

Biomedicina y terapias alternativas: fundamentos cosmovisionales de dos modelos interpretativos del cuerpo.

Mariana Bordes.

Cita:

Mariana Bordes (2008). *Biomedicina y terapias alternativas: fundamentos cosmovisionales de dos modelos interpretativos del cuerpo*. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-080/219>

Biomedicina y terapias alternativas: fundamentos cosmovisionales de dos modelos interpretativos del cuerpo

Mariana Bordes (CONICET-CAEA-FSOC UBA) marianabordes@yahoo.com.ar

Palabras clave: biomedicina-terapias alternativas-cuerpo

Introducción

El interés de las ciencias sociales por hacer del cuerpo una categoría analítica central se ha incrementado notoriamente en las últimas décadas (Basto de Albuquerque, 2001; Crossley, 2001; Shilling, 1993) siendo posible distinguir, entre los múltiples desarrollos en torno a este tema, estrategias de abordaje que hacen referencia a distintos niveles de análisis. En efecto, tanto la sociología como la antropología han hecho hincapié en este aspecto de la realidad humana como sitio de la percepción, donde se gestan las sensaciones y se expresan los sentimientos y emociones, en tanto superficie de inscripción (uso semiótico del cuerpo) y como categoría del discurso, así como también en su dimensión de objeto de intervención y control social e incluso político. Tal como lo sostiene Turner (1991), la corporalidad se constituye en las ciencias sociales como una categoría unificadora fundamental de la existencia humana en todos sus sentidos y niveles: cultural, social, psicológico y biológico. A través de un proceso de apropiación social –prosigue el autor- el cuerpo como organismo viviente deviene tanto en identidad social como en sujeto cultural, actuando al mismo tiempo como *producto* y *productor* de este proceso.

No obstante, cabe señalar que esta apropiación no se encuentra exenta de tensiones. Particularmente en lo que hace al espacio social de las prácticas y saberes médicos, el cuerpo se constituye en un ámbito en el que actualmente convergen diversas opciones que se disputan la posibilidad de nominar, de construir una visión legítima que permita significar y ordenar los procesos que lo toman como soporte, dotando de sentido las vivencias extracotidianas (en términos del carácter disruptivo que implica la irrupción de una enfermedad en la biografía de una persona) pero también aquellas que marcan la experiencia de todos los días (distintos tipos de sensaciones, tanto las consideradas en términos positivos –vitalidad, fuerza, bienestar- como negativos –molestias, dolores esporádicos, cansancio-). De acuerdo con Luz (1999) nos encontramos, ciertamente, ante la emergencia de racionalidades médicas *otras* que postulan nuevos “modelos” de interpretación de la salud a ser imitados, marcando una verdadera crisis cultural que abarca las relaciones entre sociedad y biomedicina –y el paradigma de la normalidad/patología en el que esta disciplina se sustenta.

Sin adentrarnos en la compleja cuestión acerca del modo en el que la racionalidad biomédica coexiste con otros paradigmas de percepción e interpretación de la corporalidad –especialmente aquel que subyace a las prácticas médicas que registran un mayor nivel de crecimiento en nuestra área de estudio (el Área Metropolitana de Buenos Aires), es decir, las denominadas “terapias alternativas”¹- la presente ponencia se propone un objetivo mucho más

¹ Denominamos terapias alternativas a aquellas habitualmente asociadas al movimiento Nueva Era, el cual alude a una serie de disciplinas, en su mayoría de raigambre oriental, que implican una perspectiva holística del ser humano, tales como la acupuntura, el reiki, el yoga, el tai chi chuan, la cromoterapia, digitopuntura, shiatsu, aromaterapia, reflexología, terapias de vidas pasadas, entre otras.

modesto, esto es, el de especificar algunas coordenadas que hacen a las diferencias entre estas dos formas de conceptualizar el cuerpo: la biomédica y la alternativa.

Para llevar a cabo este objetivo, el trabajo se divide en tres apartados. En el primero esbozaremos, a partir de la literatura sobre el tema, las dimensiones que aparecen como ejes conceptuales ineludibles a la hora de comprender la lógica específica en la que el cuerpo deviene en un objeto de conocimiento e intervención biomédico. En el segundo, intentaremos dar cuenta de los aspectos más significativos para la comparación en torno a las visiones del cuerpo que se construyen de modo específico al interior del universo de representaciones y prácticas de las medicinas denominadas de alternativa. Con este fin, realizamos un recorte en pos de delimitar nuestro universo de estudio, focalizándonos entonces en una disciplina alternativa particular: la reflexología.

La metodología empleada responde a un diseño cualitativo, y los materiales a partir de los cuales elaboramos esta última sección del trabajo consisten en entrevistas abiertas, extensas y recurrentes realizadas a usuarios y especialistas de la disciplina, así como también observación participante en el marco de talleres y clases. Del mismo modo, hemos tomado sesiones de reflexología con distintos especialistas, intentando guiarnos por un criterio de conocimiento que privilegia la introyección de la cultura estudiada por sobre el distanciamiento objetivo con pretensiones de neutralidad (Laplantine, 1996). Cabe destacar que las entrevistas elegidas son representativas de un corpus de mayor alcance correspondiente a una investigación en curso sobre las representaciones sobre la enfermedad, la salud y la terapia en el AMBA, particularmente usuarios y especialistas de terapias alternativas, que desde 2007 cuenta con financiamiento CONICET. Los informantes entrevistados son pertenecientes a sectores medios –oscilando entre nivel socioeconómico medio-bajo y medio-alto, y concurren o han concurrido en sus búsquedas de salud al Instituto Iberoamericano de Salud Holística situado en la zona céntrica de la Ciudad de Buenos Aires, y al Centro de Terapias Alternativas, ubicado en Liniers.

Fundamentos disciplinares del modelo biomédico de interpretación del cuerpo.

El estudio de la medicina moderna como abordaje terapéutico particular que se asume dominante en las sociedades occidentales -pretendiendo imponerse también en otras latitudes- ha forjado una fuerte tradición crítica que involucra distintas corrientes de la sociología y la antropología, principalmente. Retomando estos enfoques, y lejos de los ataques superficiales a esta forma de conocimiento -los cuales, ciertamente, terminan operando una suerte de demonización del cientificismo inherente a ella- es preciso diferenciar los distintos niveles de análisis que intervienen en la construcción del cuerpo como realidad específica, lo que implica tener en cuenta el carácter complejo, relacional y contextualmente contingente de las definiciones y prácticas que articulan y actualizan la racionalidad de la biomedicina como un todo.

Teniendo esto en cuenta, cabe hacer referencia a un primer aspecto que ha sido ampliamente referido en el ámbito académico de las ciencias sociales: el de los límites epistemológicos implicados en la comprensión biologicista del cuerpo y la enfermedad, lo que remite al plano distintivo de la teoría disciplinar. La antropología médica contemporánea, la sociología de la salud, así como también los estudios feministas, han subrayado el claro predominio del paradigma empirista como matriz cognoscitiva de la medicina convencional, el cual sostiene que la naturaleza, en tanto entidad física y empíricamente observable, constituye el fundamento objetivo y, por ende, científicamente verificable de la realidad. De acuerdo a François Laplantine (1998), en efecto, a partir del descubrimiento de la microbiología la denominada medicina académica deviene en una *biomedicina*, en la medida

en que se radicaliza en un estricto esencialismo que sostiene la idea de que las enfermedades - en tanto agentes patógenos de carácter exógeno- revisten una naturaleza ontológica independiente de los comportamientos del individuo que las padece. Esto redundaría en un estricto especificismo etiológico, que implica la búsqueda por aislar e identificar inequívocamente la especificidad de los síntomas y su origen en términos causalistas y mecanicistas.

