

ARTIGOS DO FLUXO CONTÍNUO

N

EW AGE EN EL HOSPITAL: UNA ETNOGRAFÍA DE LAS TÉCNICAS DE ALIVIO AL DOLOR EN NIÑOS/AS EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Candela Rocío Heredia

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires – Argentina

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4571-984X>

Introducción

Existe un entrevero del campo espiritual con el campo de la salud y más específicamente, un sincretismo y una reelaboración semántica entre Nueva Era y la biomedicina (Bordes y Saizar 2018). En este artículo, reflexiono sobre ello, analizando unas técnicas de alivio del dolor que se encuadran en la Nueva Era y que se conjugan con elementos médicos de la pediatría.

En el año 2015, comencé un trabajo de campo etnográfico concurrendo diariamente a un hospital público pediátrico y observando las técnicas empleadas por las “voluntarias de TNF” de un equipo de Cuidados Paliativos. “TNF” es la sigla de “terapias no farmacológicas” y la categoría de “voluntarias de TNF” (enunciando la sigla) es como esas mujeres se reconocen a sí mismas y como son reconocidas en la institución sanitaria. Ellas realizan meditaciones, prácticas neochamánicas, reiki y utilizan símbolos cuánticos en niños/as hospitalizados/as con “enfermedades amenazantes para la vida” con el fin de “relajar y equilibrar” y así aliviar su dolor. Dichas

mujeres trabajan en carácter de “voluntarias”, lo que significa que no reciben salario ni retribución monetaria por su labor. No obstante, forman parte de un equipo del hospital: el equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos.

En el primer apartado, describo qué son los Cuidados Paliativos, cómo su definición “holística” de su objeto y de su labor asistencial habilitan las técnicas de la Nueva Era y cómo el alivio del dolor se constituye en un elemento legitimador de su inserción en hospitales. En el segundo apartado, indico las principales características de la Nueva Era y por qué las “terapias no farmacológicas” pueden ser incluidas dentro de ese amplio movimiento. En el tercer y último apartado, de manera etnográfica analizo escenas del trabajo de campo para dar cuenta de las fusiones del campo de la salud con el campo espiritual. Finalmente, culmino con unas reflexiones sobre las posibilidades de conjunción de la biomedicina con la Nueva Era y la ampliación del poder médico a los planos espirituales.

Los Cuidados Paliativos y el alivio del dolor

Los Cuidados Paliativos son, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (WHO 2002), el cuidado total, activo y continuado de pacientes y sus familias cuando la expectativa médica no es la curación. Son un enfoque que mejora la calidad de vida de personas que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida. Lo hacen a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual. Esta definición de la OMS, que se encuentra en los manuales y en los cursos que realizan quienes deciden aprender este “enfoque” o tipo de cuidado, integra los aspectos psicosociales y espirituales en la atención a la salud.

Para quienes ejecutan la atención paliativa, aliviar el dolor y otros problemas (“ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual”) es “trabajar en pos de una calidad de vida, de una vida digna, sea en un trayecto final o no; es dar confort; es cuidar” (Heredia 2019a:159). En el caso del equipo de Cuidados Paliativos donde realicé trabajo de campo (y podría extenderse a otros equipos), el dolor es un elemento de poder “es lo que legitima su presencia, el leitmotiv de su trabajo, su identidad y su expertise. Es un elemento de poder en tanto les da reconocimiento y prestigio dentro de la medicina y dentro de la institución hospitalaria” (Heredia 2019a:159). Ellos realizan evaluaciones, registros y medicar el dolor de una forma ejemplar para otras ramas de la medicina. Los otros servicios hospitalarios piden su ayuda (interconsulta hospitalaria) para controlar dolores de pacientes y hasta son reconocidos en muchas instituciones como “los/as médicos/as del dolor”.

El tratamiento del dolor ha sufrido grandes transformaciones en el tiempo, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX con la figura del anestesista siciliano (radicado en Estados Unidos), John J. Bonica. En torno a su figura surgió

la medicina del dolor, la cual se apoyaba en un enfoque holista de la persona y en un abordaje multidisciplinario para la investigación y el tratamiento del dolor agudo y crónico. Entre 1950 y 1977 se crearon, en Norteamérica, más de un centenar de clínicas del dolor bajo sus premisas. Por los mismos años aparece en Inglaterra la figura de Cicely Saunders, considerada la fundadora de los Cuidados Paliativos¹. Ella también propuso un enfoque holista y un abordaje multidisciplinario, pero más centrado en el uso de opioides, en enfermedades oncológicas y en el final de la vida. Las ideas de ambos personajes proliferaron y se expandieron. Y a la luz de las nuevas tecnologías se perfeccionaron los tratamientos farmacológicos, se crearon protocolos y mediciones (Alonso 2013). La OMS, años después a la aparición de estos personajes, incorporará sus aportes a la definición del tratamiento del dolor, incorporará la definición de los Cuidados Paliativos e instará a los estados miembros “a que formulen, refuercen y apliquen, según convenga, políticas de cuidados paliativos en apoyo del fortalecimiento integral de los sistemas de salud” (WHA 2014:63).

Actualmente los equipos cuentan con profesionales de la medicina, la psicología, el trabajo social, enfermería, kinesiología, terapia ocupacional o musicología y pueden tener pastores, sacerdotes o reikistas entre tantas otras profesiones, oficios y roles. Los Cuidados Paliativos pueden ser dirigidos hacia personas adultas o niños/as y adolescentes con enfermedades amenazantes para la vida. Los Cuidados Paliativos Pediátricos son aquellos abocados especialmente a niños/as y adolescentes² y quienes se encargan de la atención médica son pediatras.

En síntesis, los Cuidados Paliativos hacen referencia a: una forma de cuidar, a un enfoque, a un servicio hospitalario, a un equipo de trabajo y a una especialidad tanto de la medicina como de otras profesiones. Y en muchos hospitales son, por su concepción holística y multidisciplinar, un espacio privilegiado para la emergencia de prácticas que pueden encuadrarse en la Nueva Era.

Nueva Era y terapias no farmacológicas

La Nueva Era es causa y efecto de una transformación sociocultural que desborda el campo religioso (en forma y contenido) y se inmiscuye con otros (Semán y Viotti 2015). Para dar cuenta de cómo lo hace en el campo de salud, más específicamente, en el control del dolor de niños/as hospitalizados/as, procederé a describir algunas de sus características e intentaré contestar las siguientes preguntas: ¿Qué es la Nueva Era? ¿Por qué técnicas de ese movimiento tienen una próspera reproducción en el ámbito hospitalario y específicamente en los Cuidados Paliativos Pediátricos?

