



Scripta Ethnologica

ISSN: 1669-0990

caea@sinectis.com.ar

Consejo Nacional de Investigaciones

Científicas y Técnicas

Argentina

Bordes, Mariana

Reflexiones sobre los límites de la kinesiología desde la perspectiva de usuarios de terapias
alternativas

Scripta Ethnologica, vol. XXIX, 2007, pp. 91-108

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14802906>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REFLEXIONES SOBRE LOS LÍMITES DE LA KINESIOLOGÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Mariana Bordes*

Summary: This paper focuses on the kinesiology users' perceptions among middle class individuals of the Metropolitan Area of Buenos Aires city, linking these perceptions with the view of the alternative medicines offer, especially the options that include corporal-work techniques. The article mainly explores the individuals' ways of healing of whom have selected the option of alternative therapies, which are the most of the cases recorded during the field-work.

Key words: *boundaries of kinesiology-alternative views - Buenos Aires - Argentina*

Introducción

La creciente diversificación de ofertas terapéuticas en el campo de la salud se ha constituido en las últimas décadas en una problemática de interés para las ciencias sociales, ante todo en lo que hace a la pregunta acerca de cuáles son los factores que motivan a los sujetos a volcarse hacia terapias de índole no-biomédica. A este respecto, se ha hecho hincapié en los límites inherentes a la medicina convencional en lo que hace a la cura de enfermedades degenerativas, crónicas y estrés (Furnham y Forey, 1994), al carácter corporalmente intrusivo e incluso violento de las técnicas biomédicas (Douglas, 1998), en el paternalismo implicado en la relación médico-paciente (Sharma, 1992; OMS, 2002) y a los conflictos epistemológicos para tratar las llamadas *nuevas enfermedades* (Laplantine, 1999). Si bien las terapias no-biomédicas más difundidas continúan siendo marginales en relación con la medicina ortodoxa (Saks, 2001), el reconocimiento del incremento notable de su aceptación ha

conducido en numerosos países a su incorporación en los respectivos sistemas oficiales de atención de la salud (Easthope, 1993; Fadlon, 2005; Cariello Moraes, 2006), en particular aquellas terapias más acordes con el paradigma biomédico, es decir, aquellas de corte más técnico que permiten eludir el sistema de creencias que las sustentan (McGuire, 1988). Una visión que le da más relevancia al lugar que ocupan las medicinas no-convencionales es la de la misma Organización Mundial de la Salud, organismo que utiliza la denominación “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) para definir a aquellas medicinas que no son tradicionales ni integran el paradigma médico dominante de una sociedad -como es el caso de la acupuntura, el yoga o de la medicina ayurvédica en las sociedades occidentales. De acuerdo con su información, por lo menos consultaron en una ocasión una práctica alternativa: en Canadá el 70 % de la población, en Francia lo hizo el 75% y en Australia el 49%. En cuanto a la inversión anual en medicinas alternativas en relación con la biomedicina, en Malasia se gastaron

*Centro Argentina de Etnología Americana - CONICET y Universidad de Buenos Aires (Argentina). E-mail: marianabordes@yahoo.com.ar

500 millones de dólares en MAC versus 3000 millones en biomedicina. En Estados Unidos, Canadá e Inglaterra en un año se gastaron respectivamente 2.700 millones de dólares, 2.400 millones y 2.300 millones (OMS, 2002: 2).

En el presente artículo, nos centramos en las percepciones de usuarios en torno a la “terapia corporal” biomédica de mayor difusión, la kinesiología, con el objeto de ponerlas en relación con las percepciones que los mismos poseen sobre las terapias alternativas (que se valen también de técnicas que, en una primera instancia, pueden ser consideradas “corporales”). De este modo, intentaremos conocer desde la perspectiva de los actores sociales residentes en la Ciudad de Buenos Aires y pertenecientes a sectores medios, las falencias de una especialidad biomédica, cuya oferta tiende a sustituirse por las de otras medicinas, o a combinarse con otras medicinas dando lugar al desarrollo de estrategias de complementariedad terapéutica.

Es menester precisar que, en lo que concierne al tratamiento biomédico en particular, el calificativo de “corporales” asignado al sustantivo “terapias” intenta remarcar que se trata de acciones curativas ejecutadas directamente sobre el cuerpo del paciente, sin que medie el consumo de fármacos, la palabra u otra acción indirecta. En el caso de las terapias alternativas –en la medida en que, por lo general, entienden la enfermedad como un desbalance, en el sentido de que el fluir adecuado de energías se encuentra obstaculizado- la idea de terapia siempre implica la movilización de este caudal energético, ya se usen técnicas que involucren de modo más ostensible al cuerpo físico -como es el caso de la reflexología o

la masoterapia-, ya se pongan en juego otros mecanismos en los que el contacto del especialista con el cuerpo del enfermo es mucho más sutil, tal como sucede en el reiki (terapia en la que el terapeuta transmite energía bajo la forma de calor).

De acuerdo al objetivo planteado, la metodología responde a un enfoque cualitativo y más específicamente etnográfico que se encuentra centrada en una de sus técnicas en particular: la entrevista etnográfica. En este sentido, se realizaron entrevistas abiertas y extensas recabando itinerarios terapéuticos de individuos que hubieran recurrido a la kinesiología. Del mismo modo, cada informante fue entrevistado recurrentemente, volviendo a los temas tratados con el objeto de captar las significaciones y comportamientos referidos en toda su amplitud, su campo de asociaciones y los sistemas valorativos en los que se inscriben. Los informantes reportaron la utilización de un amplio espectro de terapias, especialmente acupuntura, reflexología, digitopuntura, yoga, reiki y masoterapia en diferentes momentos de sus trayectorias biográficas y dieron cuenta de una amplia gama de dolencias con diversos grados de gravedad, oscilando entre problemas óseos, de índole degenerativa o accidental; así como también dolores, contracturas y tensiones musculares. Cabe destacar que este trabajo se desprende de una investigación más amplia en torno a los sistemas de creencias y prácticas que enfoca las preferencias y combinaciones terapéuticas desarrolladas por pacientes de sectores medios del Área Metropolitana, interesados especialmente en el campo de algunas de las MAC en relación con las características de ciertas dolencias, la cual cuenta con

financiamiento del CONICET.

Para cumplir con nuestras metas hemos dividido el artículo en tres apartados. En el primero, delineamos algunas coordenadas que consideramos útiles para comprender el lugar de las terapias “corporales” en la atención biomédica de la salud. Luego, en los dos apartados subsiguientes, nos centramos en las representaciones acerca de la kinesiología por usuarios de MAC que han recurrido al tratamiento de referencia.