En el marco de la preeminencia de este lenguaje técnico altamente especializado, se opera el pasaje de una mirada² clínica (centrada en el contacto directo con el enfermo y la historia que tiene para contar) a una mirada centrada en la positividad del examen y la observación. Este modelo determina la consolidación del ideal de la objetividad metodológica, que consiste en evaluar y diagnosticar enfermedades empíricamente sobre la base del conocimiento de relaciones de causa-efecto, ideal que va a fijar los criterios normativos de acción de la práctica clínica. Esto se realiza en conformidad con una idea de progreso sin límites, en virtud de la cual la medicina sostiene la convicción de que toda enfermedad puede ser entendida si se reducen los procesos implicados a las unidades componentes fundamentales y se estudian sus interacciones, las cuales responden a leyes universales y, por tanto, son técnicamente predecibles y controlables (Habermas, 1999).

Sobre la base de este modelo de comprensión tomado de la biología, la biomedicina puede reducir lo irracional y desordenado de los síntomas relatados por el paciente y subsumirlo al orden teórico de las estructuras fisiológicas, lo que permite la clasificación en taxonomías fijadas apriorísticamente. Como bien señala Good (1994) desde el lenguaje de la biomedicina -que se considera a sí mismo “transparente” en relación con el mundo natural- el conjunto de relatos, comentarios y quejas del paciente tiene sentido si y sólo si refleja un estado fisiológico subyacente, es decir, si es encontrado en relación con lo descrito por el lego, un referente empírico que lo justifique.

Esta modalidad hermenéutica particular impacta tanto en la lógica diagnóstica como en la terapéutica a seguir: en efecto, en tanto la búsqueda de evidencias objetivas de la enfermedad se constituye en la base de la terapia, sólo si esta identificación es exitosa el tratamiento implementado redundará en la curación del sujeto, lo que no ocurre en el caso de que las causas permanezcan difusas. La posibilidad de detectar de modo inequívoco el origen del mal constituye, entonces, la precondition necesaria para la aplicación de tratamientos, de carácter netamente estandarizado en este marco de comprensión (Launsø, 1989).

En este contexto, como podemos observar, se delinea una definición de la realidad corporal que insiste de modo extremo en su aspecto material como base de conocimiento y criterio de verdad.

El cuerpo, en tanto se constituye en la *sede* donde las enfermedades emergen y se desenvuelven, deviene en el lugar privilegiado del conocimiento médico (Lock y Gordon, 1988), siendo así crecientemente reducido al estatuto de organismo anatómico-fisiológico. Esto remite no sólo a una referencia explícita a la corporeidad como espacio topográfico en el que el “mal” puede localizarse en un sentido literal, sino asimismo como una realidad dinámica y funcional, respecto de la cual la enfermedad puede ser el resultado de la misma función fisiológica, pero desviada³. Siguiendo a Byron Good (1994) desde las etapas formativas del estudiante como profesional médico, el cuerpo es introducido como una

² Esta noción ha sido especialmente elaborada por Foucault (1975) para dar cuenta de los horizontes de lo visible y de lo pensable que se delinean al interior de las teorías médicas en uso en el marco de una coyuntura histórica determinada. En relación con la enfermedad y el cuerpo, esto implica que hay una comprensión de los padecimientos y un conjunto de conceptos que condicionan lo que es plausible de ser visto y tratado.

³ A este respecto, Laplantine (1998) retoma la representación del cuerpo y la enfermedad esbozada por la patofisiología desde comienzos del s.XIX, la cual sostiene que las enfermedades no sólo pueden ser producidas por efecto directo de un agente patógeno, sino como resultado de una alteración cualitativa de las funciones normales del organismo, planteándose así un continuum entre salud y enfermedad y no una distinción ontológica.

entidad de múltiples niveles que se articulan entre sí jerárquicamente: visto desde un microscopio, en su faceta netamente física en el laboratorio de anatomía, o escrutado a través de la tecnología radiológica, la corporalidad mediante la cual interactuamos en la vida cotidiana emerge como una estructura tridimensional cognoscible preponderantemente a través del *sentido visual*.

A su vez, el cuerpo como realidad accesible a partir de su matriz de visibilidad determina su conocimiento de modo fragmentado, ya que cada dimensión estudiada se convierte en un universo en sí mismo que requiere de un entrenamiento diferencial de la mirada⁴. Esta visión del cuerpo, bien entendido, redundante en una subsiguiente especialización de la disciplina, lo que contribuye a la fragmentación y parcialización progresiva del cuerpo.

La antropología médica ha subrayado de modo enfático que este marcado acento en el aspecto orgánico de la corporalidad humana reviste una lógica sustancialista, en la medida en que conduce al establecimiento de un dualismo tajante entre materia y mente (Kirmayer, 1988). Esto es de especial importancia, ya que en la práctica clínica concreta –como señala Kleinman (1995)- este modo de comprensión dual se traduce en otros dualismos tajantes de implicancias específicas: cuerpo/conciencia, enfermedades reales/funcionales, y efectos terapéuticos verificables científicamente/efectos no específicos, descriptos en términos de placebo. Siguiendo a Kleinman, esto se comprende ya que, en tanto lo biológico constituye el plano visible del cuerpo, se convierte en una sustancia mucho más fundamental que las quejas, comentarios y relatos de los pacientes (que sólo adquieren sentido si tienen un correlato fisiológico). En este marco, por consiguiente, los aspectos psicológico, social y moral constituyen una suerte de *epifenómeno* que se encuentra lejos de reflejar la realidad última de los procesos corporales, la “cosa real”, esto es, la biología como una estructura de índole físico-química. De ahí que los otros órdenes de la realidad implicados en los fenómenos médicos sean, por definición, cuestionables (Gordon, 1988).

Pues bien, estas consideraciones ponen de relieve uno de los aspectos más destacados de las críticas que las ciencias sociales dirigen contra la biomedicina en tanto forma de saber, esto es: el doble movimiento de omisión y exclusión que opera sobre la experiencia vivida del cuerpo y sus procesos.

Desde una perspectiva fenomenológica, Leder (1990) sostiene que en circunstancias normales se vislumbra una naturaleza ausente del cuerpo, una presencia constante que es más una base (*ground*) perceptiva del sujeto que un objeto de su atención. Esta percepción del cuerpo, empero, se ve repentinamente modificada por el advenimiento de una patología, lo que pone al cuerpo en el centro de la escena como un objeto disfuncional. Desde el punto de vista del individuo sufriente, entonces, el cuerpo aparece alienado del sí mismo (*self*), lo que produce un fuerte impacto existencial marcado por el desmoronamiento de la evidencia corporal y la crisis de sentido que sobreviene en consecuencia. En este marco, se puede decir que la biomedicina refuerza la sensación de extrañamiento generada en el contexto del surgimiento de una enfermedad. En tanto concibe al cuerpo de modo aislado como un mecanismo bioquímico, la restauración de la funcionalidad del mismo opera como una revalidación de esa mirada dualista que separa cuerpo y mente.