La Nueva Era es un movimiento que se reconoce a sí mismo como tal en 1971 en los Estados Unidos (Melton 2014). Se caracteriza por poseer un sesgo antiautoritario y autonómico como ingrediente central de su marco interpretativo (Carozzi 1999) y quienes participan de sus prácticas incorporan como esquema cultural una transformación del “yo” por contacto con un todo natural, sin influencia social

(Carozzi 2000a). La espiritualidad Nueva Era condensa una serie de experiencias atravesadas por lenguajes del crecimiento personal, la filosofía positiva, la ecología (Semán y Viotti 2015), construyendo una narrativa sincrética en torno a categorías como holismo, energía y vibración (Bordes y Saizar 2018). El ideal de potencialización de la capacidad individual para realización del “yo” encuentra afinidades con la “ideología del progreso” que coloca el énfasis en la eficacia productiva a través del cultivo de las cualidades de autonomía, poder, confianza y creatividad (Toniol 2015); y la imagen del “buscador” de esa potencialización encuentra afinidad con el “modelo del individualismo moderno, que supone un agente que ‘selecciona’ y ‘elige’ en un mercado o un escenario ‘plural’ de bienes de salvación o bienestar” (Viotti 2018:246). El horizonte de prácticas y de ideas vinculadas a la Nueva Era es amplio: neohinduismo, neoindigenismo, budismo occidental y sistemas capilares que no se identifican como espirituales o religiosos (Semán y Viotti 2015; Viotti y Funes 2015).

En lo que respecta a las llamadas “terapias no convencionales”, “terapias alternativas” o “terapias complementarias” (entre otras denominaciones), ya desde las primeras producciones académicas se las liga con la Nueva Era. Los primeros trabajos describieron a este movimiento y a las terapias alternativas como parte de una misma red internacional y como un “complejo alternativo” (Carozzi 2000b) y los siguientes trabajos profundizaron su relación observando una trama más amplia de lo cotidiano y los regímenes de subjetivación (Viotti 2018).

Según la OMS (WHO 2000), la “medicina complementaria” y la “medicina alternativa” hacen referencia a un conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal. La OMS propone denominarlas en virtud de su utilización respecto de la biomedicina, “clasificación que ha sido problematizada al considerarse que la utilización de las terapias en las trayectorias individuales es lo que permite designarlas como complementarias o alternativas respecto del tratamiento biomédico” (Saizar y Bordes 2014:10-11). Según Anatlilde Idoyaga Molina (2015), las medicinas alternativas, en su mayoría de origen oriental, se enraízan en cosmovisiones religiosas y en su incorporación en las sociedades occidentales han generado el concepto de energía como expresión de lo sagrado.

Las terapias alternativas y la Nueva Era son fenómenos co-participantes. El origen de esa unión se halla en el movimiento del potencial humano surgido en el oeste de los Estados Unidos en la década de los sesenta (Carozzi 1999) y que se une a otros movimientos sociales en los setenta y décadas subsiguientes. En Buenos Aires, antes de 1980 ya algunos practicantes de disciplinas alternativas se relacionaban con centros del movimiento del potencial humano en Estados Unidos. El fenómeno se fue expandiendo y en los noventa surgieron revistas especializadas, seminarios y encuentros como canales de difusión. Quienes participaron de las propuestas fueron un sector letrado de las clases medias con alta sensibilidad por la contracultura anglosajona, en un contexto de mercantilización de la vida social y de transformación

del sistema de mediaciones de la industria cultural (Semán y Viotti 2015). Pero con el transcurrir de los años, los sectores populares fueron también siendo partícipes de esas propuestas Nueva Era: en parroquias, clubes barriales, plazas y hospitales públicos comenzó a practicarse gratuitamente yoga, reiki, shiatsu, biodanza, tai-chi-chuan, etcétera (Bordes y Saizar 2018; D'Angelo 2014; Idoyaga Molina y Luxardo 2005; Pitluk 2006; Saizar et al. 2016; Saizar y Bordes 2014).

Las voluntarias del hospital donde realicé trabajo de campo denominan como “terapias no farmacológicas” a las prácticas que realizan. Esta denominación tiene, en principio, dos elementos: se definen por la negativa a lo farmacológico y se afirman como terapéuticas. Para la biomedicina, la terapia es el conjunto de medios (en su gran mayoría compuesta por medicamentos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Para las terapias que conforman el “complejo alternativo”, es más bien un trabajo individual para la transformación del “yo” con vistas a un estado de plenitud. La transformación es un trabajo terapéutico y necesariamente espiritual; es un acervo ecléctico y pragmático de procedimientos, prácticas y técnicas vinculadas a diferentes conocimientos y tradiciones. Según Sônia Weidner Maluf (2005b), ese trabajo hace referencia a dos momentos de la experiencia (a dos campos de significado diferentes y complementarios): al momento de la terapia misma (la consulta, el ritual y/o los procedimientos prácticos); y el estilo y el proyecto de vida de la persona en terapia. El trabajo es todo el esfuerzo terapéutico y espiritual para superar el mal-estar. “El resultado de ese esfuerzo sería un proceso de transformación, de cambio, en el cual el ‘viejo yo’, en términos nativos, dará lugar a un ‘nuevo ser’” (Maluf 2005b:501).

La terapia, farmacológica o no-farmacológica, implica una transformación de un estado de mal-estar a otro de bien-estar. La diferencia radica en qué es un estado y otro para cada quién y cuál es el medio idóneo para pasar de uno a otro. Para la biomedicina, los fármacos han sido el medio privilegiado para mejorar la salud de las poblaciones (Heredia 2019b). Desde ese paradigma, la manera hegemónica de entender la salud es la ausencia de enfermedad y ésta es interpretada como una alteración en el sistema biológico (Menéndez 2003). Para el “complejo alternativo” es otro el procedimiento para la transformación al estado de “plenitud”. Y el modo de definir la variedad que constituye ese procedimiento (meditaciones, neochamanismo, reiki, cuencos tibetanos, diapason, símbolos cuánticos, etcétera) ha sido por contraste a lo hegemónico. “Alternativas” o “complementarias” a la medicina alopática, “no convencionales”³ (porque lo convencional sería la alopática) y ahora son las “no farmacológicas”: las que no utilizan el objeto convencional y hegemónico que son los fármacos. El no usar fármacos y definirse por ello forma parte de una de las tantas omisiones y reformulaciones de lo sagrado que realizan los/as terapeutas en contexto hospitalario (Bordes y Saizar 2018).

Pero del mismo modo que los/as terapeutas del “complejo alternativo” reformulan sus términos y prácticas (las prácticas las analizaré en el próximo apartado),

la biomedicina también se transforma. Y dentro de ese campo biomédico, surgen especialidades como los Cuidados Paliativos que discuten al interior, reformulan la “salud” e introducen nociones como “holismo”, “integralidad”, la “no-curación”, el “cuidado” y la “multidimensional”. Estas dos transformaciones (del complejo alternativo y de la biomedicina) son lo que habilita la compatibilidad y convivencia de los dos mundos. En el siguiente apartado observaré no sólo esa coexistencia, sino la fusión de ambos.