El lugar de las terapias corporales en la atención biomédica de la salud

En la actualidad, la kinesiología constituye la terapia de índole física que ha logrado un mayor grado de reconocimiento formal en el marco de la práctica profesional de la medicina científica. Constituye una especialidad de formación universitaria en el interior de la carrera de medicina, requiere de un tiempo de aprendizaje análogo al de otras especialidades (cinco años en el currículo de la Universidad de Buenos Aires) y se encuentra avalada por el Ministerio de Salud y Acción Social. Asimismo, es parte de las ofertas médicas del sistema oficial de atención de la salud (hospitales públicos), así como también en los programas de atención prepaga.

No obstante, si consideramos la kinesiología desde una perspectiva histórica, su consolidación en tanto saber científico es posterior al de la profesión médica, que inicialmente se aseguró el monopolio del derecho legal a curar, lo que implicó la absorción y exclusión de una multiplicidad de saberes heterogéneos inscriptos en perspectivas médicas disímiles. En efecto,

varios estudios se han esforzado en mostrar el modo en el que, en el transcurso del siglo XX, la alopatía fue capaz de obtener un creciente control en relación con el ejercicio de la práctica médica, la educación y la formación profesional, así como también en lo concerniente a su carácter legalizado, fundado principalmente en el carácter excluyente de la matriculación y obtención de licencias por parte de los graduados. Como indica McGuire (1988) en su descripción de este proceso en el contexto norteamericano, una serie de enfoques médicos que habían alcanzado una importante expansión y aceptación por parte de los usuarios, tales como la homeopatía y el herbalismo, entre otros¹, fueron efectivamente anexados, subsumidos o suprimidos a partir de la reconversión de la medicina en tanto saber científico. Las terapias corporales cuyo desarrollo fue paralelo al de la medicina científica como la osteopatía y la quiropraxia, así como saberes de raigambre curanderil como es el caso de los hueseros (*bone-setters*) fueron relegados a una posición marginal o directamente construidos en términos de charlatanería (*quackery*), y los especialistas perseguidos por las autoridades encargadas del control de las prácticas médicas, por ende, suprimidos como competencia posible en el mercado de la salud.

Es interesante destacar que, sin embargo, las terapias corporales que se constituyeron en el interior de la profesión biomédica se ubicaron, a pesar de esta inclusión, en un lugar relegado respecto de otras especialidades de la disciplina, lo que se puede exemplificar a partir de la necesidad de contar con un diagnóstico previo (prescripción por parte de un biomédico) para acudir al kinesiólogo.

Tal vez una de las explicaciones posibles para comprender la posición que ocupan las prácticas corporales en el campo de la medicina científica sea la del predominio del paradigma alopático como matriz epistemológica del modo de abordaje terapéutico en biomedicina, marco en el cual se ha asignado un mayor prestigio a determinadas especialidades. Siguiendo en este punto a Laplantine (1999) la medicina moderna parece radicalizarse en un estricto especifismo etiológico, lo que redunda en la búsqueda por aislar e identificar inequívocamente la especificidad de los síntomas y su origen en términos causalistas y mecanicistas. Esto reviste algunas consecuencias, entre las cuales sólo nos interesa resaltar dos: 1) la creciente reducción del cuerpo humano como un mero organismo anatómico-fisiológico, lo que define el pasaje de una mirada clínica (centrada en el contacto directo con el enfermo y la historia que tiene para contar) a una mirada que trata de localizar y eliminar las causas de enfermedad (centrada en la positividad del examen y la observación). Esto puede definirse asimismo en términos de objetividad metodológica, esto es, la valoración de la capacidad de evaluar y diagnosticar enfermedades empíricamente, sobre la base del conocimiento de relaciones de causa-efecto y 2) la estandarización de los tratamientos. En este sentido, la lógica del accionar diagnóstico moldeada en virtud del marco teórico especifista determina que, si la detección etiológica es exitosa, la terapéutica implementada suele redundar 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, así como la de predecir los efectos de

determinadas causas constituye, entonces, la precondición necesaria para la aplicación de tratamientos estandarizados (Launsø, 1989).

Esto se puede observar de modo ostensible a partir de los actuales avances en términos de investigación y de desarrollo tecnológico, centrados principalmente en la producción farmacéutica (línea terapéutica que claramente remite al modelo mecanicista que presupone que a un diagnóstico X se le prescriba una medicina Y), las manipulaciones genéticas y el perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas. En este contexto de super especialización y creciente objetivación metodológica que caracteriza a los saberes y prácticas biomédicos, puede comenzarse a vislumbrar el lugar asignado a las especialidades corporales, quizá demasiado simples y concretas en su manipulación del cuerpo humano, si la comparamos con la complejidad técnica y de formación de un profesional cirujano, por ejemplo. La necesidad de igualdad en los roles ha conducido a la introducción de otras formas de tratamiento como la electroterapia para complementar las técnicas manuales, a una mayor estandarización del tratamiento y a la implementación de una currícula de formación de cinco años, lo que nos remite a lo que Goffman (2004) denomina “retórica del entrenamiento”².

Por otro lado, se suma a este relativo lugar subordinado en términos de *status* y prestigio al interior de la profesión biomédica un nuevo desafío que se delinea a partir de las transformaciones operadas en la sociedad y en el campo mismo de la salud. Entre estos factores podemos destacar la emergencia de las llamadas “nuevas enfermedades” -concepto que desarrollaremos más adelante- y las nuevas ofertas que minan el monopolio

ejercido hasta ahora y que ponen en cuestión –al menos desde la perspectiva de algunos pacientes- la legitimidad de algunas prácticas biomédicas. En países industrializados se registran procesos de incorporación y subsunción de estas prácticas al ser integradas al sistema oficial de salud (Easthope, 1993; Fadlon, 2005; Cariello Moraes, 2006), de integración complementaria en el marco de instituciones privadas (Heirich, 1988; Launsø, 1989), así como también se ha verificado la adopción de técnicas propias de las terapias holísticas en la práctica de fisioterapeutas biomédicos (Goldstein et al. 1985). En Argentina, a pesar de que la práctica de terapias alternativas no se encuentra reconocida ni avalada por el Estado, algunas prepagas que apuntan a sectores de alto poder adquisitivo incluyen entre sus servicios disciplinas holísticas como el yoga. El carácter de esta relativa inclusión, por un lado, ofrece un marco de protección en el que estas prácticas adquieren un estatuto profesionalizado y pueden ser ejercidas en relación de dependencia pero, por otro, constituyen estrategias resistidas por muchos terapeutas alternativos, quienes temen la pérdida de su identidad profesional, claramente diferente respecto de los servicios de salud propuestos por la biomedicina³.