Ahora bien, es de notar que esta mirada descontextualizada y descontextualizante operada por la biomedicina en relación con los aspectos no biológicos del cuerpo, no sólo se desprende de las discrepancias existentes entre las clasificaciones y conceptos científicos y la experiencia subjetiva de la enfermedad. Evidentemente, todo universo simbólico tiene sus

⁴ En este sentido, el autor remarca que examinar tanto las ilustraciones a color de un atlas de histología como la observación de muestras a través del microscopio, formas, colores y líneas, todas aparecen bajo los términos de una confusión para el ojo inexperto. Aprender a darle sentido a esta realidad caótica implica, ante todo, aprender a ver (Good, 1994: 74).

límites de significación en la medida en que articula un determinado horizonte de posibles, dejando necesariamente a otros afuera. Pero el carácter excluyente que este enfoque médico particular sustenta en relación con perspectivas disímiles no resulta únicamente de sus características como matriz de sentido de rasgos específicos, sino que resulta posible, se reproduce y se actualiza en las prácticas que sostienen los profesionales de la salud en situaciones concretas.

En relación con esto último, y más allá del hincapié puesto en los límites que un enfoque científicista impone en la comprensión del cuerpo, cabe destacar el modo en el que la práctica clínica y el conocimiento instrumentado en la misma producen y reproducen una mirada del paciente como organismo biológico que tiene una razón de ser y una eficacia que sólo puede comprenderse en el marco de las relaciones sociales objetivas que hacen a la medicina convencional un espacio social con sus reglas, agentes y lógicas propias.

Sin extendernos demasiado en este tópico, consideramos de interés delinear al menos algunas coordenadas que sirvan como complemento analítico en pos de comprender la manera en la que el saber biomédico concibe el cuerpo humano y sostiene la legitimidad de ese conocimiento a pesar de las críticas y resistencias que diferentes actores sociales movilizan al respecto.

Desde una perspectiva antropológica, Leslie (1980) ha señalado que la mirada etnocentrista que caracteriza a la biomedicina esboza un discurso monolítico, lo que involucra no sólo la descalificación y exclusión sistemática de prácticas y saberes *otros*, sino asimismo el enmascaramiento de las ambigüedades y presupuestos prácticos que hacen a la definición de los diagnósticos, a la toma de decisiones, a la implementación de determinados procedimientos terapéuticos en situaciones concretas y, en relación con el tema que nos ocupa, que esbozan una determinada mirada sobre el cuerpo.

En sus elaboraciones sobre la noción de práctica, Bourdieu (1997) hace hincapié en la adecuación prerreflexiva que permite a los agentes sociales responder a situaciones contingentes en virtud de un *habitus*, es decir, de un esquema de disposiciones, percepciones e interpretaciones del mundo que resulta de la incorporación diferencial de la estructura social por parte de los sujetos. En el caso de la práctica biomédica, se puede hablar de un *habitus* particular incorporado en el proceso de la formación universitaria y, luego, en el ejercicio de la profesión en el contexto de las residencias hospitalarias, lo que implica una instauración de principios de visión y división que conducen a una elaboración específica de la realidad⁵. De tal modo, podemos postular que las tendencias objetivantes de la biomedicina (la separación mente-cuerpo, la construcción del individuo como paciente, todo lo cual incide en el modo en que el especialista encara la atención) suponen un proceso de aprendizaje que, lejos de darse de modo automatizado, conlleva una deconstrucción-reconstrucción de las subjetividades de los estudiantes, generando en ellos múltiples tensiones en virtud del dilema entre actuar de modo “profesional” o “humano” (Bonet, 2004).

Por otra parte, las denominadas sociologías de la vida cotidiana (Wolf, 1994) o microsociologías llevan a cabo una contribución a destacar, en tanto hacen especial hincapié en las condiciones que hacen al contexto de las relaciones médico-paciente -pero también del personal sanitario entre sí- que se configuran al interior de instituciones que asumen un modelo de funcionamiento organizacional y burocrático. Al respecto, Irving Goffman (2004) subraya la dimensión interaccional en la que cobra sentido la lógica del accionar biomédico, marco en el que la persona es pasible de devenir en el objeto de una intervención científicamente competente y autorizada. En efecto, el autor destaca el trato impersonal (que

⁵ Es interesante destacar, siguiendo al mismo autor, que la disposición que así tiende a configurarse al interior de la biomedicina como campo científico particular constituye una adhesión de índole tácita, una forma de creencia, una *illusio*. En este sentido, la *illusio* “no pertenece al orden de los principios explícitos, de las tesis que se plantean y se defienden, sino a la acción, la rutina, las cosas que se hacen, y se hacen porque se hacen y porque siempre ha sido así” (Bourdieu, 1997: 136).

permite despojar al enfermo de su estatuto social y, así, actuar como si no estuviera allí, facilitando la tarea de su objetivación como organismo físico-químico) y las técnicas de administración de la duda (la cual contribuye a disimular los límites de las acciones técnicas instrumentadas por la biomedicina en casos incurables o sobre los que sólo se pueden llevar a cabo prácticas paliativas, estimando los márgenes de error en términos probabilísticos y enfatizando el hecho de que “no existen otras opciones”). De este modo, los biomédicos se orientan a partir de (y actualizan) una lógica totalizante que los trasciende –en razón de la cual el abordaje que instrumentan potencialmente podría ajustarse a todos los casos de padecimiento- lo que asegura la neutralización de las críticas y desacuerdos de los usuarios, al menos en el contexto específico de la consulta.

En relación con esto último, y retomando el bagaje conceptual de Bourdieu (2000) podemos destacar la dimensión de la expropiación y la violencia simbólica que subyacen a la objetivación del individuo padeciente en el contexto de la atención biomédica. Este enfoque, en efecto, destaca que las representaciones de los sujetos en relación al cuerpo y los tratamientos adecuados para cuidarlo aparecen como realidades estructuradas en un contexto objetivo de relaciones sociales en las que intervienen una multiplicidad de agentes que ponen en práctica definiciones terapéuticas antagónicas, en el marco de una lucha por la manipulación simbólica del sufrimiento. Se trata, entonces, de un campo de fuerzas en permanente pugna, en el cual los discursos hegemónicos son construidos y reconstruidos. Ahora bien, en este contexto los pacientes ocupan ciertamente una posición subordinada respecto de los biomédicos en términos de capital material y simbólico, lo que contribuye a producir y reproducir asimetrías de poder en torno a diferentes ejes como el nivel socio-económico, recursos educativos, género, etnicidad y edad. Esta desigualdad, no obstante, aparece naturalizada en virtud de los fundamentos científicos que hacen del cuerpo una realidad natural y objetiva, conocimiento que sólo detentan los biomédicos, y que excluye discursos y saberes que no encajan en esta matriz de interpretación.