Biomedicina y Nueva Era

Un día de noviembre de 2015 en el hospital, subí unas escaleras atiborradas de gente y llegué a la puerta del Servicio de Cuidados Paliativos Pediátricos. Toqué y esperé. Susana abrió la puerta. La saludé, entré, dejé mis cosas en el armario y me coloqué la chaqueta blanca como hacía cada día. Era temprano y las únicas en el Servicio éramos Susana y yo. Susana era voluntaria y trabajaba desde hacía tiempo en el equipo de Cuidados Paliativos. Ella barría el consultorio, mientras me contaba que el fin de semana había estado con un chamán muy poderoso:

– Es mexicano, pero trabaja en Colombia con drogadictos. Hace poco estuvo trabajando y haciendo encuentros en Chile – me decía Susana sin despegar la vista del suelo y con la escoba entre las manos – y este fin de semana fue el invitado especial del encuentro. Este chamán que te digo es muy poderoso. Fui al encuentro a aprender unas técnicas de chamanismo.

– ¿Cómo se llama ese chamán, Susana?

– Tiene varios nombres. Uno es Érica. También se llama Isaac. Bueno, tiene varios nombres. Puede romper el granizo antes de que caiga a la tierra. Algunos chamanes llegan a hacer cosas que la tecnología más avanzada no puede. Algunos chamanes pueden estar en un lado y en otro. Yo, por ejemplo, puedo estar acá, pero también estoy en China. Eso es porque uno puede viajar en el vacío. Hay lugares en el cuerpo, entre los órganos, entre las células, donde hay vacío. Donde hay vacío no hay tiempo, no hay espacio. Por eso es que uno puede viajar más allá del tiempo y estar en dos lugares. Yo también soy chamán. Mi maestro es un indio hopi de la zona de Arizona. Yo una vez estuve en esa zona. Hace más de veinte años que práctico. [...]

Fui con Susana a las salas de internación del hospital.

– Podemos hacer algo. Vamos como a jugar. Yo voy a ser tu maestra y vos vas a ser mi aprendiz – sugirió Susana mientras caminábamos por los pasillos del hospital – Para empezar, para esto que vamos a hacer no es bueno el deseo. Porque si deseas algo es porque tenés una necesidad y

porque ya sabés aquello que deseas. Los grandes maestros no tienen deseo, no tienen necesidad. Por eso hay que esforzarse para no tener deseo. El deseo es malo. En ese nivel de plenitud, que consiguen los maestros, no hay deseo. No necesitan nada. Si tiene algo es una gracia, un regalo. No tienen carencia.

(Registro de diario de campo de 15 de noviembre de 2015)

Existen tres cuestiones referidas a la Nueva Era en los hospitales, ya plasmadas en otras producciones (Bordes y Saizar 2018; Saizar et al. 2016; Tavares, Duarte y Cognalato 2010), que se vislumbran en el discurso de Susana. A saber: (1) la búsqueda de legitimidad de su práctica terapéutica; (2) la existencia de un nivel de plenitud como horizonte; y (3) la necesaria experimentación personal del trabajo terapéutico.

La legitimidad de las prácticas encuadradas en la Nueva Era se asienta, a su vez, en dos fenómenos: la profesionalización de su oficio y las explicaciones con lógica científica. Tanto los procesos de profesionalización (Freidson 1978; Larson 1979) como la reelaboración de la matriz interpretativa del “complejo alternativo” para encuadrarse en la retórica científica, han sido señaladas por Mariana Bordes y Mercedes Saizar (2018). El primero de los fenómenos se refiere a los esfuerzos por dotar de seriedad la producción y transmisión del conocimiento. Mediante una formación específica, yendo a cursos o seminarios con líderes espirituales (como chamanes) y con la antigüedad (años de ejercicio) es que se construye cierto aval de la práctica, la cual se torna así más “seria” y “creíble”. Además de ello, la apropiación de rasgos de la retórica científica (hablar de los “órganos” y “células”), para compatibilizar con los saberes dominantes del campo, es algo habitual entre este tipo de voluntarios/as que buscan salir de un lugar de marginalidad (Saizar et al. 2016). Es así como “las terapias alternativas del tipo nueva era vienen promoviendo las combinaciones más excepcionales entre [...] entre la necesidad de legitimación científica y sus orientaciones cosmológicas con un fondo místico-esotérico” (Tavares 2003:85).

En lo que respecta a la “plenitud” como horizonte, ésta puede ser definida como un estado de bienestar al cual se aspira. Como contracara, el malestar (enfermedad o sufrimiento físico) es visto como una manifestación de un mal espiritual. Como señala Sônia Weidner Maluf (2005a), el cuerpo tiene centralidad en la Nueva Era, porque se lo considera signo: puede ser leído, observado e interpretado y habla sobre “persona”. Si el cuerpo tiene un malestar es porque la persona tiene un malestar en su dimensión subjetiva y/o espiritual. “Si se pretende curar, entonces, el ser entero debe cambiar (la enfermedad es la ocasión para que eso acontezca)” (Maluf 2005a:153). Para el caso de las enfermedades amenazantes para la vida (sin posibilidades terapéuticas de cura), los procedimientos adoptados intentan ayudar a la persona a vivir con su enfermedad, a aliviar su sufrimiento o a preparar una “buena muerte”. “Independientemente de la existencia de una enfermedad y del sufrimiento, la búsqueda de un equilibrio entre cuerpo y espíritu continuará durante todo el ca-

mino espiritual del sujeto” (Maluf 2005a:154). El interés está entonces en equilibrar al sujeto individual con el mundo que lo rodea y sedimentar una manera de “estar en el mundo” caracterizada por la armonía y el fluir de la energía. Llegado ese punto máximo, no habrá necesidad, porque no habrá faltante de algo sino plenitud pura. A ese punto llegan los “grandes maestros”, líderes o referentes de la Nueva Era (esa identidad de “referente” en general no es auto atribuida sino alter atribuida).