Finalmente, podemos consignar que no sólo las transformaciones en el mercado de la salud han redundado en una ampliación de las posibilidades de elección (y consumo) terapéutico (Cassileth, 1989; Riessman, 1994) sino que, como indican numerosos estudios, esta diversificación también responde a una mayor demanda por parte de los sujetos de poder elegir y, de este modo, ejercer más control sobre su propia salud y obtener una atención más individualizada.

Algunos autores vinculan este cambio respecto del rol del paciente, tradicionalmente definido como “obediente, pasivo y complaciente” (Stacey, 1997) con la internalización de valores postmodernos que fomentan actitudes individualizantes (Siahpush, 1998; Easthope, 1993; Van Hove, 1999; York, 1995). Otros autores, empero, asocian estas nuevas demandas a la apropiación de algunas ideas propias del sistema de creencias alternativo, debido a lo cual los usuarios que acusan preferencia por las MAC tendrían una mayor disposición para ejercer un rol más activo en el proceso de su propia curación, así como también para actuar según la creencia de que la salud es un tema que concierne a la propia responsabilidad individual (Furnham y Forey, 1994).

Con el advenimiento de estos cambios, podríamos aventurar que las terapias corporales biomédicas se encuentran también en un contexto de cambio potencial, en virtud de la amenaza de mayor competencia que representa la explosión de nuevas ofertas médicas, o debido a la tendencia de algunos fisioterapeutas a adoptar algunas técnicas holísticas. Es en virtud de esta potencialidad de sufrir modificaciones en el interior del sistema de atención de la salud biomédico que nos interesa ahondar en las representaciones que, respecto de esta terapia, tienen los usuarios más tendientes a optar por otras técnicas corporales.

Percepciones en torno a los aspectos técnicos de la kinesiología

A partir de nuestro trabajo de campo, cabe destacar que resulta recurrente por parte de

los usuarios la asociación de la kinesioterapia con la lógica de la rehabilitación, constituyéndose en torno a este tema un claro consenso. En este sentido, en su ámbito de competencia se destaca, según los pacientes, el tratamiento de problemas traumáticos como las lesiones postoperatorias que requieren la recuperación del movimiento de la zona afectada y, en casos de fracturas, esguinces y luxaciones, es decir, cualquier afección que redunde en una reducción o ausencia de flexibilidad (atrofias, entumecimiento, falta de movilidad) en una articulación o extremidad. Identificamos en las entrevistas realizadas a dos tipos de usuario de kinesiología: los que han recurrido a ella a los fines de la rehabilitación y aquellos que padecen otro tipo de dolencias. Esta última clasificación comprende una amplia gama de padecimientos, incluyendo dolores difusos o de más difícil resolución, como los asociados a contracturas derivadas del estrés, las “malas posiciones” adoptadas en el trabajo y el estilo de vida, así como también los dolores de origen crónico asociados sobre todo a dolencias degenerativas, como artritis, artrosis y mal de Sudeck⁴.

“Si vos tuviste algún problema de origen traumático, que te rompiste una pierna, o tenés algo en la columna, ellos te dan masajes, hielo, calor, ultrasonido... No son médicos, hacen una carrera como si fuera paralela, a nivel de huesos, traumatismos, los codos, las rodillas, pero te tratan como médicos, es como si fueran médicos porque te diagnostican, miran las radiografías... Es una especie de rehabilitación, sirven cuando sufriste algún accidente, o tuviste que estar mucho tiempo en reposo y esa parte del cuerpo al no moverse demasiado se atrofió, o sea lo que hace es ejercitar el cuerpo para

que el organismo no se entumezca... ”(Pablo)

Las técnicas utilizadas en el tratamiento referidas mayormente por los informantes tienen un soporte mecánico, sustentadas con bandas, cadenas y poleas para lograr el estiramiento de determinadas partes del cuerpo, así como una serie de técnicas para la aplicación focalizada de electricidad (técnicas de electroterapia, las cuales pueden contar con diferentes modalidades de corriente, forma de onda y frecuencia), y ultrasonido (técnicas de terapia de ondas mecánicas). Es usual en el tratamiento de zonas inflamadas la combinación de la aplicación de frío (suministrado bajo la forma de hielo) y de calor (almohadillas con electrodos, lo que es denominado por los biomédicos bajo el término de técnicas de termoterapia, las cuales hacen uso de dispositivos en base a radiación térmica e infrarroja). Asimismo se utilizan técnicas de ejercitación con barras, pequeñas pesas y pelotas a los fines de la elongación, movilización y/o del desarrollo de músculos que se encontraban debilitados a causa del reposo y la falta de movimiento.

Bien entendido, estas técnicas se corresponden no sólo con determinados tipos de dolencia que la kinesiología tiene como objetivo terapéutico, sino con una determinada concepción de la enfermedad y del cuerpo en general. En efecto, como ya se ha constituido en un consenso en el ámbito académico de las ciencias sociales –no así en el de las ciencias médicas- la medicina convencional se esfuerza por producir un discurso natural, universal y objetivo respecto de lo que se construye a partir de una realidad social y cultural, simbólicamente mediada que determina el modo de aprehender y actuar el mundo (Good, 1994). En este

contexto, una de las críticas habituales que se le imputa al imaginario propio de la medicina científica es la de objetivar el cuerpo humano en términos del modelo de la máquina, lo que determina que los padecimientos sean tratados no sólo como una realidad estrictamente biológica (lo que reviste un rasgo clave de la biomedicina) sino en términos de un desarreglo funcional pasible de ser solucionado de modo mecánico. Este racionalismo mecanicista, que surge en el Renacimiento con la publicación de la obra de Vesalio, marcará el pensamiento anatómico y fisiológico biomédico, sobre ciertos temas, desde el siglo XVII (Luz, 1997) y determinará el sometimiento del cuerpo a la descomposición de sus elementos, tanto en las instituciones de enseñanza como en lo que hace a la práctica médica (Le Breton, 1995). Esta mirada y este modo de construcción de la realidad corporal en tanto mecanismo fisiológico tienen consecuencias respecto del modo en que es organizado el trabajo terapéutico y los puntos sobre los cuales se hará hincapié. Por supuesto, es posible consignar límites definidos a estas consideraciones más bien radicales en torno a la influencia del modelo biológico y la conceptualización del cuerpo en biomedicina. Como ejemplo pensemos en las teorías relativas al funcionamiento de lo que se llamó sistema nervioso y hasta principios del siglo XX, simplemente nervios. (En este sentido, no hay que olvidar el carácter moral que en el discurso biomédico asumían los padecimientos nerviosos). Tampoco nos olvidemos del carácter social y/o racial -en lugar de individual- que pasaron a tener los temperamentos de la medicina hipocrática en pleno siglo XIX, de modo tal que la medicina oficial

avalaba el carácter flemático de los ingleses o el sanguíneo de los latinos. Estos ejemplos son de utilidad para no volvemos tan radicales a la hora de pensar las influencias de determinados modelos y /o conceptos teóricos de la biología en el campo biomédico como totalidad.