Lo antedicho nos resulta particularmente interesante, ya que concibe la objetivación que opera la biomedicina no sólo como límite de su accionar, sino también como la condición de su eficacia –lo que se torna ostensible desde un punto de vista exclusivamente técnico-. El reconocimiento de esta tensión que subyace a la biomedicina -que se desprende de la coexistencia de un mandato científico-técnico, y un mandato de servicio o, parafraseando a Bonet (2004) entre el “saber” y el “sentir”- resulta ineludible, tanto para un análisis que se proponga conjugar un enfoque interpretativo y/o crítico de las distintas dimensiones que hacen a la atención oficial de la salud, como en pos de capitalizar sus evidentes logros y alto grado de eficacia en el marco de padecimientos específicos.

Fundamentos disciplinares del modelo de interpretación del cuerpo “alternativo”: el caso de la reflexología.

En contraposición con la lógica descontextualizante de los signos y síntomas orgánicos respecto de la realidad experimentada por el individuo operada por parte de la biomedicina, la conceptualización de la realidad corporal por parte de las terapias alternativas se apoya en otra racionalidad. Según lo señalado por Scott (1998), mientras que el pensamiento médico científico de la era moderna concibe el cuerpo en su doble dimensión de ‘objeto’ (que puede ser observado en los términos de una clara y estable referencialidad) y de ‘lugar de percepción ausente’ (sobre todo cuando se lo observa en circunstancias ‘normales’) las terapias alternativas sustentan una noción de “cuerpo expresivo”, en términos de metáfora o símbolo. En este sentido, el ideario alternativo propone una construcción simbólica de la corporalidad que aspira a integrar los diversos planos que, según este sistema de creencias,

constituyen a la persona y repercuten en el mantenimiento del estado de salud (o la aparición de enfermedades), pero sin excluir en este movimiento la dimensión puramente material de la misma. Esta representación del cuerpo de tendencia totalizante, al tener la particular capacidad de poner en relación de modo insoluble los aspectos físico, emocional, psicológico, espiritual y energético –lo que remite a la idea de holismo- habilita no sólo a la asignación de sentido y consecuente apropiación por parte de los individuos de su propia experiencia corporal, sino que, asimismo, proporciona algunas herramientas para la aprehensión y transformación de la propia identidad personal. Veamos estas cuestiones con más detenimiento.

Como han indicado diversos autores⁶, cada práctica terapéutica que se incluye en el universo alternativo utiliza la capacidad de simbolizar el cuerpo de diferentes maneras. En lo que concierne particularmente a la terapia reflexológica, el cuerpo humano en su totalidad es proyectado y representado en fragmentos circunscriptos del mismo, lo que Schjelderup (1994) ha dado en llamar “el principio bio-holográfico”. En el plano de la teoría disciplinar formal, en efecto, la reflexología constituye una terapia de origen oriental profundamente refigurada que consiste, básicamente, en la estimulación manual de zonas y puntos localizados en la planta, el dorso y los laterales (internos y externos) de los pies, los cuales se consideran conectados con partes distantes del cuerpo. Esta conexión tiene como fundamento la idea de que cada una de las zonas que pasan por un órgano, tejido o sistema corporal (óseo, nervioso, endócrino, digestivo) tiene en los pies un área refleja correspondiente. Más allá de la diversidad que puede advertirse en torno a las teorías invocadas por diferentes escuelas y especialistas, la reflexología de pies, por ser la de mayor difusión en nuestro país, se conoce con el nombre genérico de Reflexología. Sin embargo, podemos referirnos a distintas reflexoterapias, como la reflexología vertebral, de manos, y facial, así como la auriculoterapia. Otras disciplinas de raigambre oriental como el shiatsu, la acupuntura y la digitopuntura son también designadas bajo la denominación de reflexoterapias.

Es importante señalar que estas últimas se sirven de técnicas específicas centradas en la presión manual o con agujas de puntos energéticos vinculados con los meridianos, noción sustentada en el marco de la Medicina Tradicional China que remite a los canales de circulación energética (fluido universal o Qi) que recorre el organismo humano. Esto las diferencia de los principios terapéuticos (aunque no etiológicos) de la reflexología, que se basa en la utilización de un “mapa” del pie en el cual se refleja el cuerpo humano en su totalidad. En este sentido, la especificidad de la teoría corporal de esta terapia radica en que existe una correspondencia anatómica entre las “zonas” situadas en el pie, por un lado, y los órganos del cuerpo u otras partes del mismo, por el otro. Se trata, entonces, de un paralelismo entre la morfología del pie y la distribución anatómica del organismo humano como totalidad. Esta suerte de cartografía del pie en términos anatómicos se divide como principio de interpretación y lectura en cuatro zonas: permitiendo ubicar el área de la cabeza en los *dedos* (situándose el cerebro en los dedos mayores, los ojos en cada uno de los dedos subsiguientes, y los oídos en los dos dedos más pequeños), los órganos situados en el pecho (corazón y pulmones, principalmente) y los brazos se distribuyen en la zona del *colchón metatarsiano*, mientras que en el arco o *bóveda plantar* se encuentran las áreas reflejas del sistema digestivo, hígado y riñones. Los órganos reproductores así como el recto se reflejan en la zona del *talón*. Con esta misma lógica, columna vertebral, músculos y glándulas encuentran, de modo aproximativo según su ubicación en el cuerpo, su área refleja en el pie⁷.

⁶ Ver, entre otros, McGuire (1988), Saizar (2008) y Pitluk (2007).

⁷ Esta división en cuatro zonas se apropia y refigura algunos elementos presentes en la teoría disciplinar de la medicina Tradicional China, en la medida en que los dedos son asociados al elemento aire, el colchón metatarsiano al fuego, la bóveda plantar al agua y el talón a la tierra. A su vez, estos elementos son asociados a distintos aspectos de la persona humana: el aire se relaciona con la mente y, por ende, con el sistema nervioso central; el fuego, con el dinamismo y la capacidad de acción que hacen a la personalidad de la persona (se asocia con el sistema muscular), el agua remite a las emociones como una

No obstante esta primera constatación que se desprende de la teoría refleja formal descrita en libros especializados así como también por parte de los especialistas, es necesario destacar que, en la práctica concreta, los fundamentos de esta relación refleja son representados de modo complejo e involucra una mixtura y flexibilidad en el vocabulario empleado, en el que resulta habitual la combinación de nociones propias del discurso alternativo y conceptos provenientes del psicoanálisis, del sistema de creencias católico y, por supuesto, nociones biomédicas. Esto depende tanto del enfoque específico adoptado por cada escuela de formación terapéutica, como por la tendencia de los especialistas a formarse en diferentes disciplinas. En este sentido, resulta habitual la práctica simultánea -excepto en el caso de institutos dedicados exclusivamente a su oferta- de diversas terapias que se aplican en conjunción con la reflexología. Así, en nuestro trabajo de campo pudimos comprobar prácticas de complementariedad con la digitopuntura, la auriculoterapia, la reflexología vertebral, reflexología de manos, masoterapia, magnetoterapia, reiki, así como también su combinación con regímenes alimentarios naturistas, como la macrobiótica. Del mismo modo, pudimos verificar la existencia de institutos y/o profesionales que implementan como parte integrante de su abordaje técnicas psicoterapéuticas, basadas principalmente sobre la verbalización -previa a la instancia técnica de aplicación de estímulos reflexológicos- no sólo de los inconvenientes y sensaciones del cuerpo sino, ante todo, al relato de las inquietudes, problemas y acontecimientos relativos a la propia historia biográfica y a las vicisitudes de la vida cotidiana.