Para llegar a dicho estado de plenitud, es necesario el trabajo terapéutico. Como señalé anteriormente, este se compone del momento de la terapia misma y del proyecto de vida de la persona en terapia (Maluf 2005b). Para los/as propios/as terapeutas, también implica un esfuerzo terapéutico el trabajo (con sus dos componentes). Muy similar a los/as profesionales de la Psicología que realizan terapias psi para ellos/as mismos/as, los/as terapeutas de la Nueva Era inician un constante trabajo terapéutico sobre sí mismos/as. Cuando se intenta registrar ese múltiple trabajo terapéutico (de quien coordina la terapia y de quien decide emprender el camino de transformación, o dicho de modo hospitalario, terapeuta y “paciente”), los/as investigadores/as sociales solemos ser invitados/as a experimentar esa transformación. Hay numerosas investigaciones que dan cuenta de este factor y señalan tanto la inevitabilidad del ser afectado/a por el fenómeno como la riqueza de erigir esa inevitabilidad como premisa teórico-metodológica (López Pavillard 2015; Segato 1993; Wright 1998). Por ejemplo, el antropólogo español Santiago López Pavillard (2015), en un apartado de su tesis doctoral titulado “Procesos en el trabajo de campo: dejar la grabadora y coger la maraca”, sostiene que “sentía la necesidad de tomar la iniciativa, crear mi método. Esta actitud empezaba a ser, en cierto modo, una exigencia de algunos chamanes. Así que decidí, por primera vez, prescindir de la grabadora y de la libreta de notas, y llevarme a la ceremonia una maraca” (López Pavillard 2015:33). Los chamanes-interlocutores del antropólogo anteponen el valor del trabajo personal frente al académico deseando que las sesiones chamánicas que presencia el antropólogo sean buenas para él “personalmente”. Él dejó la grabadora, dejó de realizar preguntas, tomó la maraca y comenzó a participar de sesiones y viajes con ayahuasca. Del mismo modo, la invitación de Susana a jugar a la maestra y la aprendiz, reflejan una invitación habitual a ser partícipes de la transformación. La transformación tiene un valor prioritario sobre otros asuntos (como puede ser la producción académica).

Seguí entonces a Susana, asumiendo el juego de roles. Y ese día de noviembre fuimos a visitar, a una sala de internación, a una niña de tres años llamada Albana. Albana estaba con una cuidadora hospitalaria⁴. Era una niña con encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), con un catéter en el pecho, un soplo en el corazón, con una sonda para drenar la hidrocefalia que salía de su cabeza dando la imagen de una pequeña antena; tenía las manos y la cara hinchadas:

- ¿Ya la vieron los médicos del equipo? –me preguntó Susana.
- Sí, vino Victoria [pediatra] a verla. Interpretaron que los inten-

tos de sacarse la antenita eran por la cefalea. Le indicaron risperidona cada doce horas, pero la última vez que vinimos con Violeta [pediatra] la notaron más tranquila: ya no fruncía el rostro.

– Está bien. Ahora vamos a ver nosotras cómo está.

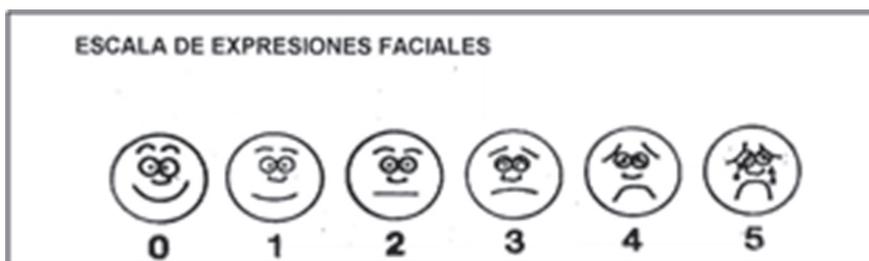
Sacó un péndulo violeta de su bolso. Lo colocó encima de Albana y dijo pausadamente:

– Vamos a ver cuánto dolor tiene. Cero es que no tiene dolor. Y diez es que tiene mucho dolor.

(Registro de diario de campo de 15 de noviembre de 2015).

Las pediatras de Cuidados Paliativos registran y miden el dolor en base a una escala numérica y a una de expresiones faciales. En la numérica, el “0” representa la ausencia del dolor y el “10”, el mayor dolor. La facial se registra en base a la observación y va del 0 al 5 y registra la expresión relajada, tensa (parcial o totalmente) o si realiza muecas del dolor y tiene el ceño fruncido. La numérica por lo general surge de una pregunta. Las/os médicas/os solicitan a la niña/o que coloque un número del 1 al 10 al dolor que siente. Con un círculo se marca el número referido por la/el niña/o y queda asentado así en la historia clínica⁵ (Heredia 2019a).

Imagen 01: Escala de Dolor por Expresiones Faciales



Fuente: Escaneada de una hoja de la historia clínica.

Imagen 02: Escala Numérica de Dolor



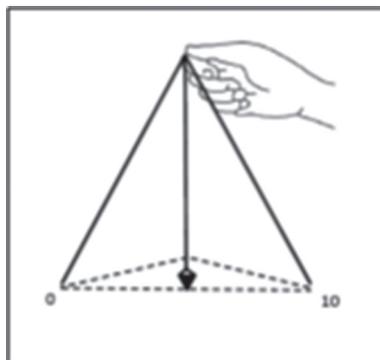
Fuente: Escaneada de una hoja de la historia clínica.

Susana, al igual que las pediatras, iba a colocar una intensidad numérica al dolor. Pero lo haría a su modo: no interrogaría a la niña ni lo haría observando su rostro. Aquel día, el péndulo de Susana se balanceó hacia un lado; volvió al eje y luego fue en dirección al lado contrario. Se generó así un movimiento de “V”. De esta forma, creó la escala de dolor.

Cabe señalar que el péndulo “se activa”. Este día no, pero muchas otras jornadas acompañé a otra voluntaria a activar el péndulo. Activar el péndulo consiste en realizar diversas oraciones y movimientos en torno al péndulo, con el fin de limpiarlo, cargarlo y mejorar de esta manera la conexión del terapeuta con ese instrumento, logrando así un mayor conocimiento del estado energético de la persona a tratar y un mejor tratamiento. La voluntaria en cuestión solía activar su péndulo en la capilla del hospital. Los hospitales públicos en general tienen capillas del cristianismo católico y un capellán encargado de dar misa. Las capillas solían tener mucha actividad, pero con el correr de los años fue disminuyendo la concurrencia de feligreses. No obstante, sigue siendo un lugar silencioso donde las personas van a orar o meditar. No hay otro tipo de templos o iglesias de otra religión y eso es porque la Iglesia Católica goza de un favoritismo estatal. Si bien existe una diversidad religiosa la cual refiere a la cantidad de seres suprahumanos postulados y a las múltiples maneras de relacionarse con ellos (Frigerio 2018), dicha diversidad religiosa no necesariamente involucra pluralismo religioso, el cual es justamente una valoración efectiva de esta diversidad (Frigerio y Wynarczyk 2008). Lo que sucede es que, a pesar de la poca diversidad religiosa desde el Estado y sus instituciones (como son las sanitarias), aparecen diferentes seres suprahumanos y es común que estas voluntarias, para activar el péndulo o hacer otras prácticas, acudan a maestros o guías del reiki y a símbolos para conexiones, elevar vibraciones, obtener bendiciones y energía. Todo ello, en el hospital y hasta en la mismísima capilla católica.

Con el péndulo de cuarzo, Susana generó la escala. Y el péndulo comenzó a balancearse desde el eje hacia casi el centro de la escala.

Imagen 03: La Escala de Dolor con el Péndulo



Fuente: Elaboración propia.

— Tiene seis de dolor —dijo Susana y agregó—. Ahora vamos a tocar un poco el cuenco y a hacerle un poco de reiki y, después, vamos a ver si tiene menos dolor o no.