“(Los kinesiólogos) trabajan de modo más específico (que los terapeutas holísticos), el traumatólogo especifica los lugares donde tenés problemas y ellos tienen que trabajar ahí, además ellos cobran según lo que trabajan, no te trabajan todo el cuerpo. Ponele, vos llevás las radiografías, tenés algún estudio para ellos ver el problema que vos tenés, pero ellos actúan de acuerdo a cómo ven la radiografía y lo que les dice el traumatólogo... ” (Aidé)

“...en casa hay bastantes médicos y son todos clínicos o cirujanos, ya se sabe que los traumatólogos son unos bestias y que los kinesiólogos por ende también. El prejuicio dentro de la comunidad médica es que los traumatólogos son como mecánicos, los cirujanos son unos dandis y los traumatólogos que arreglan a los jugadores de rugby y les dan palazos para dejarles el hueso en su lugar(...) Y... se puede decir que se dedican a las terapias más corporales y más... tuerca, digo, de hecho si ves a un cirujano traumatológico, tiene un serrucho, como clavos, es como mmm... y los kinesiólogos en general tienen esto como de poca delicadeza, como que... no sé... como que te pasan electricidad, shhhh..., y después viene otro y hay una vieja con una pelota elongando un cuadriceps porque se quebró la cadera, como que hay una cosa muy chota para encarar el tratamiento... como muy con arreglo a fines. El fin es la muñeca, bueno, se arregló, listo. Como esta

cosa muy... muy en relación no con la persona como totalidad sino cada pedazo al que ellos se dedican, sos como una muñeca disfuncional” (Luz).

Como podemos apreciar en los textos precedentes, el trabajo específico de la kinesiología responde, según los pacientes, a una visión particionada del cuerpo. Desde esta perspectiva, resulta lógico que la terapéutica se aplique sólo a las zonas que es preciso rehabilitar y no a las partes que aparecen intactas desde la matriz de visibilidad y de inteligibilidad de lo que muestran las radiografías y, por supuesto, desde la ausencia de dolor o molestias que declaran los pacientes. De esta mirada que se tiene sobre el cuerpo se desprende, incluso, que cada parte tratada y que cada técnica implementada tenga honorarios diferenciados, lo que denota una terapéutica altamente segmentada, focalizada y pretendidamente racional, con arreglo a fines, como indica la informante citada.

La insatisfacción manifestada por los usuarios respecto del accionar de la medicina convencional es, como bien indica Gary Easthope (1993) de índole sumamente compleja y presenta variaciones según el tipo de dolencia que padezca el paciente, el marco cultural en el que se inscribe y el profesional al que se haya recurrido, entre otros factores. Evidentemente, muchos usuarios comparten esta visión respecto de sus dolencias y de su cuerpo en términos de máquina disfuncional, sobre todo cuando recurren a esta terapia en pos de ser rehabilitados. Sin embargo, la referencia al hecho de trabajar el cuerpo en su totalidad aparece como un requerimiento si no necesario, al menos visualizado en términos positivos. Esto es mencionado con frecuencia por los usuarios de MAC, sobre

todo en el caso de aquellos individuos que recurren a terapias de raigambre oriental, las que postulan que el equilibrio energético del organismo físico así como también el del plano emocional, psíquico y espiritual del sujeto se logra sólo a través de técnicas que involucren la movilización del cuerpo en su totalidad⁵. Como indican Furnham y Smith (1988), los usuarios de MAC creen que el tratamiento debe concentrarse en la persona y no simplemente en los problemas que surgen en el nivel orgánico (síntomas), lo que habitualmente la medicina convencional tiende a abordar de modo exclusivo. Esta postura acorde con las propuestas inherentes a la cosmovisión alternativa se refuerza, asimismo, cuando los pacientes sufren de afecciones que no concuerdan con un simple traumatismo, es decir, cuando las causas no son tan evidentes o se trata de una multiplicidad de factores que, al confluir, determinan el advenimiento del malestar. En estos casos la lógica empleada para la rehabilitación suele no funcionar o resulta insuficiente, lo que refuerza en los usuarios la idea de que las terapéuticas de corte lineal y focalizado como la kinesiología, en última instancia, no son tan eficaces porque no contemplan que en cada dolencia intervienen “muchas cosas a la vez”.

Por otra parte, algunos informantes han reportado el intento por parte de los fisioterapeutas de acercarse al marco teórico y filosófico de las medicinas holísticas. Sin embargo, la mención de algunas premisas del marco alternativo es vista como inadecuada e inoperante ya que las técnicas y la organización de la terapia permanecen sin cambios, sobre todo cuando las sesiones se llevan a cabo al interior de una institución biomédica. La incorporación de temas como

la influencia de las experiencias emocionales y psíquicas en la salud orgánica, así como también la idea de corporización (Csordas, 1994) de las vivencias del sujeto, e incluso la posibilidad de implementar técnicas como la acupuntura, en estos contextos se lleva a cabo sin modificar de modo sustancial el sistema de creencias propio de la medicina ortodoxa que vehiculan los fisioterapeutas biomédicos. En el siguiente relato, estos planteos son interpretados como una actitud poco auténtica e incluso como una burla hacia el paciente, ya que lo planteado en términos del discurso no tiene un correlato terapéutico:

“Todo el mundo está como, nadie discute que las cosas están muy pegadas, no se me ocurriría pensar que lo que te pasa es solamente fisiológico, y a mis médicos alópatas tampoco, en general. De hecho ahora cuando fui a hacer kinesiología me decían ehh ¿hiciste un mal movimiento o es emocional? ¡Esa es la dicotomía! Me dice hoy la kinesióloga ¿leíste ‘La enfermedad como camino’? Me dijo ‘es hermoso’... pero esto de ‘ay leete La enfermedad como camino’ (la informante lo dice de modo sarcástico) y después te paso onda corta, bueno gracias, sí, voy a leer La enfermedad como camino, claro... Es como que... ¿Viste cuando sentís que algo?... Como que te toman menos en serio...” (María)