A esta diversidad disciplinar se suman las propias refiguraciones operadas por parte de los usuarios a partir de sus propias trayectorias terapéuticas, lo que determina una variabilidad de explicaciones en torno a los fundamentos de la teoría refleja que va desde aquellas que intentan ajustarse a la racionalidad científica y son postuladas en los términos de conexiones físicas (nervios, plexos, incluso músculos), a otro tipo de interpretaciones que se tematizan en clave energética, de modo que las vías de conexión entre las partes y el todo son visualizadas desde la noción de los citados meridianos así como también desde la noción de chakra (noción vehiculizada por la medicina ayurveda y en el marco de disciplinas como el yoga⁸) o, en los términos más amplios, referidos a la existencia de un cuerpo energético cuya localización se percibe de modo variable alrededor y/o dentro del cuerpo físico, el cual manifiesta básicamente el estado o monto general de fuerza vital del individuo. En tal sentido, si todas las funciones orgánicas suponen algún correlato energético -en el sentido del flujo que redundaría en el equilibrio y armonía del sujeto o, por el contrario, en el estancamiento, bloqueo y, por ende, desequilibrio del mismo- la estimulación de los puntos y zonas situadas en partes del cuerpo claves, como el pie, las manos, el rostro o la columna vertebral tienen necesariamente que producir una movilización de la energía corporal.

No obstante, como indicáramos anteriormente, el cuerpo en reflexología contempla su dimensión de entidad física como el lugar donde se inscriben y se expresan otros aspectos de la persona considerada como una totalidad (y no sólo un espacio donde se interrelacionan las partes y el todo del cuerpo físico, y el cuerpo físico y el energético entre sí). La idea de holístico, desde la perspectiva de los actores, remite a una visión que contempla al hombre como una unidad de mente, cuerpo, emociones, espíritu, entorno social y medio ambiente. De esta manera, lejos de las nociones dualistas pero también fragmentadoras del cuerpo (el paciente visto como un corazón, un hígado, un dolor en la pierna) sostenidas principalmente

imagen de su inherente capacidad de movimiento y cambio (representado en los líquidos y fluidos corporales) y la tierra, el elemento más bajo y pesado, se relaciona con los instintos, la supervivencia y la fuerza. A este respecto, puede verse en López Blanco (2004) y Grinberg (1995), literatura formal nativa sobre el tema.

⁸ Cabe destacar que, desde la perspectiva de informantes que manejan este vocabulario, existen siete chakras mayores y siete menores. De acuerdo a lo explicitado por Saizar (2008), los primeros se hallan ubicados a lo largo de la columna vertebral y se los suele nombrar en asociación espacial con los siete plexos indicados por el modelo biomédico. Los menores se encuentran en los miembros superiores e inferiores.

por el modelo médico, la racionalidad alternativa pone de relieve el carácter interrelacionado de estos planos, distanciándose de las interpretaciones en términos psicosomáticos que suelen hacerse respecto de las teorías etiológicas delineadas por las terapias alternativas. Por cierto, lejos de tratarse de una mera relación de *causalidad* entre mente, psiquis o emociones, por un lado, y cuerpo físico, por otro, se trata de una *síntesis o relación de simultaneidad* donde ningún plano queda exento de consecuencias.

“Sería una lógica de simultaneidad...lo que te pasa a vos... sos mente más cuerpo más energía más relaciones, y lo que te pasa te va a pasar en mente, cuerpo, espíritu, relaciones, si mirás a la persona desde una mirada holística como una unión de planos. Si te pasa algo, no le va a pasar solamente en el cuerpo. Si tenés problemas en la rodilla por ejemplo probablemente tengas problemas con la aceptación, esa es la teoría, uno puede decir que no, pero en la práctica se comprueba bastante...” (Graciela, especialista)

“No hay tal diferencia mente-cuerpo, para mí posta es una diferencia discursiva, que está bien por el impacto del discurso, pero... lo que sí me parece claramente es que para mí el cuerpo y lo otro, sea lo que sea, tiene como por un problema de instrucción, de educación, lógicas distintas... eso claramente... por un problema cultural, no sé... pero funciona todo junto, digo, no es mens sana in corpore sano, o está todo bien o está todo mal...” (Luz, usuaria)

Desde esta matriz de comprensión del cuerpo, a la que subyace la idea de que las entidades de la persona pueden estar en equilibrio o en desequilibrio, el logro de un estado de armonía (noción nativa -ampliamente referida en el ámbito alternativo- que permite concebir la salud contemplando en términos de una unidad el balance entre *todos* los distintos niveles que constituyen a la persona humana antes mencionados) tiene que ver: en el plano emocional, con el apaciguamiento de las pasiones y la liberación de sentimientos negativos; en el psíquico –vinculado con la dimensión inconsciente del sujeto- con la capacidad de evitar las represiones, es decir, tiene que ver con el registro de situaciones potencialmente nocivas para el sujeto; y en el caso del plano mental, con evitar los pensamientos demasiado intensos, permanentes o negativos. Como contrapartida, las dolencias son percibidas en los términos de una *señal* (referido en ocasiones con el término de síntoma o reacción del cuerpo) que no sólo hace referencia al plano meramente físico-orgánico sino que involucra a su *persona* en tanto tal constituyendo, por ende, un alerta respecto de otros planos de la existencia individuales que, de modo complejo, se relacionan con la realidad corporal y es preciso tomar en cuenta. Como bien señala Kleinman (1988) una dolencia, en virtud de su carácter intrínsecamente polisémico, siempre es comprendida como un acontecimiento que pone en juego a (y dice algo sobre) el sujeto como totalidad, su relación consigo mismo y con el mundo. A este respecto, los relatos recabados ponen especial atención en la búsqueda de sentido que permita conectar, por un lado, el tipo de afección sufrida, el lugar en el que emerge y la virulencia con la que ataca y, por otro, los rasgos de la personalidad del sujeto padeciente y las características del ambiente en el que se desarrolla.

En efecto, la irrupción de una enfermedad difícilmente es leída como un evento de índole abstracto y totalmente contingente: a pesar de que su aparición se realice en términos sorprendidos o que en primera instancia no se la relacione con ningún acontecimiento de relevancia en la historia personal del sujeto padeciente, predomina la sensación –sobre todo en el caso de los usuarios más comprometidos en la práctica de terapias alternativas⁹- de que

⁹ Cabe destacar que, hasta lo que hemos podido analizar en el marco de nuestro trabajo de campo, se puede distinguir dos tipos de usuarios de reflexología: aquellos con un estilo de pensar predominantemente biomédico y aquellos con un estilo de pensar predominantemente alternativo. Esto se desprende en virtud de que, en tanto se trata de una terapia de índole técnica, sus fundamentos cosmovisionales específicamente alternativos pueden ser soslayados y/o explicados desde una matriz de

esa enfermedad fue hecha por la persona, que se tuvo *algo que ver* en ese proceso de formación de la dolencia.