Procedió a imponer sus manos a lo largo del cuerpo de Albana. Tocó el cuenco bien cerca de la niña. Se acercó a la cuidadora hospitalaria. —Aprovechá para relajar vos también —le dijo y tocó un cuenco de cuarzo de unos 25cm de diámetro cerca de la cabeza de la mujer mientras ésta cerraba los ojos.

Sacó de su bolso unos círculos de papel con un dibujo. Luego me diría que eran símbolos cuánticos de kyron.

(Registro de diario de campo de 15 de noviembre de 2015)

Imagen 04: Los Símbolos Cuánticos



Fuente: Sitio web Manos de Luz Divina

Estos círculos de papel sobre los cuales tenía impreso el símbolo de Kyrón, los colocó en la cama. Eran unos cuatro círculos. Contenían la cruz de David, la flor de loto y una figura humana iluminada en el centro. En el aire dibujaba con el dedo índice. Cuando le pregunté qué dibujaba, me comentó que hacía el símbolo de Kyrón.

En internet hay una serie de páginas, blogs, grupos de Facebook, etcétera, en donde se definen estos símbolos como portales de luz, medios, canales, energía, rayos cósmicos, tecnología Inter dimensional; se dice que actúan en el ADN energético, transformando las viejas energías (como las angustias y los miedos); se dice que ayudan en “nuestra ascensión”. Pero yo no recibí tales explicaciones ni definiciones en el

campo. Lo único que me dijo Susana cuando le pregunté qué era eso de los símbolos cuánticos de Kryon, fue “ayudan a sanar”:

Retiró los círculos de la cama. Le preguntó a la cuidadora hospitalaria cómo se sentía.

– Me relajó el sonido de eso –dijo señalando el cuenco.

Susana sacó un instrumento de su bolso.

– ¿Qué es eso? –pregunté.

– Un diapasón.

– ¿Un qué? –volví a preguntar ya que no entendía cómo funcionaba esa herramienta con un mango y dos puntas.

Entonces Susana tomó el diapasón por el mango con una mano y lo golpeó con la palma de la otra. Luego me lo acercó al oído, dio una vuelta por encima de mi cabeza, para acabar el movimiento en mi otro oído. Escuché un zumbido que me relajó. Se acercó a la cuidadora, golpeando el diapasón una vez más en su palma y arrimándolo primero a un oído de la mujer y luego al otro, tal como lo había hecho conmigo. Por último, repitió los movimientos en Albana.

Guardó el diapasón y sacó de su bolso un pequeño trozo de cuarzo blanco con el cual recorrió el pequeño cuerpo de Albana sin tocarla.

Guardó el cuarzo y dijo:

– Bueno, ahora vamos a ver si le hizo bien la sesión a Albana.

Colocó el péndulo nuevamente sobre la cabeza de Albana, el cual empezó moverse en “V”. Luego fue al eje y quedó finalmente en el centro. Entonces me miró.

– ¿Es un cinco? –pregunté

– Sí, ahora tiene cinco de dolor. Mejoró un poquito.

(Registro de diario de campo de 15 de noviembre de 2015)

Al igual que las médicas de Cuidados Paliativos, Susana utilizó la escala de dolor. Esta escala tenía la particularidad de poder usarse en niñas como Albana. Una médica que hubiera querido interrogar verbalmente a Albana y sugerirle que coloque del 1 al 10 su dolor, no hubiera tenido respuesta. Albana no hablaba. Pero Susana sí pudo medir numericamente el dolor a través del movimiento del péndulo. En este acto se expresaba la conjunción entre los métodos biomédicos y estas “otras terapias”, re-elaborando simultáneamente las definiciones y mediciones de la biomedicina y de la Nueva Era.

Esa conjunción y reelaboración es posible por múltiples razones. Una de ellas es que las terapias del “complejo alternativo” son consideradas inocuas; “la movilización del monto energético de la persona [...] acarrea una sensación inmediata de ‘relajación’, ‘paz’, ‘tranquilidad’, ‘alivio’ y, en definitiva, ‘bienestar’” (Bordes y Saizar 2018:170). No son invasivas, no implican penetrar o diseccionar el cuerpo material;

no son contrarias a la cirugía o la quimioterapia. No son una amenaza para el tratamiento biomédico, porque las personas no dejan el tratamiento farmacológico por el no-farmacológico. Las voluntarias de TNF bogan por la combinación. No tienen (al menos en el hospital) discursos que invaliden o desprecien las prácticas biomédicas; en síntesis, no dirimen el espacio de la biomedicina. No intentan quitarle lugar en el hospital, sino que, junto a ella, pretenden habitar ese espacio.

Para el caso de estas voluntarias de TNF, que son parte de un equipo interdisciplinario del hospital, los márgenes de acción se amplían. Y esto sucede por dos cuestiones: trabajan con niños/as y particularmente con niños/as que tienen “enfermedades amenazantes para la vida”. Si bien en el registro de campo expuesto no se vislumbra la forma en que los/as niños/as reciben a estas voluntarias, puedo afirmar (por las numerosas jornadas en que las acompañé) que generalmente son recibidas con predisposición: las asocian con mujeres que van a sus habitaciones a “tocar música” (por los cuencos que tocan y que permiten que los/as niños/as toquen), que “hacen dormir” (por las meditaciones o reiki que relajan y hacen dormir a los/as niños/as), que “hacen masajes” (por la reflexología) o simplemente van a compartir un tiempo con ellos/as. Y nunca son consideradas “amenaza” en el sentido que no indicarán una medicación desagradable (como la morfina que “es amarga y constipa”), tampoco los pincharán ni darán “malas noticias”. He visto a niños/as que, al ver ingresar a un/a médico/a, se tapan con las sábanas o comienzan a llorar. Eso no sucede con estas voluntarias. Gozan de ese lugar privilegiado de no ser rechazadas, porque allí las colocan los/as propios/as niños/as. La aceptación de los/as niños/as les da una gran legitimidad en el hospital.

En lo que respecta a las “enfermedades amenazantes para la vida” en la niñez (período socialmente considerado de dependencia e inocencia), podemos decir que acarrea sentimientos morales de compasión y altruismo. Esos sentimientos se materializan en intervenciones de diversos tipos; “en nuestra sociedad, esa intervención es necesaria estética y moralmente, pues no es ni bello ni justo ver a un niño o a una niña agonizando de dolor en un hospital” (Heredia 2019a:151). Es preciso hacer algo por ese “intolerable moral” (Fassin y Bourdelais 2005). El carácter de urgencia que tiene el sufrimiento infantil en sociedades urbanas es otro elemento que habilita las terapias del “complejo alternativo”. Porque la intolerancia al sufrimiento crea la necesidad de generar bienestar como sea posible. Si estas “otras terapias” son posibles, entonces se le dará lugar pues, al fin y al cabo, son “inocuas” y a los/as chicos/as les gusta.