La contradicción señalada por la informante entre implementar determinadas técnicas de electroterapia y la referencia al ideario de las terapias holísticas nos remite asimismo a la cuestión de la “opción por la delicadeza” que parece llevarse a cabo por los usuarios de MAC. Mary Douglas (1998) sostiene a este respecto que este modo de valorar las terapias constituye una nueva tendencia, “contraria a lo que es considerado

como lo material, lo vulgar, lo rudo, lo tosco, lo duro, lo brutal, lo mecánico y lo impuro, y complementaria de una preferencia por la espiritualidad”⁶. De este modo, la tendencia a elegir terapias distintas a la biomedicina se sustenta sobre la base de una escala de clasificación que involucra a un conjunto más amplio de disposiciones culturales que aparecen como opuestas a las delineadas en el marco de los esquemas de evaluación e interpretación de la biomedicina. En el caso específico de la kinesiología, son ante todo las técnicas que involucran el uso de aparatos de elongación y aquellas que generan algún tipo de emisión de electricidad las que son visualizadas como más “toscas”, mientras que las técnicas de fototerapia y de aplicación electromagnética son consideradas como las más inocuas y menos eficaces debido a que su naturaleza y finalidad no son comprendidas y su accionar y resultados casi no son percibidos por los pacientes (sólo se siente una suerte de cosquilleo).

“A veces ni le hacen caso (al biomédico que prescribe el tratamiento). Por ejemplo mi traumatólogo les había mandado a que no me colgaran, porque yo tengo la quinta vértebra soldada y un pellizco en las cervicales, un tema delicado ¿viste? Bueno, y finalmente lo hicieron (...) ... te ponen como una cosa que te agarra la mandíbula suspendida con un hierro arriba en el techo, con un resorte, y ellos te cuelgan y de acuerdo al problema que vos tengas te estiran más o menos, así que después ni teuento los dolores que sentía...” (Aidé)

“¿Hoy sabés lo que me hicieron? ¡onda corta! ¡Es electricidad! Yo tenía estos aros y tocó con la porquería esa y me dio una patada que me quería matar!... (‘¿No te dijeron que te sacaras los aros?’) No. Mirá,

te ponen, igual es gracioso porque le dicen ‘calorcito’, te ponen como una especie de almohadilla con calor y dos electrodos cubiertos como de ‘ballerinas’ (lienzo amarillo que se utilizan para limpiar). Una porquería. La sensación era medio picana, era medio freack, y ¡se van!, te dejan como 20 minutos ahí con los electrodos (‘¿y eso te pareció eficaz como terapia?’) No, a mí me contracturó muchísimo porque me asusté cuando me dio la patada en el aro y dije acá me voy a morir malamente. Y hoy pensaba un poco, yo nunca tengo situación de camilla y mi situación de camilla más afable siempre era ir a reflexología, que era ‘yo voy a volver a reflexología porque esto es como un bajón’. Igual lo hago porque queda cerca de mi casa, está incluido en la obra social (prepaga) y nada, y es lo que puedo hacer ahora...’

(Luz).

“A veces sentís mucho más el masaje que si te ponen el calor o te hacen magneto terapia y ‘andate a tu casa’... y lo que más sentís es el masaje, lo que más efecto te hace pero también, a mí no me terminaba de resolver nunca eh...” (Emilce)

En el primer relato se puede observar que la violencia sufrida por la informante no pone en cuestión la naturaleza misma del abordaje técnico sino que remite, más bien, a la negligencia de algunos profesionales en particular. Sin embargo, la descripción del aparato encierra en sí misma la referencia a una técnica que dista de ser reconfortable y atractiva en pos del cuidado del cuerpo. En el segundo caso, por el contrario, la aplicación de ciertas técnicas como la electroterapia es percibida como chocante y peligrosa, y se utilizan metáforas de tortura que expresan el rechazo de la misma en tanto método terapéutico. A este respecto cabe

señalar que resulta común por parte de los usuarios la expresión de sorpresa al reparar en la simplicidad, rusticidad e incluso precariedad de la aparatología empleada. En contraposición a esta percepción en torno a las técnicas de fisioterapia (termoterapia, electroterapia, fototerapia, entre otras), las técnicas de masaje son las referidas por los usuarios como las más eficaces ya que contribuyen de modo más ostensible a la relajación y alivio del dolor.

No obstante, en el marco de grupos definidos estas prácticas terapéuticas, lejos de ser consideradas violentas, aparecen más bien como suaves y el tratamiento como demasiado extenso, lo que no se corresponde con la necesidad de recuperar la movilidad de partes determinadas del cuerpo. Uno de nuestros informantes, practicante de un arte marcial, nos refiere que una táctica habitual en estas disciplinas consiste en recurrir al huesero. Mientras que la kinesiología es percibida como costosa, de avances lentos y sin resultados efectivos ni definitivos como para que valga la pena el sufrimiento experimentado, el huesero cuenta con la virtud de la rapidez en el re establecimiento de la zona afectada (generalmente las articulaciones de la rodilla y el codo). Si bien el informante reconoce que esta terapia suele ser dolorosa, al tratarse de un universo simbólico y de prácticas en el que el dolor es percibido en términos positivos, la terapéutica ofrecida por el huesero es definida como un valor agregado (grupal e individualmente) en lo que hace a las experiencias de la propia identidad en términos de resistencia y valor. Debido a lo cual la asistencia al kinesiólogo tiende a ser infrecuente (no así al traumatólogo) postulándose ante todo una estrategia de

complementariedad entre el huesero y esta especialidad de la biomedicina.

Rehabilitación versus estilo de vida

El modelo de servicio (Goffman, 2001) que rige en el marco de la kinesiología se caracteriza por una estandarización del tratamiento que involucra no sólo el trabajo parcelado sobre distintas partes del cuerpo del individuo, sino la racionalización del tiempo de atención, lo que se expresa a través del hecho de que el tratamiento se delimita a una cantidad de sesiones predeterminadas por el especialista que deriva al enfermo en cuestión. De modo contrario a lo especificado en el caso del informante que practica un arte marcial, quien especifica que el mínimo de sesiones que requiere un tratamiento de kinesiología es demasiado largo y, por ende, inoperante, el corte que signa el final de un tratamiento convencional no se adecua con las necesidades de algunos pacientes en particular: los enfermos crónicos. Para comprender el aspecto novedoso que revisten este tipo de dolencias en el campo de atención de la salud, Le Breton (1999) señala que, paradójicamente, los avances registrados en la medicina científica –que redundaron en la posibilidad de tratar exitosamente un amplio espectro de enfermedades y derivaron en una prolongación de la longevidad media de la población- han contribuido a hacer inevitables los dolores más o menos agudos y/o duraderos correspondientes a las enfermedades crónicas o a las secuelas del envejecimiento que otrora solían desaparecer con la muerte.