Esto último reviste especial importancia, en tanto pone de relieve uno de los aspectos que más genera el interés de los adherentes en esta terapia. Al respecto, es de notar que el *corpus* de nociones de la reflexología ofrece un modelo de explicación complejo que permite asociar los desequilibrios detectados en un órgano o sistema corporal y las disposiciones del individuo en cuanto estilo de pensamiento, de acción, la forma en que gestiona sus relaciones personales y sus emociones, así como también el marco en el que emergen acontecimientos “puntuales” lo suficientemente traumáticos o duraderos en el tiempo (situación de cronicidad) como para marcar su experiencia de vida. En este sentido, en la medida en que el cuerpo físico es tematizado en su vinculación inescindible con todos los demás aspectos o entidades de la persona involucrada, la localización de una dolencia en determinado lugar o región del cuerpo tiene una significación que no puede circunscribirse al plano meramente orgánico. Esta idea es ampliamente aceptada por usuarios y especialistas de la disciplina aunque, por supuesto, el conocimiento de las relaciones y sentidos específicos varíe en su grado de complejidad y exactitud según el compromiso que cada individuo tenga con el ideario alternativo. Observemos algunos fragmentos de las entrevistas abiertas que hemos realizado a especialistas y usuarios, que dan cuenta de esta relación:

“Una de las relaciones que usamos para pensar un problema en un órgano es ver cómo se comporta el aparato o el órgano a estudiar. Por ejemplo, vos tomás el sistema digestivo, que es vital es decir, fundamental para la vida. concretamente vos tomás el alimento, lo metés en la boca, lo masticás, lo tragás. En el estómago también se va degradando, entonces vos tomás lo que es bueno para vos y lo que no, lo desechás. Si todas estas palabras que yo voy diciendo las llevás a otros planos, por ejemplo el plano de las relaciones, bueno, poder tomar lo que es bueno para mí, poder digerir las cosas buenas y desecha lo malo... si yo tengo problemas de esto en la vida, en las relaciones, probablemente en mi cuerpo, mi sistema digestivo tendrá digestión lenta... es algo así...” (Emiliano, especialista)

“A mí me parece que todos tenemos la respuesta... uno puede estar pasando por una situación traumática, o uno puede estar sufriendo del estómago y sabe por qué... te dicen ¿comiste mal? Y no, tiene que ver más bien con una cosa de sentimientos, claramente no es material... y si una persona hace un cáncer, el cáncer se hace donde está el problema, o si tiene quistes en las cuerdas vocales es porque más de un insulto se le quedó atragantado o las cosas que tiene que decir no las dice...” (Patricia, usuaria)

“Por ejemplo un muchacho que hacía como dos años (que estaba) con los riñones destruidos, cólicos terribles y bueno, los riñones son los miedos, entonces en las consultas se le iba preguntando para darnos una idea, y la vez que tuvo más miedo en su vida fue en la charla de divorcio en la que se estaba peleando la tenencia de sus hijas, y a los meses empezó con fuertes dolores, y entonces cuando yo lo relaciono dice que se había hecho recurrente cuando la mujer, que viaja mucho, las llevaba afuera, y no sabía si iban a volver, y todo ese tipo de cosas, y bueno, superó eso y hoy sus riñones están perfectos... ¿y cómo se curó? Y cambió su patrón mental y hoy ya no tiene más miedos...” (Eduardo, especialista)

sentido biomédica, a partir de lo cual los usuarios del primer tipo la utilizan con fines exclusivamente funcionales, a veces por recomendación del mismo biomédico. Los pacientes del segundo tipo, por el contrario, asignan a la terapia sentidos simbólicos, como aquellos vinculados a una higiene energética que es preciso retomar cada semana para “desintoxicarse” de las tensiones y problemas del día a día (desequilibrios vinculados al estilo de vida) así como lograr un estado de equilibrio y paz (lo que hemos registrado más en el caso de enfermos crónicos). La idea de que la enfermedad no puede ser un acontecimiento contingente se verifica en el caso de los pacientes que se inscriben en el tipo de usuarios con un estilo de pensar “alternativo”.

“Todos los planos de la persona se encuentran reflejados en los pies, del mismo modo que lo están los distintos órganos y las partes del cuerpo. Por ejemplo, los dedos se corresponden con el área de la cabeza y, por ende, con el área mental. Esta es la sede del control, las ideas, los proyectos, el pensamiento, la imaginación, el vuelo creativo y la comunicación (...) El colchón metatarsiano representa la zona del pecho, la espalda y los brazos. Es el área del impulso y la acción por ser esta zona del cuerpo la que alberga órganos como el corazón (motor de todo el organismo) y los pulmones (su filtro vital). En esa área se reflejan los sentimientos, la identidad, la capacidad de alcanzar lo deseado (...) La bóveda plantar y el istmo plantar representan el área del abdomen y el espacio en el que, frecuentemente, se expresan las emociones (...) El talón representa el área pélvica, la zona más instintiva del organismo. Allí se reflejan aspectos relacionados con la supervivencia, la familia, la sexualidad...” (Alicia López Blanco, fragmento de “Reflexología: el lenguaje de los pies”)

Como se puede apreciar en estos relatos, uno de los modos en que los actores conciben la correspondencia entre determinados desequilibrios emocionales, psíquicos y mentales y su localización corporal responde a la *lógica de la analogía*. De esta manera, resulta común que tanto usuarios como especialistas vinculen: 1) el modo de proceder o la función de un órgano o sistema, de modo simbólico, a un plano específico de la persona, y 2) las características de determinada enfermedad con aspectos específicos de la vida emocional, psíquica o relacional. Por ejemplo, el cáncer suele ser habitualmente asociado con la ira y la bronca. Sin embargo, una persona iracunda no necesariamente tendrá la disposición a desarrollar la enfermedad, a menos que su personalidad tienda a “guardarse” esos sentimientos, emociones y pensamientos. En la medida en que no son liberados, es decir, no siguen con el flujo normal de la circulación de todo lo que pasa por la corporeidad del sujeto, pueden estancarse en un plano determinado de la persona (afectando, por ejemplo, la capacidad de entablar lazos afectivos duraderos y sinceros) así como también instalarse en un lugar determinado del cuerpo orgánico. Este *locus* de la enfermedad cáncer, probablemente, estará relacionado con las zonas del cuerpo u órganos que cumplen con la función de la digestión, en virtud de la tendencia a “reprimir”, visto en términos de las imágenes “tragarse” (esófago), “comerse” (estómago) o “no despojarse o conservar sin razón” (intestinos, recto) aquello que constituye un problema para la persona afectada.