Otra cuestión no menos importante al pensar las condiciones de posibilidad para la aparición y reproducción de terapias enmarcadas en la Nueva Era, es el presupuesto destinado a las mismas. Es sabido que el presupuesto para la salud pública es escaso. Y el hecho de no tener que dirigir recursos monetarios (salarios e instrumentos) a estas terapias es algo propicio para la institución. Así, suma otro tipo de asistencia generadora de bienestar en “pacientes” y no implica una carga presupuestaria para ella. Y hasta puede jactarse de esa incorporación “moderna”, “progresista”, “inofensiva” y “holística” de las “nuevas terapias”.

Por último, para comprender la combinación entre las terapias, es menester señalar que existe colisión (Klass 1991) y ambivalencia (Kalinsky y Arrue 1996) entre los sistemas de creencias. Ni los conocimientos científicos, ni mágicos, religiosos, populares o de sentido común totalizan las formas de actuación y elección terapéutica. Según tiempos, malestares y posibilidades, las personas transitamos las propuestas terapéuticas sin estar sumergidas en un exclusivo y totalizante mundo de significados. Entonces los/as niños/as no ven como contradictorio que una mujer toque los cuencos tibetanos y luego que un médico le escuche el corazón con un estetoscopio, simplemente son cosas que “pasan en el hospital”. Y familiares y personal sanitario tampoco lo ve como contradictorio. En efecto, he presenciado solicitudes del mismo personal sanitario (personal de limpieza, enfermeros/as o médicos/as) que le piden a las voluntarias de TNF que les hagan reiki. Y hasta yo misma he realizado con Susana dos cursos de reiki (primer y segundo nivel) acompañada de una médica, jefa de terapia intensiva, que también se interesó por los cursos y ambas concurrimos a la casa de Susana para realizarlos.

La atención de la salud puede entenderse como una configuración etnomédica a través del traslapo (*overlap*) de diversas medicinas. Anátilde Idoyaga Molina (2015), por ejemplo, retomando la idea de “sistema etnomédico” de Charles Good (1987) para el estudio de las sociedades africanas⁶, sostiene que las distintas medicinas (religiosas, tradicionales, alternativas, de autotratamiento o biomedicina) se traslapan y que “la selección y combinación depende obviamente de las diferencias étnicas, sociales y culturales de la población e incluso de estilos de pensar entre los individuos de un mismo grupo social” (Idoyaga Molina 2001:9). Las creencias son flexibles, entremezcladas e inestables; en la medida que se cree, también se des-cree, se establecen nuevas tradiciones y se dejan de lado otras y todo este proceso se desenvuelve en las microprácticas que hacen a la vida cotidiana (Kalinsky y Arrue 1996).

El análisis del ejercicio de las nuevas y viejas medicinas y las prácticas de complementariedad terapéutica colaboran en poner en evidencia la inexistencia de la neutralidad y unicidad del paradigma biomédico en la atención de la salud y en la definición y tratamiento del malestar. El discurso biomédico, que se autodefine como el único discurso veraz y eficiente, es un discurso más entre varios. Colocar este fenómeno en la historicidad y contingencia de los contextos y saberes creados es la razón de ser de la Antropología Médica (Laplantine 1999). “No sólo el acto médico ha estado, casi hasta nuestros días, rodeado de prescripciones religiosas y mágicas, de oraciones, sortilegios, precauciones astrológicas, sino que todavía la droga, las dietas del médico, la pasada de los cirujanos son un conjunto de simbolismos, simpatías, homeopatías, y antipatías que, en realidad, se conciben como mágicas” (Mauss 1979:51). Los contenidos míticos y religiosos se conectan con todos los aspectos de la vida (Idoyaga Molina 2015). En el hospital público particularmente, se puede observar con claridad esas conexiones en el tratamiento para aliviar el dolor.

Reflexiones finales

La ambivalencia y las mutaciones constantes de las creencias se desarrollan en la cotidianidad y delimitan las formas de tratar el malestar. La biomedicina ha sufrido mutaciones y dentro de su campo ha habido discusiones. Específicamente, se ha discutido con el encarnizamiento terapéutico (insistencia en la aplicación de recursos médico-quirúrgicos para prolongar la vida empeorando su calidad) y el paternalismo biomédico. De esa discusión nacieron los Cuidados Paliativos que, al calor de numerosos movimientos en la década del sesenta, decidieron abocarse a las “enfermedades amenazantes para la vida” (enfermedades sin posibilidades terapéuticas de cura), a aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. Y lo hicieron incorporando los aspectos psicosociales y espirituales en la atención a la salud. Concibiendo al sujeto de su asistencia como un “todo bio-psico-social-espiritual”, la interdisciplina en la conformación de un equipo paliativista se hizo inevitable. El espacio habilitaba la incorporación de “no-médicos” a la atención. Se sumaron psicólogos/as, trabajadores/as sociales, etcétera. Entre ellos/as, también voluntarios/as con una posición más marginal (sin salario) que colaboraban en el aspecto “espiritual”.

Las voluntarias que practican “terapias no farmacológicas”, como Susana, ejercen un trabajo, el que podemos ubicar y analizar en el amplio movimiento de la Nueva Era. “La producción del espacio de consulta constituye un aspecto importante en la distinción entre el terapeuta ‘alternativo’ y los terapeutas llamados convencionales” (Maluf 2005b:503), mientras que el consultorio médico es impersonal o “frío”, los otros consultorios son cálidos. Pero lo que sucede en el hospital es que no hay tal demarcación de espacio. Es en el mismo lugar donde se realizan ambas terapias, las del “complejo alternativo” (Carozzi 2000b) y las biomédicas (con todas sus ramas/especialidades). Y esto ha implicado reformulaciones en los terapeutas “alternativos”, que buscan legitimidad a través de su profesionalización y de la utilización de lógica científica. Además, muestran sus terapias como “inocuas”, que buscan relajar y equilibrar sin sustituir a la biomedicina.

Es claro que en la Nueva Era hay otras nociones de cuerpo, de sanación, curación y dolor diferentes a las de la pediatría. No hay una inspección clínica en el sentido anatómo-fisiológico. Pero también es cierto que en el hospital se toman elementos de este orden. Susana, por ejemplo, podía explicar la bilocación de una persona haciendo referencia al vacío en las células de los órganos. También usaba las mediciones numéricas para saber el grado de dolor y de alivio, pero lo hacía a su manera, con un péndulo violeta. Las creencias de sanación que ayudan a aliviar el dolor mediante la relajación y el equilibrio no son absolutas, se imbrican con elementos de la biomedicina.