Como ya se ha indicado en diversos estudios, uno de los límites inherentes al

paradigma biomédico aparece especificado en los términos de su dificultad para tratar dolencias de índole crónica. La lógica alopática se muestra más eficaz cuando el aislamiento de las causas puede llevarse a cabo de modo preciso, como en el caso de la irrupción de un agente patógeno externo, la detección de la falencia o exceso de alguna enzima, el descubrimiento de un tumor o nódulo que puede ser extirpado quirúrgicamente. Por ende, su terapéutica se define predominantemente en virtud del orden examen-diagnóstico-tratamiento y consiguiente resolución del problema, de lo cual se espera que la eficacia de su accionar se produzca dentro de ciertos límites temporales. En el caso de los individuos que presentan enfermedades degenerativas como la artrosis, o afecciones de larga data, desviándose así de los casos clínicos agudos habituales o típicos, los tratamientos estandarizados devienen en obsoletos o meramente paliativos ya que no se corresponden con este modelo, lo que desencadena la desorientación por parte de los biomédicos.

“Mientras hice kinesio, este... yo me sentía bien, bien entre comillas, porque bien no me sentía, pero estaba mejor, me sentía de mejor ánimo, con más voluntad, me sentía distinta, bueno, pero llegó un momento después de dos años y medio... ¡dos años y medio! Ininterrumpidos que yo fui a kinesiología, me agarró el profesor, el director del instituto y me dijo: “Señora, ¿por qué no paramos un poco, a ver cómo su organismo reacciona?, porque también le tenemos que dar lugar a su organismo a ver...” (“¿Y por qué ese tiempo?') No lo sé, porque mi organismo también, tanto hacer lo mismo, era una especie de acostumbramiento.

Entonces había que ver que eso se suspendiera para ver si realmente mi organismo se mejoraba, se estancaba, empeoraba, o qué era lo que sucedía... ¿Qué pasó? Que yo empecé a estancarme, a empeorarme, porque mientras me hacían eso todo bien, pero... (...) y cuando me cortan esto, yo digo: ¿qué hago? Porque empecé a decaer cada vez más, así que por eso empecé a buscar otras especialidades, que no eran médicos, porque así no podía estar" (Aidé).

En el relato citado, ante la verificación de que el tratamiento aplicado no produce ninguna evolución suplementaria en el estado de salud del paciente, el biomédico opta por indicar un intervalo sin atención a su paciente. Sin embargo, no toma en cuenta que el mantenimiento de las sesiones, si bien no lograba una completa recuperación y erradicación de los dolores y, si bien, no involucraba un avance progresivo de la mejora, es considerado como indispensable por parte de la paciente crónica para sostener su calidad de vida. De hecho la interrupción de la terapéutica redonda en un claro empeoramiento de su estado, lo que la conduce a buscar indefectiblemente soluciones en otras medicinas que le ofrezcan una alternativa. Este hincapié puesto en la pertinencia del tratamiento mientras se obtengan resultados en términos evolutivos y objetivamente verificables quizá no es tan estricto en el caso de las medicinas alternativas, cuya perspectiva holística se orienta ante todo al logro del bienestar general del sujeto como fin último. En este marco, si bien se ponderan resultados específicos que pueden obtenerse, tales como alivio del estrés, tratamiento de desequilibrios funcionales, tensiones musculares y complemento para terapias del dolor,

finalmente es la lógica del mantenimiento de la salud en términos de equilibrio y bienestar lo que predomina en este discurso terapéutico. Este aspecto de la retórica alternativa reviste particular importancia ya que redunda en una tendencia al tratamiento como una práctica continuada a pesar de las discontinuidades que se puedan presentar. En este sentido, los usuarios pueden gestionar la toma de sesiones según sus necesidades particulares y, por supuesto, de acuerdo a factores coyunturales como la disponibilidad de tiempo y dinero, entre otros, lo que se aleja bastante del modelo de atención -y de comprensión etiológica- en kinesiología.

Esta inadecuación del modelo terapéutico respecto de algunas afecciones nuevas puede verificarse asimismo en el caso de las llamadas enfermedades vinculadas con el estilo de vida, propio de la modernidad tardía.

"¿Por qué fuiste a hacerte reflexología y no a un kinesiólogo? Y... porque en realidad no necesitaba trabajar sobre un dolor puntual, me dolía el cuello, tenía contracturas, lo usual cuando tu laburo implica que estés delante de la computadora tanto tiempo. Por eso no iba a ir a un kinesiólogo o a un traumatólogo para que me derive ¿qué me iba a decir? Andá a hacer deporte, natación, comprate una silla ergonómica, pero no a hacer rehabilitación..." (Patricia).

"Me parece que hubo algo de caer en la cuenta de que si uno no se ocupa un poco del cuerpo del todos los días te enfermás, te enfermás en serio, no es que... eh... y esto [en mi grupo de amigos] todos empezamos a tener alguna ñaña... todos teníamos distintos grados de surmenage, de surmenage o el cuerpo dando señales muy claras, y de repente dejó de ser gracioso" (Luz).

Resulta habitual en los relatos de usuarios de MAC la búsqueda de alternativas terapéuticas en pos de lograr una mejor calidad de vida, lo que se asocia con la idea de sentirse mejor y alcanzar un cierto grado de armonía y bienestar general (Sointu, 2006). En un marco en el que la flexibilidad laboral y el incremento de la intensidad del trabajo acarrea en determinados grupos de la población padecimientos específicos, se registra en el discurso de los actores el reconocimiento de la necesidad de someterse a tratamientos terapéuticos de modo sostenido para poder gestionar su vida cotidiana. De este modo, las fronteras de lo normal y lo patológico que constituyeron el núcleo del pensamiento médico a partir del siglo XIX se desdibujan, ya que lo patológico ya no puede pensarse -al menos en estos casos- en clave de desvío respecto de una media general establecida abstractamente.

