentidos desde los usuarios de terapéuticas alternativas. *XVII Jornadas sobre Alternativas religiosas na América Latina*. UFRGDS, Porto Alegre.
- Loaiza, M. (2013b). Experiencias terapéuticas alternativas en Patagonia norte. Prácticas culturales y circulación. *X Reunión de Antropología del Mercosur (RAM)*. UNC, Córdoba.
- Loaiza, M. (2014). De hegemonías y subalternidades en el campo de la salud. Reflexiones desde experiencias en terapias alternativas. *XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIIC)*. PUCP, Lima.
- Loaiza, M. (2015). El cuerpo: construcción de sentidos desde prácticas no hegemónicas en salud. *VIII Seminario Regional (Cono Sur) ALAIIC*. UNC, Córdoba.
- Loaiza, M. (2016). Salud/enfermedad. Reflexiones sobre prácticas culturales en tensión. *XX Jornadas Nacionales de Investigadores en Comunicación*. UNPSJB, C. Rivadavia, Chubut.
- Loaiza, M. y Solana, D. (2019). De hegemonía y procesos culturales: la dimensión política de lo comunicacional. En Galafassi, G. y Ferrari, F. (comp.), *Disputas, Hegemonía y Subjetividad* (pp. 181-195). Ranelagh: Extramuros.
- Lobo Burgos, Y. C. (2010). Estudio de la aplicación del modelo terapéutico de Edward Bach, en las prácticas clínicas de los Terapeutas Florales. Tesis de Maestría. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

- López-Cantos, F. (2017a). Comunicación pública de la pseudociencia: homeópatas y orgonitas 2.0. *Razón y Palabra*, 21 (1_96), 355-372.
- López-Cantos, F. (2017b). El discurso de la felicidad de las terapias alternativas en Facebook. *Razón y Palabra*, 21, (3_98), 381-393.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage publications.
- Luz, M. T. (2005) Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Rev. Saúde Coletiva*, 15 (suplemento), 145- 176.
- Maceo Palacio, O., Ramos Guevara, K., Maceo Palacio, A., Morales Blanco, I. (2013). Eficacia de la terapia floral de Bach contra el estrés académico en estudiantes de primer año de estomatología. *MEDISAN*, 17 (9): 40-64.
- Magnani, J. G. C. (2014). O Circuito: proposta de delimitação da categoria. *Ponto Urbe*, 15.
- Maluf, S. (2005). Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da ‘Nova Era’. *Mana*, 11 (2), 499-528.
- Martínez, A. T. (2013). Intelectuales de provincia: entre lo local y lo periférico. *Prismas, Revista de historia intelectual*, 17, 169-180.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design an interactive approach*. London: Sage publications.
- Melucci, A. (1999). *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*. México: El Colegio de México.
- Méndez Rubio, A. (2012). Comunicación, prácticas culturales y subalternidad. *Perspectivas de la Comunicación* , 5 (1), 83-90.
- Mendizabal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En, Vasilachis de Gialdino, I. (coord.), *Estrategias de Investigación Cualitativa* (pp. 65-106). Barcelona: Gedisa.
- Menéndez, E. L. (1984). “El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y alternativas”. *Archiu D’Etnografia de Catalunya* (3), 85-118.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. UBA, Buenos Aires.
- Menéndez, E. L. (1992). *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. B. (2006). “Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México”. *Desacatos*, 20, 29-52.
- Menéndez, E. L. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Milburn, Michael P. (2004) *Understanding the convergence of complementary, alternative & conventional care. Program on integrative medicine*. University of North Carolina at Chapel hill.
- Milmaniene, M. (2011) El curandero y la modernidad: reflexiones en torno a la eficacia simbólica. *Litteris*, 7.
- Murguía, A., Ordorika, T.; Lendo, L. F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde*. 23 (3), 635-651.
- Novoa, A. & Levine, A. (2010). *From Man to Ape. Darwinism in Argentina, 1870-1920*. Chicago: University Chicago Press.
- Oliszewski, D. (2012). “Según la curandera era un mal el que nos habían hecho”. Estigma, poder y subalternidad: la noción de daño dentro del curanderismo. *Intersticios, Revista Sociológica de Pensamiento crítico*, 6 (2), 165-174.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*.
- OMS (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.
- OMS (2019). *Informe global sobre medicina tradicional y complementaria*.
- Papalini, V. (2007). La domesticación de los cuerpos. *Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, 4 (1), 39-53.
- Papalini, V. (2016). Subjetividades exigidas y estrategias de afrontamiento. En, Krmpotic, C. y Saizar, M. M. (coord.), *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa* (pp. 43-60). Buenos Aires: Espacio.
- Papalini, V. y Echavarría, C. (2016). Los significados contrapuestos del bienestar: de la felicidad al wellness. *Ensamblés*, 3 (4- 5), 35-53.
- Papalini, V. (2017). Curar o sanar: distintos modos de apropiación de las lecturas terapéuticas. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 18 (1), 1-21.

- Pélibart, P. P. (2009). *Filosofía de la deserción*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Peña, A. y Paco, O. (2007). Medicina alternativa: intento de análisis. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68 (1), 87-96.
- Perdiguero, E. y Comelles, J. M. (eds.) (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Pérez de A. Rodríguez, M., Pérez, L. A., Moré Chang, C. X., Rega Echeverría, D., Blanco Ramos, C. (2014). Aplicación de la terapia floral en pacientes con enfermedades autoinmunes. *Acta Médica del Centro*, 8 (1), 10-21.
- Pescosolido, B. (1991). Illness careers and network ties: a conceptual model of utilization and compliance. En G. Albrecht, & J. Levy (Eds.), *Advances in medical sociology* (pp. 161-184). Greenwich, CT: JAI Press.
- Petracci, M. y Waisbord, S. (comp.) (2011). *Comunicación y Salud en Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
- Petracci, M. (coord.) (2015). *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.
- Petracci, M., Schwarz, P., Rodríguez Zoya, P. G. (2017). *Comunicación y Salud: las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M., Sanchez Antelo, V., Schwarz, P., Mendes Diz, A. M. (2017). La relación médico paciente en la indagación académica contemporánea. En, *Comunicación y Salud: las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*. (pp. 105-182). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Pitluk, R. (2006). Selección terapéutica y resignificación de medicinas exóticas en Buenos Aires. *Scripta Ethnologica*, vol. XXVIII, 65-78.
- Pitluk, R. (2008). El shiatsu en Buenos Aires. Efectos terapéuticos y cambio cosmovisional. *Scripta Ethnologica*, XXX, 45-62.
- Polizuk, S. (2017). Estructuras del sentir en contextos de politicidad juvenil. *De Prácticas y discursos*, 6 (7).
- Rakel, D. (ed.) (2007). *Integrative medicine*. Philadelphia: Saunders.
- Reguillo, R. (2004). Los estudios culturales. El mapa incómodo de un relato inconcluso. *Redes.Com*, 2, 189-199.

- Restrepo, E. (coord.) (2014). *Stuart Hall desde el sur: legados y apropiaciones*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Rillo, Arturo G., Jaimes García, J., Vega-Mondragón, L. (2009). Desilusión de la tecnología médica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8 (4).
- Rizo García, M. (2009). La comunicación, ¿ciencia u objeto de estudio? apuntes para el debate. *Question*, (1) 23.
- Robles Salgado, F. (2005). Contramodernidad y desigualdad social: Individualización e individuación, inclusión/exclusión y construcción de identidad. La necesidad de una sociología de la exclusión. *Revista Mad*, (12), 27-57.
- Rodríguez, M. G. (2008). La pisada, la huella y el pie. En, Alabarces, P. y Rodríguez, M. G. (comp.). *Resistencias y mediaciones. Estudios sobre cultura popular* (pp.307-335). Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez Zoya, P. G. (2017). Notas para pensar la complejidad del campo de Comunicación y Salud. En, Petracci, M., Schwarz, P., Rodríguez Zoya, P. G., *Comunicación y Salud: las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (pp. 13-68). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Rose, N. (1996). *Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood*. New York: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2001) The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18 (6), 1-30.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.
- Rueda Barrera, E. A. y Villavicencio, S. (comp) (2018). *Modernidad, colonialismo y emancipación en América Latina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Rueda Macías, N. M., Poll Pineda, J. A., Ramos Hernández, L., Poll Rueda, A. (2012). Terapia floral como modalidad terapéutica en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *MEDISAN*, 16 (10), 1533-1539.
- Saavedra N. y Berenzon, S. (2010). La comercialización de las medicinas alternativas. Consumo de espacios de inmunidad. El caso de la ciudad de México. *Gazeta de Antropología*, 26 (2), art. 41.
- Saintout, F. (2011). Los estudios socioculturales y la comunicación: un mapa desplazado. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 8-9, 144-153.

- Saizar, M. M. (2008a). Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Sociedade e Cultura*, 11 (1), 112-122.
- Saizar, M. M. (2008b). Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente, en Krmpotic, C. (comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud* (pp. 35-53). Buenos Aires: Espacio.
- Saizar, M. (2009). *De Krishna a Chopra. Filosofía y prácticas del yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Saizar, M. M., Sarudiansky, M. y Korman, G. P. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires. *Psicología & Sociedade*, 25 (2), 451-460.
- Saizar, M. M. (2013). Complementariedad terapéutica entre terapias alternativas y biomedicina desde la perspectiva de los usuarios. *X Reunión de Antropología del Mercosur (RAM)*, Córdoba: UNC.
- Saizar, M. M. y Bordes, M. (2014) Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, XXIX, 9-23.
- Saizar, M. M. (2016). De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. En, Krmpotic, C. y Saizar, M. M., *Políticas sociosanitarias y alternativas terapéuticas: intersecciones bajo la lupa*, (pp. 25-42). Buenos Aires: Espacio.
- Saks, M. (2001). Alternative medicine and the health care division of labour: Present trends and future prospects. *Current Sociology*, 49, 119-134.
- Sarlo, B. (1993). Raymond Williams: una relectura. *Punto de Vista, Revista de Cultura*. XVI (45), 12-15.
- Sarti, C. (2010). Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, RBCS*, 25 (7), 77-90.
- Schmucler, H. (1984). Un proyecto de comunicación/cultura. *Comunicación y Cultura*, 12, 3-8.
- Schütz, A. (1973). *El problema de la realidad social, Escritos I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo.
- Semán, P. y Viotti, N. (2015). El paraíso está dentro de nosotros. La espiritualidad de la Nueva Era, ayer y hoy. *Nueva Sociedad*, 260, 81-94.
- Serrano, M. M. ([1978] 2008). *La mediación social*. Madrid: Akal.

- Serrano González, L. M., Caballero González, C., Barranco Peregrino, B., Roca, Morales, F. (2005). Eficacia de la Terapia Floral en el tratamiento de la diversidad. *Archivo Médico de Camagüey*, 9 (5), 9-17.
- Setton, D. y Algranti, J. (2009). Habitar las instituciones religiosas. Corporeidad y espacio en el campo judaico y pentecostal. *Alteridades*, 19 (38), 77-94.
- Sierra Ríos, S. P., Urrego Mendoza, D. Z., Jaime, J. D. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la medicina alternativa en médicos vinculados a hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Salud Pública*, 14 (3), 478-490.
- Souza, P. (2007). El Círculo Médico Argentino y su papel en la configuración del pensamiento médico clínico (Buenos Aires, 1875-1883). *Entrepasados*, 31,141-159.
- Stavinsky, S. (2016). Médicos de sí mismos. Medicina naturista, revolución social y éxodo de la ciudad en el anarquismo de Buenos Aires a comienzos del siglo XX. *Ecopolítica*, 16, 2-25.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida y producción del sufrimiento psíquico. Lugar de la medicalización en la configuración de lo subjetivo. En, Lerner, H. (comp.), *Los Sufrimientos*. Buenos Aires: Psicolibro.
- Strauss, A. L. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Colombia: Contus.
- Terrón Blanco, J. L. (2010) Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1 (2), 77-97.
- Tesser Ch. D. & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 195-206.
- Thompson, E. P. (1995). *Costumbres en común*. Barcelona: Crítica.
- Toniol, R. (2015). Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. Tesis de Doctorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Trpin, V. (2004). *Aprender a ser chilenos. Identidad, trabajo y residencia de migrantes en el Alto Valle de Río Negro*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Vallejo, M. (2014). Buenos Aires mesmérica. Hipnosis y magnetismo en la cultura y la ciencia de la capital argentina (1870-1900). *Iberoamericana*, XIV (56), 7-26.

- Valverde, C. (2009). Los pacientes sangran historias: Un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos. *NORTE de Salud Mental*, 34, 75–84.
- Varela, M. (1999). De las culturas populares a las comunidades interpretativas. *Diálogos de la comunicación*, (56), 92-103.
- Vilehna Mascarenhas, P. (2012). Alimentación y dietética en los procesos de subjetivación. En Arnaiz, M. G. (edit.), *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios* (pp. 103-120). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, URV.
- Viotti, N. y Vargas, P. (2013). Prosperidad y espiritualismo para todos: un análisis sobre la noción de emprendedor en eventos masivos de Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos*, 19 (40), 343-364.
- Viotti, N. (2017). Emoción y nuevas espiritualidades. Por una perspectiva relacional y situada de los afectos. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, 28, 175-191.
- 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.
- Vizer, E. A. (2006). *La trama (in)visible de la vida social: comunicación, sentido y realidad*. Buenos Aires: La Crujía.
- Waisman, I. (2009). Medicinas alternativas: entre el entusiasmo acrítico y el escepticismo desinformado. *Archivo Argentino de Pediatría*, 107 (4), 291-297.
- Weeks, L. & Strudsholm, T. T. (2008): A scoping review of research on complementary and alternative medicine (CAM) and the mass media: looking back, moving forward. *BMC complementary and alternative medicine*, 8 (1), 43.
- Williams, R. ([1980] 2012). *Cultura y materialismo*. Buenos Aires: la marca.
- Williams, R. ([1977] 2009). *Marxismo y literatura*. Buenos Aires: Las Cuarenta.



Universidad Nacional de Córdoba
2021 - Año del homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

**Hoja Adicional de Firmas
Informe Gráfico**

Número:

Referencia: Tesis completa - Marcelo Loaiza

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 301 pagina/s.

Digitally signed by GDE UNC
DN: cn=GDE UNC, c=AR, o=Universidad Nacional de Cordoba, ou=Prosecretaria de Informatica,
serialNumber=CUIT 30546670623
Date: 2021.03.03 22:29:57 -03'00'

Digitally signed by GDE UNC
DN: cn=GDE UNC, c=AR, o=Universidad
Nacional de Cordoba, ou=Prosecretaria de
Informatica, serialNumber=CUIT 30546670623
Date: 2021.03.03 22:30:03 -03'00'