La sanación y la curación para la Nueva Era se relaciona con la armonía que se logra con el equilibrio de la unidad corpórea. Existe un camino de ascensión. El estado de plenitud, ese que logran los grandes maestros, se caracteriza por la armonía total y la falta de necesidad. No hay necesidad, incluso, de aliviar el dolor. Pero a eso sólo

llegan los grandes maestros. El resto nos ubicamos en los sinuosos senderos y es con ritos chamánicos, símbolos cuánticos y reiki que nos vamos acercando a esa plenitud donde no sufriríamos dolor. El hospital es un escenario posible donde se camina hacia esa ascensión. En el hospital, institución pública y de salud oficial, donde se cuida biomédicamente a niños con enfermedades graves, también se ejercen las prácticas del New Age y se produce un entrevero de los campos de la salud con el campo espiritual.

Por último, señalo que, en los Cuidados Paliativos, hay una domesticación de las actitudes frente al dolor “los profesionales de esta especialidad se convierten en educadores de la moral de la sociedad, de las actitudes frente al sufrimiento y la muerte, de las referencias sobre la mejor manera de terminar la vida, de resolver pendencias y expresar emociones” (Menezes 2008:14). Son quienes intervienen el dolor (lo controlan, lo miden, registran y suprimen). Si antes la medicina no se ocupaba de los “moribundos” porque “no hay nada que la medicina puede hacer”, con el surgimiento de los Cuidados Paliativos, sí hay algo que se puede hacer: cuidar hasta el final y hacerlo holísticamente e interdisciplinariamente, aliviando el malestar. De esta forma, la medicina ha ampliado sus límites de competencias y de manera capilar ha expandido su control a otras instancias (cuando no hay posibilidades de cura). “Una cultura que continuamente desarrolla formas de controlar el cuerpo, los comportamientos y las emociones, necesita sofisticar y refinar las circunstancias que rodean el término de la existencia” (Menezes 2008:14). Y ahora, no solamente ha refinado el control cuando no hay cura posible (sea inminente o no la muerte), sino que ha ampliado su campo al plano energético. Los Cuidados Paliativos, con la incorporación de nuevos agentes, han llegado (y llevado a la medicina) a lugares recónditos de control como es el campo espiritual.

Referencias Bibliográficas

- ALONSO, Juan Pedro. (2013), “El tratamiento del dolor por cáncer en el final de la vida: estudio de caso en un servicio de cuidados paliativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. *Salud Colectiva*, vol. 9, nº 1: 41-52.
- BORDES, Mariana y SAIZAR, Mercedes. (2018), “‘De esto mejor ni hablar’: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios”. *Sociedad y Religión*, vol. 28, nº 50: 161-182.
- CAROZZI, María Julia. (1999), “La autonomía como religión: la nueva era”. *Alteridades*, vol. 9, nº 18: 19-38.
- CAROZZI, María Julia. (2000a), “Cultura social en movimiento: La nueva era en Buenos Aires”. *Cuadernos de Antropología Social*, nº 12: 207-32.
- CAROZZI, María Julia. (2000b), *Nueva era y terapias alternativas: construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: EDUCA.
- D´ANGELO, Ana. (2014), “‘Al final todos terminaron viniendo como a terapia’: El yoga entre la complementariedad pragmática, el trabajo terapéutico y la reorientación del self”. *Astrolabio*, nº 12: 193-225.
- FASSIN, Didier y BOURDELAIS, Patrice. (2005), *Les Constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropolo-*

- gie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral. Paris: La Découvert.
- FREIDSON, Eliot. (1978), *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- FRIGERIO, Alejandro. (2018), "¿Por qué no podemos ver la diversidad religiosa?: Cuestionando el paradigma católico-céntrico en el estudio de la religión en Latinoamérica". *Cultura y Representaciones Sociales*, vol. 12, nº 24, 51-95.
- FRIGERIO, Alejandro y WYNARCZYK, Hilario. (2008), "Diversidad no es lo mismo que pluralismo: cambios en el campo religioso argentino (1985-2000) y lucha de los evangélicos por sus derechos religiosos". *Sociedade e Estado*, vol. 23, nº 2: 227-260.
- GOOD, Charles. (1987), *Ethnomedical systems in Africa*. New York: The Guilford Press.
- HEREDIA, Candela. (2019a), "¿Cómo es el dolor? Indagaciones médicas en Cuidados Paliativos Pediátricos". *Cuadernos de Antropología Social*, nº 49: 147-162.
- HEREDIA, Candela. (2019b), "La molestia de aliviar el dolor. Etnografía de medicamentos en Cuidados Paliativos Pediátricos". *Revista del Museo de Antropología*, vol. 12, nº 2: 113-122.
- IDOYAGA MOLINA, Anatilde. (2001), "Etiologías, síntomas y eficacia terapéutica. El proceso diagnóstico de la enfermedad en el Noroeste argentino y Cuyo". *Mitológicas*, vol. 16, nº 1: 9-43.
- IDOYAGA MOLINA, Anatilde. (2015), "Enfermedad, Terapia y las Expresiones de lo Sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina". *Ciencias Sociales y Religión*, vol. 17, nº 22: 15-37.
- IDOYAGA MOLINA, Anatilde y LUXARDO, Natalia. (2005), "Medicinas no convencionales en cáncer". *Medicina (Buenos Aires)*, nº 65: 390-394.
- KALINSKY, Beatriz y ARRUE, Wille. (1996), *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- KIMAN, Rut. (2013), "Definición, principios, fundamentos, alcances". In: VV.AA. *Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.
- KLASS, Morton. (1991), "'When God Can Do Anything': Belief Systems in Collision". *Anthropology of Consciousness*, vol. 2, nº 1-2: 32-34.
- LAPLANTINE, François. (1999), *Antropología de la Enfermedad. Estudio Etnológico de las Representaciones Etiológicas y Terapéuticas en la Sociedad Occidental Contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- LARSON, Magali S. (1979), *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- LÓPEZ PAVILLARD, Santiago. (2015), "La vida como proceso de sanación. Prácticas chamánicas del Alto Amazonas en torno a la ayahuasca en España". Madrid: Tesis doctoral en Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid.
- MALUF, Sônia Weidner. (2005a), "Da Mente Ao Corpo? A Centralidade Do Corpo Nas Culturas Da Nova Era". *Ilha Revista de Antropologia*, vol. 7, nº 1,2: 147-161.
- MALUF, Sônia Weidner. (2005b), "Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da 'Nova Era'". *Mana*, vol. 11, nº 2: 499-528.
- MAUSS, Marcel. (1979), *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.
- MELTON, J. Gordon. (2014), *Encyclopedic handbook of cults in America*. Routledge.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (2003), "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, nº 1: 185-207.
- MENEZES, Rachel Aisengart. (2008), "Cuidados paliativos: ¿aceptación social de la muerte?" *Revista Cultura y Religión*, vol. 2, nº 1: 7.
- PITLUK, Roberto. (2006), "El shiatsu y la refiguración de terapias orientales en Buenos Aires". *Scripta Ethnologica*, nº 18: 38-53.
- SAIZAR, Mercedes y BORDES, Mariana. (2014), "Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina)". *Mitológicas*, nº 29: 9-23.
- SAIZAR, Mercedes et al. (2016), "New Forms of Volunteerism in Public Health: Professionalization Processes in Complementary and Alternative Medicine Field". *International Journal of Research in*