“De hecho cuando me dio, cuando la (médica) clínica me dijo que vaya al kinesiólogo me dijo ‘ya sabemos que no sirve para nada, pero andá igual’, porque se supone que para cosas como un poco más sutiles, cosas que no sean recuperación de fracturas expuestas, son medio toscos... y me dijo que me recomendaba mucho una terapia, me olvidé cómo se llamaba pero era tipo TCB, que es como un tipo de masajes... y me parece esto, que está mal, que te manden a todos al mismo kinesiólogo, al mismo salón para recuperarte, lo mismo para un hueso roto que para otra cosa, me parece que no les debe funcionar muy bien... Y lo que tiene es que estas cosas que en realidad son una boludez, porque lo que yo tengo es una contractura, después les trae problemas, porque ponele me miró, me hizo una placa, me decía ‘se te está cambiando mucho la

curvatura de las cervicales’... digo, eso en alguien más grande o alguien que lo sostiene más o qué sé yo, se te vuelve una hernia y digo, pensando en relación con lo que le sale a una obra social, una operación de columna es más cara... Me parece que está como esta cosa de lo que es la medicina preventiva, y se supone que todas estas cosas, que son medio medicina preventiva, cosa que es rara porque uno va cuando la contractura ya la tiene, con lo cual no previene todo, previene algo peor que vendría después de algo que ya tenés. Y me parece que para las cosas que vendrían dentro de medicinas preventivas, los kinesiólogos no sirven...” (Yael).

“-¿Qué tipo de habilidades te parece que tiene tu reflexólogo, que le permitió ver lo que te pasaba?

Será este conocimiento que te comentaba antes de... de ver... por ahí me pasa de tener un dolor de cabeza muy fuerte, iba a la sesión por otro motivo y me empezaba como a tocar el pie y a través del tacto darse cuenta que hay algo más... y por otro lado una solución más a largo plazo... (...) el tema era que sentía que por ahí iba a kinesiología, hacia las sesiones que tenía que hacer, o el traumatólogo me daba valium como relajante muscular y al tiempo era lo mismo que nada” (Emilce).

La kinesiología, focalizada ante todo en una lógica de la rehabilitación de los pacientes, tiende a no establecer diferencias sustanciales en el tratamiento de afecciones de naturaleza diversa. Por esto mismo, su grado de eficacia se ve reducido cuando se trata de abordar la amplia gama de afecciones más difusas y/o crónicas que claramente no se corresponden con este modelo de atención. Esto es percibido como una irracionalidad

por parte de los usuarios de MAC, no sólo porque la oferta biomédica no se corresponde claramente con las necesidades de los pacientes, sino debido a que incluso parece redundar en el perjuicio de los servicios de medicina prepaga. En este sentido la poca eficacia de la kinesiología registrada en padecimientos puntuales confluye con la imposibilidad de actuar en tanto medicina preventiva, puesto que la derivación y el inicio del tratamiento se produce invariablemente *post facto*, es decir, cuando el paciente ya se encuentra padeciendo una afección, traumatismo o malestar.

A modo de conclusión

A partir de nuestro trabajo de campo, se han podido identificar algunos factores que provocan el rechazo de la terapia kinesiológica o, en su defecto, la preferencia por terapias no-biomédicas. Las percepciones negativas en torno a la atención kinesiológica por parte de los usuarios de las MAC pueden ser agrupadas en dos ejes principales. En primer término, los informantes hacen referencia a los límites técnicos de esta terapia, lo que termina delineando una concepción en términos del carácter no sólo paliativo sino incluso violento de la terapéutica implementada. En segundo lugar, se especifican los límites temporales del tratamiento, lo que pone de relieve la lógica de la rehabilitación basada sobre el par normal-patológico que orienta las prácticas de esta disciplina. Esto es considerado negativo por parte de los informantes en tanto los mismos -en virtud del carácter crónico y/o recurrente de sus dolencias- fundan su búsqueda terapéutica en prácticas médicas

que puedan incorporarse a sus vidas en términos cotidianos, poniéndose de relieve la importancia de la categoría de estilo de vida en la elección terapéutica en estos casos.

Cabe destacar que la insatisfacción con la kinesiología se circunscribe así a casos específicos cuyo tratamiento en términos alopáticos no resulta eficaz y/o definitivo. En este sentido, el afán totalizante que caracteriza a la biomedicina (Goffman, 2001) determina que no se contemple la cuestión ampliamente referida por los usuarios de MAC respecto de que no todos los casos, especialmente las llamadas nuevas enfermedades, se ajustan al marco de referencia establecido por el modelo biomédico. La indiferencia de la medicina convencional respecto de este reclamo de los pacientes, así como también las pretensiones por relegar o directamente excluir del campo legítimo de la atención de la salud a otras formas de abordaje terapéutico, redunda en una evaluación crítica por parte de los usuarios de MAC respecto de la kinesiología como disciplina terapéutica.

Finalmente, podríamos señalar que las causas invocadas no son diferentes a las deficiencias que los pacientes observan en los tratamientos biomédicos de cualquier otro tipo, tales como incapacidad de atender las llamadas nuevas enfermedades en virtud de un imperante modelo organicista, segmentación del individuo que primero deja de ser una persona con nombre, apellido, historia de vida y contexto social, para luego dejar de ser siquiera un cuerpo, una entidad orgánica total -que originalmente era lo mínimo que brindaba la biomedicina en sus diagnósticos y abordaje de la enfermedad-. En la actualidad, el doliente aparece particionado, constituyéndose en una mera

“contractura de cervicales”, un “hígado”, o un “riñón”. Es así que la falta de una visión global, de una figura profesional que se haga responsable por la totalidad del proceso terapéutico constituye otro de los principales motivos de reclamo de los usuarios hacia la biomedicina, con independencia del mal de que se trate. Es en este sentido que comprobamos que el tipo de dolencia no es determinante en el nivel de satisfacción de los usuarios, excepto a rasgos absolutamente generales. Las áreas de traumatología y cirugía siguen siendo exitosas y preferenciales respecto de las alternativas por parte de los usuarios ante heridas graves, quebraduras, luxaciones y traumatismos similares, lo mismo podría decirse de las infectocontagiosas, pero allí se acaba el reconocimiento por la biomedicina. Tampoco la persona del especialista tiene una relevancia central -excepto en casos aislados-, pues la biomedicina por sobre todo prioriza la técnica, más allá de los profesionales que la ejecutan lo que, entre otros aspectos, ha desnaturalizado la relación entre dos personas consideradas como “totalidades” para pasar a ser una relación de poder médico-paciente. En contrapartida, en las medicinas de enfoque holístico, la empatía entre paciente y terapeuta -al igual que la duración de la consulta- son parte constitutiva del proceso terapéutico. En este marco, la identidad del especialista sí puede ser un motivo de selección terapéutica en las medicinas no convencionales, mucho más frecuentemente de lo que lo es en el campo biomédico, en el que el prestigio puede encumbrar a algunos pocos profesionales por especialidad, y en virtud de sus honorarios resultan poco accesibles en términos económicos. A la vez, los especialistas biomédicos afamados

tienden a no adquirir el nivel de notoriedad respecto del gran público como puede serlo un Padre Mario, una Isolina -sanadora carismática-, o una Felipa -curandera tradicional de la Provincia de San Juan- quienes a pesar de haber fallecido se encuentran todavía presentes en la memoria de amplios sectores de la sociedad.