Este esquema de interpretación permite asignar sentidos específicos no sólo a las dolencias o estados de gravedad que irrumpen en la vida del sujeto, sino también a otros rasgos quizá de índole más “invisible” en virtud de todo lo que tienen de cotidiano, como lo es la forma de caminar y de pisar. Este aspecto de la corporalidad también expresa, a través de la postura corporal en movimiento (caminar inclinado hacia delante, hacia atrás, teniendo un pie más apoyo que el otro o apoyando determinadas zonas del mismo con más fuerza que otras) aspectos de la personalidad del individuo que, de presentarse de modo exagerado, expresan la existencia de un desequilibrio y, en consecuencia, pueden devenir en una enfermedad más o menos grave según el grado de desequilibrio y tiempo de persistencia del mismo. Por ejemplo, en el acto de caminar un individuo puede percatarse de que siempre retracta los dedos. Al estar asociados al plano mental, por extensión los dedos representan lo sutil, lo abstracto, la capacidad de imaginar y la aptitud comunicativa, entre otros. Por ende, esta tendencia registrada en los pies puede dar cuenta de una postura defensiva de la persona en lo que tiene que ver con su proyección hacia el futuro, lo que manifiesta temor a ilusionarse y la consecuente decisión de permanecer en el mismo lugar.

Del mismo modo, la lectura de los pies se extiende al ámbito del registro de la apariencia externa y el estado de los pies, lo que se verifica a partir del sentido visual (color, tamaño de cada una de las zonas en las que el pie se divide, estado de las uñas) así como

también a través del tacto (para percibir el estado de la piel, flexibilidad o tensión muscular, existencia de “bolitas” o “arenilla”), el olfato e, incluso, el oído (involucrado en la percepción de crujidos óseos, por ejemplo). Retomando en este punto a Terence Turner (1999), podemos observar el modo en el que esta parte del cuerpo (los pies) son considerados en su función semiótica, de modo tal que deviene en un verdadero espacio topográfico, pero no ya de índole fisiológica –como en el marco interpretativo de la biomedicina- sino que remite siempre a una taxonomía de la personalidad individual o, al menos, a una caracterización del estado en el que se encuentra en el momento particular en el que se realiza la lectura. Por ejemplo, una de nuestras informantes nos refería que había reconocido que estaba estancada en su vida porque todavía no podía asumir la muerte de su hermano. Y había podido constatar este hecho al percatarse de que –a diferencia del modo en el que siempre había caminado en su vida- en la actualidad pisaba apoyando con fuerza el talón, inclinando su cuerpo hacia adelante. Esta zona del pie denota simbólicamente, en su correspondencia física con la parte inferior del cuerpo, la capacidad de absorber y recibir (lo que remite a la actividad intestinal) así como el sostén fundamental del sujeto en términos de supervivencia y arraigo (piernas). La fuerza de la pisada, y el consecuente engrosamiento de la piel, denota un desequilibrio que es interpretado como la imposibilidad de “dejar ir” al ser querido, de “retenerlo”, dejando a la persona afectada paralizada y sin capacidad de absorber las potenciales experiencias nuevas de su vida.

Del mismo modo puede leerse el estado de las funciones corporales de los individuos (en ausencia de “enfermedad” en sentido estricto del término) así como la tendencia a contraer determinadas dolencias. Así, cuestiones tan dispares como la digestión lenta, la sudoración de las manos, la recurrencia de resfriados, la obesidad, la ausencia de flexibilidad en los músculos, las alergias y sarpullidos, la caída del cabello pueden ser significados de modo coherente. Debido a lo cual podemos afirmar que la eficacia simbólica del ideario alternativo que sustenta la reflexología radica: 1) en su capacidad de significar a partir de una lógica totalizante, más aún que aquella detentada por la biomedicina –ya que el ideario alternativo pretende incluir la dimensión orgánica- y 2) en su capacidad de relacionar un continuum de dolencias (desde aquellas más graves y tergiversadoras de la estructura del mundo de la vida cotidiana, hasta aquellas más imperceptibles, como la aparición de una callosidad en una zona determinada del pie, o la sensación de pesadez estomacal) con la historia y/o personalidad del individuo.

Es en este sentido que este modelo de explicación delinea las bases para una verdadera *hermenéutica del sujeto*¹⁰ que tiene arraigo en las manifestaciones corporales, sean éstas físicas o de otra índole. A diferencia del criterio de verdad sostenido por la biomedicina –que, como indicáramos en el apartado anterior, radica sobre todo en los supuestos delineados por el paradigma empirista) el criterio de verdad sostenido por esta disciplina alternativa incluye de modo indefectible al sujeto padeciente y lo que tiene para contar, aquello que no tiene una existencia ontológica, siendo considerado como “*el protagonista de su propia curación*”. Esto reviste una importancia central, ya que si bien la teoría formal provee una serie de elementos para la lectura del cuerpo, ésta nunca puede ser realizada en términos lineales y unidireccionales por parte del terapeuta, así como tampoco puede ser aplicada de modo inflexible en el caso de los usuarios que intentan una tarea de autoconocimiento. El lenguaje simbólico requiere, desde esta perspectiva, tomar como punto central de referencia la *historia de vida* del individuo implicado, y por tanto exige el compromiso de aquel. Esto tiene que ver con un trabajo¹¹ vinculado con la percepción de la propia corporalidad (por parte del usuario por su propia cuenta) y, en terapia, en una verbalización e intercambio que supone la interacción con un otro. Es por eso que el terapeuta se presenta a sí mismo como un

¹⁰ Este concepto ha sido esgrimido, como es ampliamente reconocido, por Michel Foucault (2002).

¹¹ La noción de trabajo asociada al ámbito alternativo ha sido abordada por Maluf (2005).

facilitador, que tiene ante todo la función de acompañar al paciente en lo que aparece como un verdadero camino de autodescubrimiento.

Esta recuperación de la propia experiencia en relación con lo que el cuerpo tiene “para decir” como criterio de verdad tiene como corolario la asunción de un rol activo por parte de los usuarios en la prevención y detección de dolencias, así como en la toma de decisiones respecto de los tratamientos que se llevará a cabo. Esto contrasta fuertemente con la idea de sujeto que delinea la biomedicina, poniendo de relieve no sólo el impacto del ideario alternativo en lo que hace a la apropiación por parte de los actores sociales de nuevos esquemas de interpretación de los episodios de enfermedad, sufrimiento, angustia y dolor, sino que asimismo enfatiza el desplazamiento de la noción de cuerpo como “lugar de percepción ausente” a un lugar activo de percepción. Veamos los siguientes fragmentos:

“Todo el tiempo me parece que si uno no tiene como un registro, y en ese sentido me parece que la reflexología está buena... como un nivel de registro de lo que te está pasando para que cuando te encontrás con un escollo grande o algo te puedas ocupar a tiempo, yo creo que después se te vuelve tumor, posta, eh... como que las cosas mal procesadas... pero también hay, no lo explica todo eso para mí, después también hay como una situación medio azar, que pasa, que uno se puede enfermar, pero hay algún tipo de cosas que me parece que tiene que ver con como no prestarse atención, o no ocuparse de... porque el cuerpo da como muchos avisos de cosas porque hay algo del cuerpo que cuando... hay algo de la lógica del cuerpo que cuando dice, cuando da una señal, cuando te pasa algo, que ese algo requiere un tiempo que, para mí está bueno generar un ‘parate’ en relación con eso...” (Yael, usuaria)

“Hay muchas cosas que yo de repente es como que sigo de largo.. y al otro día tengo deshidrosis (una alergia de efectos descamativos en la piel) , y me miro la mano y digo uh, mirá lo que tengo, y pienso para atrás y digo ah! pero por ahí en el momento concientemente no lo registré Por ahí es esto... digo, por ahí me parecen lugares de defensa distintos...” (Luz, usuaria).