- Sociology and Anthropology*, vol. 2, nº 1: 26-35.
- SEGATO, Rita. (1993), "Una paradoja del relativismo: El discurso racional de la Antropología frente a lo Sagrado". *Scripta Ethnologica*, nº 10: 46-60.
- SEMÁN, Pablo y VIOTTI, Nicolás. (2015), "El paraíso está dentro de nosotros: la espiritualidad de la Nueva Era, ayer y hoy". *Nueva sociedad*, nº 260: 81-94.
- TAVARES, Fátima Regina. (2003), "Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 13, n. 2: 321-342.
- TAVARES, Fátima Regina, DUARTE, Joelma do Patrocínio y COGNALATO, Rosana Pontes. (2010), "Movimento nova era e a reconfiguração do social (da contracultura à heterodoxia terapêutica)". *Antropolítica Revista Contemporânea de Antropologia*, vol. 1, nº 28: 177-196.
- TONIOL, Rodrigo. (2015), "Nova Era e Saúde: Balanço e Perspectivas Teóricas". *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, vol. 2, nº 80: 27-41.
- VIOTTI, Nicolás. (2018), "Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar". *Salud Colectiva*, vol. 14, nº 2: 241.
- VIOTTI, Nicolás y FUNES, María Eugenia. (2015), "La política de la Nueva Era: el Arte de vivir en Argentina". *Debates do NER*, vol. 2, nº 28: 17.
- WHA - World Health Assembly. (2014), "Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida". *Asamblea Mundial de la Salud*, 67. 4 abr. 2014, Ginebra.
- WHO - World Health Organization. (2002), *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Ginebra: WHO.
- WHO - World Health Organization. (2000), *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. WHO.
- WRIGHT, Pablo. (1998), "Etnografía y existencia en la antropología de la religión". *Sociedad y Religión*, vol. 16, nº 17: 180-93.
- MANOS DE LUZ DIVINA. *Manos de luz divina*. Disponible en: <https://www.manosdeluzdivina.com/>
Acceso: 18/08/2020.

Notas

- 1 Cicely fundó el St Christopher's Hospice en 1967, considerado el primer hospice con control del dolor y síntomas, cuidado compasivo, enseñanza e investigación clínica (según la página web del mismo hospice que aún continúa en funcionamiento).
- 2 Una médica, referente nacional en Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), sintetiza de la siguiente forma los objetivos de los CPP: (1) Promover conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del niño y su familia; (2) Identificar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del niño y su familia o entorno significativo (familia ampliada); (3) Brindar información diagnóstica y pronóstica, veraz, progresiva y soportable al niño adaptándola a su nivel de desarrollo cognitivo y emocional; (4) Brindar información diagnóstica y pronóstica, veraz, progresiva y soportable a la familia o entorno significativo, previniendo el cerco de silencio; (5) Valorar el dolor y otros síntomas disconfortantes; (6) Indicar tratamientos no farmacológicos y farmacológicos; (6) Elaborar estrategias psicosociales de intervención, según los diferentes modos de afrontamiento, nivel social, cultural, valores, estructura y creencia de las familias; (7) Capacitar a la familia del niño y potenciar sus recursos para el cuidado; (8) Preparar a la familia para las diferentes pérdidas; (9) Compartir con los profesionales que asisten a los niños en otros servicios o instituciones los resultados de la evaluación del Equipo de CPP y tomar decisiones en conjunto; (10) Propiciar la reflexión de todos los profesionales intervinientes sobre la tarea con niños gravemente enfermos, para la prevención del burn out (Kiman 2013:154-55).
- 3 Existe una multiplicidad de definiciones y diferenciaciones de/entre medicina alternativa, complementaria, no convencional, religiosa, espiritual, etcétera. En este caso, no interesan las diferencias entre sí, sino su unión al ser contrastadas con la alopatía.
- 4 Los/as niños/as internados/as en hospitales públicos en Argentina (y en otros países occidentales), por normativas del sistema de Salud, deben permanecer acompañados/as de una persona adulta. Por esta razón, se dice que la

internación es de manera conjunta: niño/a y adulto/a. Particularmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) los hospitales públicos dependientes del Gobierno de la misma Ciudad cuentan con la figura de “cuidadora hospitalaria”. Las mujeres contratadas como cuidadoras hospitalarias son mujeres que cumplen el rol de esa persona adulta que permanece junto al niño/a internado/a.

- 5 La historia clínica es un documento médico legal encarpetaado que contiene todos los datos asistenciales de la persona internada.
- 6 Entre 1977 y 1979, Charles Good, un geógrafo médico, realizó una investigación con población urbana y rural en Kenia. Trabajó desde la Escuela de Medicina del Hospital Nacional Kenyatta en dos lugares: el Valle de Mathare de Nairobi y las Colinas de Kilungu en el Distrito Machakos. Good observó los practicantes de la medicina tradicional Kamba. Los médicos Kamba eran predominantes en las dos zonas donde realizó el trabajo de campo. En su libro “Ethnomedical Systems in Africa: Patterns of Traditional Medicine in Rural and Urban Kenya” observa la complementariedad de la medicina tradicional con la biomedicina.

Submitido em: 27/03/2018

Aceito em: 16/04/2020

Candela Rocío Heredia* (candelarheredia@gmail.com)

* Doctoranda en Antropología por la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; Magíster en Antropología Social por el Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES) y el Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (IDAES/UNSaM); Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Resumen:

New Age en el hospital: Una etnografía de las técnicas de alivio al dolor en niños/as en Cuidados Paliativos Pediátricos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El trabajo trata sobre el sincretismo y la reelaboración semántica entre Nueva Era y la biomedicina. A partir de un trabajo de campo durante el año 2015 en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se indaga el entrevero de las esferas del campo espiritual con el campo de la salud. Siguiendo las jornadas hospitalarias de mujeres que realizan “terapias no farmacológicas” para aliviar el dolor, y que forman parte de un equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos, se describe la relación de las técnicas Nueva Era con los instrumentos médicos de la pediatría.

Palabras claves: Nueva Era; hospital; cuidados paliativos pediátricos; biomedicina; dolor.

Abstract:

New Age in the hospital: An ethnography of pain relief techniques in children in Pediatric Palliative Care of Ciudad Autónoma de Buenos Aires

The work is about syncretism and semantic reworking between New Age and biomedicine. Based on an ethnographic fieldwork carried out during 2015 in a public hospital in Buenos Aires City, it analyses the intermingling between spiritual's spheres and health. Following the daily work of women who are part of the Paediatric Palliative Care and perform “non-pharmacological therapies” in hospitals in order to relieve pain, it describes the relationship of New Age techniques with the medical instruments of pediatrics.

Keywords: New Age; hospital; pediatric palliative care; biomedice; pain.