Notas

1. La autora menciona asimismo el Thompsonismo (forma de verbalismo surgida originalmente en los Estados Unidos), la naturopatía y determinados roles médicos y de asistencia como las parteras, boticarios y hueseros. McGuire (1988: 7-8).
2. Respecto de algunas profesiones biomédicas, como farmacia y anestesiología, Goffman (2004) habla de la “retórica del entrenamiento”, estrategia discursiva por medio de la cual las universidades proveen títulos habilitantes que requieren que sus miembros absorban un área y un período de formación que aparecen como misticados, en parte para conservar un monopolio, pero también para fomentar la impresión de que el profesional autorizado es alguien que ha sido reconstruido por su experiencia de aprendizaje y que está situado en un lugar diferente que los otros hombres lo que, por supuesto, le confiere una mayor legitimidad al rol desempeñado.
3. En este punto, nos remitimos a lo expresado por varios especialistas

alternativos entrevistados en el marco de nuestro trabajo de campo desde el año 2005. La selección de los informantes se fundó en un trabajo de rastreo de tipo *bola de nieve* en el Instituto Iberoamericano de Salud Holística, ubicado en Tribunales, y en el Centro de Terapias Alternativas en Liniers, así como también entrevistas con especialistas de práctica exclusivamente privada. En términos generales, los especialistas coinciden en sus discursos acerca de las ventajas que revestiría el incluir medicinas complementarias y alternativas en los sistemas oficiales de salud. Sin embargo, cuando se ahonda en este tema se muestran renuentes tanto en lo que hace a su participación en contextos biomédicos como respecto del hecho de impartir sus conocimientos a profesionales ortodoxos, lo que se explica en virtud del carácter intrínsecamente dominante y subordinante que le es adjudicado a la biomedicina en relación con otros abordajes terapéuticos.

4. El mal de Sudeck constituye una enfermedad degenerativa altamente infrecuente que comienza con una descalcificación de los huesos y produce un intenso dolor en el nivel articular y muscular. El mismo nos fue referido por uno de nuestros informantes.
5. A modo de ejemplo, la reflexología y la auriculoterapia ostentan una cosmovisión que les permite ver en el pie y en el lóbulo de la oreja, respec-

tivamente, un mapa del cuerpo en su totalidad y, por tanto, las técnicas utilizadas se basan sobre principios reflejos de acción sobre el organismo en términos holísticos. La acupuntura y la digitopuntura asimismo emplean técnicas de sustento reflejo, aunque se fundan en la creencia de la existencia de diversos meridianos o canales de energía que recorren el cuerpo, cada uno de los cuales se relaciona con y permite actuar sobre un órgano en particular. Estos principios reflejos constituyen la base de una diagnosis diferente a la biomédica, lo que permite registrar otras causas de malestar no contempladas desde la mirada anatomista de los kinesiólogos.

6. Douglas (1998:42).

Bibliografía

- Cariello Moraes, M. G.
 2006 Práticas de acupuntura no contexto brasileiro. *XI Congresso Latino-americano sobre Religiao e Etnicidade*, ALER, San Pablo, Brasil.
- Cassileth, B.
 1989 The social implications of questionable cancer therapies. *Cancer*, 63.
- Csordas, T.
 1994 *Embodiment and Experience: Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Douglas, M.
- 1998 *Estilos de Pensar*. Barcelona: Gedisa.
- Easthope, G.
- 1993 The response of orthodox medicine to the challenge of alternative medicine in Australia. *Australia and New Zealand Journal of Sociology*, 39 (3).
- Fadlon, J.
- 2005 *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. Albany, NY: State University of New York.
- Furnham, A. y J. Forey
- 1994 The attitudes, behaviors and beliefs of patients of traditional vs complementary (alternative) medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 35.
- Furnham, A. y C. Smith
- 1988 Choosing Alternative Medicine: A comparison of the beliefs of patients visiting a general practitioner and a homeopath, *Science Medicine*, 26 (7).
- Goffman, E.
- 2001 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 2004 *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldstein, M., D. Jaffe, D. Garell y R. Berke
- 1985 Holistic Doctors: becoming a non-traditional medical practitioner. *Journal of Contemporary Ethnography*, 14.
- Good, B.J.
- 1994 *Medicine, rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heirich, M.
- 1988 *Breaking Through to Wellness: a movement toward holistic health*. Michigan: Sociological Department, University of Michigan.
- Launsø, L.
- 1989 Integrated medicine- a challenge to the health-care system. *Acta Sociologica*, 32 (203).
- Laplantine, F.
- 1999 *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones Del Sol.
- Le Breton, D.
- 1995 *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- 1999 *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Luz, M.
- 1997 *Natural, racional, social*. Buenos Aires: Lugar.
- McGuire, M.
- 1988 *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press.

- Organización mundial de la Salud
2002 *WHO Traditional Medicine strategy 2002 - 2005*. Geneva: WHO.
- Riessman, F.
1994 Alternative Health Movements. *Social Policy*, 24 (3).
- Saks, M.
2001 Alternative Medicine and the Health Care Division of Labour: Present Trends and Future Prospects. *Current Sociology*, 49.
- Sharma, U.
1992 *Complementary medicine today: practitioners and patients*. Londres: Tavistock/Routledge.
- Siahpush, M.
1998 Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. *Journal of Sociology*, 34.
- Sointu, E.
2006 Recognition and the Creation of wellbeing. *Sociology*, 40.
- Stacey, J.
1997 *Teratologies: a cultural study of cancer*. Londres: Routledge.
- Van Hove, H.
1999 L'émergence d'un marché spirituel. *Social Compass*, 46 (2).
- York, M.
1995 *The Emerging Network: Sociology of the New Age and Neo-Pagan Movements*. Lanham, Maryland: Rowman y Littlefield Publishers Inc.

Resumen

En este artículo nos centramos en las percepciones de la kinesiología por parte de los usuarios del área metropolitana de Buenos Aires, en relación con la percepción que poseen sobre las terapias alternativas que se valen también de técnicas “corporales”. Enfocamos especialmente itinerarios terapéuticos de individuos de sectores medios que finalmente han optado por terapias alternativas, que constituyen la mayoría de los casos relevados.