La mención de la necesidad de un registro, de una toma de conciencia del cuerpo como parte de una toma de conciencia *de sí* resulta recurrente en este marco, constituyéndose en la principal herramienta del cambio (cuando los actores sociales lo consideran necesario en vistas de “mejorar su calidad de vida” o “lograr su bienestar”). Esta idea de autopercepción remite a una metáfora del cuerpo que lo vislumbra no sólo como una extensión del yo (Belk, 1990) sino, sobre todo, como una verdadera expresión o símbolo de la persona.

A modo de conclusión

Reflexionar acerca de los fundamentos e implicancias de la comprensión de la corporalidad humana en el marco de distintas racionalidades médicas implica, a nuestro entender, el reconocimiento de que los distintos modos de abordaje terapéutico constituyen una matriz de comprensión, pero también de deconstrucción y reconstrucción del cuerpo desde una legalidad propia. Lejos de negar la posición dominante que la mirada biomédica detenta –sobre todo en relación con el sistema oficial de atención de la salud- este enfoque habilita al estudio de las formas de cuidado y las prácticas terapéuticas en términos específicos de las ciencias sociales, más allá de los efectos de verdad que, incluso en la actualidad, las ciencias duras terminan imponiendo en el marco del abordaje de objetos susceptibles de ser considerados como relativos al “orden natural de las cosas”.

Es interesante señalar que los discursos de verdad construidos sobre la base de una comprensión del cuerpo como organismo anatómico-fisiológico, desde una matriz de

inteligibilidad que hace especial hincapié en su dimensión ontológica, constituye tanto la condición de posibilidad como el límite constitutivo de esta mirada y lógica de intervención, la que puede responder de modo eficaz a las necesidades de los individuos sufrientes o, por el contrario, entrar en contradicción con las expectativas de curación, así como con las representaciones del cuerpo y la terapia de los actores implicados. Las implicancias que trae aparejado este fundamento objetivista del cuerpo –como un *en sí* que delinea el soporte empírico y, por ende, “real” sobre el cual la biomedicina construye su práctica como práctica autorizada e indiscutible- constituye el eje que marca la escisión entre la dimensión técnico-científica y la dimensión de la experiencia de los usuarios, siendo finalmente uno de los aspectos que desencadenan el cuestionamiento del cuerpo como mero objeto desde la perspectiva de sus usuarios.

Sobre esta suerte de “fisura” en el modelo de explicación del cuerpo biomédico se inserta la creciente relevancia y utilización de las terapias alternativas, las que en un sentido ocupan un lugar de crítica respecto de los límites de la mirada biomédica, pero también declaran la importancia de la dimensión cultural en las prácticas y saberes que hacen blanco en el cuerpo. En lo que refiere a la reflexología, se destaca su capacidad de significar de modo totalizante las dolencias que aquejan a los actores sociales, así como también aspectos que hacen a la corporalidad de la vida cotidiana –como la forma de caminar, los aspectos posturales, y las características propias de las funciones corporales. Pero sobre todo, su acción simbólica consiste en establecer una relación entre estos aspectos y la historia de vida del individuo. Al constituirse, de este modo, en el lugar de la expresión del sí mismo –y, por ende, el lugar por excelencia del registro de la propia individualidad- deviene asimismo en un vehículo de transformación del *self*.

Bibliografía

- Bonet, Octavio. 2004. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bourdieu, Pierre. 1997. *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- 2000. *Cosas Dichas*. México: Gedisa.
- Corbin, Juliet. 2003. “The body in health and illness”. *Qualitative Health Research*, 13, p. 256-267.
- Douglas, Mary. 2007. *Pureza y peligro. Análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Easthope, Gary. 1993. “The response of orthodox medicine to the challenge of alternative medicine in Australia”. *Australia and New Zealand Journal of Sociology*, 39 (3).
- Elías, Norbert. 1994. *El proceso de la civilización*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fadlon, Judith 2005. *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. Albany, NY: State University of New York.
- Goffman, Erving. 2004. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, Byron. 1994. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gordon, Deborah. 1988. “Tenacious assumptions in Western Medicine”. En: Margaret Lock y Deborah Gordon (eds.), *Biomedicine Examined*. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Publishers.
- Grinberg, Avi. 1995. *Reflexología. Diagnóstico y curación por el pie*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Habermas, Jurgen. 1999. *Teoría de la acción comunicativa*, Tomo I. Madrid: Taurus.

- Kirmayer, Laurence. 1988. "Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine". En: Margaret Lock y Deborah Gordon (eds.), *Biomedicine Examined*. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Publishers.
- Kleinman, Arthur. (1995) *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. California: University of California Press.
- Laplantine, François. 1999 *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Launsø, Leila. 1989 "Integrated medicine- a challenge to the health-care system", *Acta Sociologica*, 32, p. 237-251.
- Lawler, Paul 1991. *Behind the scenes: Nursing, somology and the problem of the body*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Le Breton, David. 1995. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leder, Drew 1990. *The absent body*. Chicago: Chicago University Press.
- Leslie, Charles. (1980) "Medical pluralism in world perspective". *Social Science and Medicine*, 14.
- Margaret Lock y Deborah Gordon (1988) *Biomedicine Examined*. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Publishers.
- López Blanco, Alicia. 2004. *Reflexología holística*. Buenos Aires: Agama Publicaciones.
- Luz, Madel 1997. *Natural, racional, social*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- 1999. *La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades*. Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro.
- Mauss, Marcel. 1979. *Sociología y antropología*. Madrid: Editorial Tecnos.
- O'Connor, Bonnie. 1995. *Healing Traditions: Alternative Medicine and the Health Professions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Saks, Michel 2001. Alternative medicine and the health care division of labour: Present trends and future prospects. *Current Sociology*, 49, p. 119-134.
- Scott, Anne 1998. The symbolizing body and the metaphysics of alternative medicine, *Body and Society*, 4, p. 21-37.
- Schjelderup, Vilhelm. 1994. "Healing Systems of the organism and acupuncture. Related therapies." Pp. 253-66. en: Helle Johanessen et al. (eds) *Studies in Alternative Medicine*. Odense: Odense University Press.
- Sharma, Ursula. 1996 Using complementary therapies: A challenge to orthodox medicine? En: S. J. Williams y M. Calnan (eds.), *Modern medicine: Lay perspectives and experiences*. London: UCL Press.
- Siahpush, Mohammad. 2000. "A critical review of the sociology of alternative medicine: research on users, practitioners and the orthodoxy". *Health*, 4, p.159-178.
- West, Robert. (1988) *Alternative medicine: Prospects and speculations*. En N. Black, D. Boswell, A. Gray, S. Murphy y J. Popay (eds.), *Health and disease: A reader*. Buckingham: Open University Press.
- Wolf, Mauro. 1994. *Sociologías de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra.