

DT

Documentos de Trabajo

N° 65

abril 2013

**EN BÚSQUEDA DEL EQUILIBRIO:
SALUD, BIENESTAR Y VIDA
COTIDIANA ENTRE SEGUIDORES
DEL AYURVEDA EN BUENOS AIRES**

**Betina Freidin
Matías Ballesteros
Mariano Echeconea**



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Documentos de Trabajo

Nº 65

abril 2013

DT

Documentos de Trabajo

Nº 65

abril 2013

**EN BÚSQUEDA DEL EQUILIBRIO:
SALUD, BIENESTAR Y VIDA
COTIDIANA ENTRE SEGUIDORES
DEL AYURVEDA EN BUENOS AIRES**

**Betina Freidin
Matías Ballesteros
Mariano Echeconeá**



**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI**
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires





INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Instituto de Investigaciones Gino Germani
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires
Pte. J.E. Uriburu 950, 6° piso - C1114AAB
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

www.iigg.sociales.uba.ar

Los **Documentos de Trabajo** son informes o avances de proyectos de investigación de investigadores formados y de grupos de investigación. Todos los trabajos son arbitrados por especialistas.

ISBN 978-950-29-1432-9

Desarrollo Editorial

Isabel Garin - Carolina De Volder
Centro de Documentación e Información, IIGG

Asesoramiento gráfico

Pablo Alessandrini para aureialibros.com.ar



Atribución-NoComercial 2.5 (Argentina)

EN BÚSQUEDA DEL EQUILIBRIO: SALUD, BIENESTAR Y VIDA COTIDIANA ENTRE SEGUIDORES DEL AYURVEDA EN BUENOS AIRES

Resumen

El Ayurveda es una medicina milenaria de la India de creciente presencia en Argentina. Damos cuenta en este trabajo de aspectos comunes en el proceso de transnacionalización del Ayurveda, y de rasgos locales en la dinámica de recepción por parte de sus seguidores en Argentina. En los últimos años el circuito local de especialistas, el nicho comercial de productos y alimentos ayurvédicos y las organizaciones vinculadas con la disciplina, han crecido como parte del campo en expansión de las medicinas alternativas y las subculturas alimentarias. El Ayurveda es promovido como una medicina holística para aquellos dispuestos a cultivar estilos de vida saludables y dedicar tiempo y esfuerzo al cuidado personal. Las consultas médicas y los tratamientos no son parte de las prestaciones de la seguridad social, los servicios públicos ni los planes de medicina privados, constituyendo un gasto de bolsillo accesible a los sectores medios y altos. Barreras económicas y territoriales también limitan el consumo de productos ayurvédicos y de la alimentación saludable. A partir de entrevistas con 20 seguidores del Ayurveda en el Área Metropolitana de Buenos Aires, exploramos sus modalidades de práctica, analizando las condiciones facilitadoras así como los obstáculos para hacerlo en el contexto de su vida cotidiana. El estudio se enmarca en los debates sobre la construcción reflexiva de la identidad personal en el contexto de la modernidad tardía, y sus ramificaciones en la salud, el cuidado del cuerpo, y las prácticas alimentarias, y los que vinculan las prácticas de cuidado y los estilos de vida con las desigualdades sociales.

Palabras clave::

Ayurveda, localización, estilos de vida, medicinas alternativas, Buenos Aires

IN SEARCH OF BALANCE: HEALTH, WELLBEING, AND EVERYDAY LIFE AMONG FOLLOWERS OF AYURVEDA IN BUENOS AIRES

Abstract

Ayurveda is an ancient medicine whose presence in Argentina has grown in the last years. In this study, we take into account common dynamics in the transnational diffusion of Asian medicines, and local characteristics in how Argentinean followers adopt them. The local circuit of specialists, Ayurvedic products, and organizations has spread as part of the broader field of alternative medicines and health-driven food subcultures. The availability of books on Ayurveda for the general public, the Internet, and the increasing mass media attention have contributed to its dissemination. Ayurveda is promoted as a holistic medicine for those willing to cultivate healthy lifestyles and devote time and effort to personal care. Consultations and treatments are not covered either by health insurance plans, or the social security. Neither are they offered in the public sector, resulting in an out of the pocket expenditure accessible to middle and upper-class sectors. Economic and geographical barriers further restrict the access to Ayurvedic products and healthy food advised by Ayurvedic specialists. Drawing on 20 interviews conducted with followers of Ayurveda in Metropolitan Buenos Aires, we explore how they engage with this foreign medical tradition, addressing both facilitating conditions and constraints to follow Ayurvedic practices in everyday life. We frame the study into sociological debates on the increasing societal reflexivity in late modernity and its correlates on the individual level, by which the self and the body become reflexive projects, and health and food practices markers of lifestyle choices. We link health care and lifestyles with social inequality.

Keywords:

Ayurveda, localization, health-lifestyles, alternative medicines, Buenos Aires

LOS AUTORES

Betina Freidin freidinbetina@gmail.com

Ph.D en Sociología, Brandeis University, Estados Unidos. Magister en Investigación Social y Licenciada en Sociología, Universidad de Buenos Aires. Investigadora del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. Profesora Adjunta de la Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Matías Ballesteros matiballesteros@yahoo.com.ar

Licenciado en Sociología, Universidad de Buenos Aires. Actualmente cursando la Maestría en Investigación Social de la Universidad de Buenos Aires. Becario del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. Docente de la Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Mariano Echeconea mariano_el3@hotmail.com

Alumno avanzado de la Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Dedicamos este trabajo a Luciana Espigares con quién iniciamos el estudio, y quien lamentablemente por problemas de salud no pudo seguir participando del equipo de investigación. Agradecemos muy especialmente la colaboración de María Belén Morejón en el trabajo de campo, así como la de Mercedes Krause. A todas las personas que entrevistamos, les expresamos nuestro profundo agradecimiento por el tiempo y el interés por participar en la investigación, y por ayudarnos a comprender las múltiples racionalidades que encierran las prácticas de cuidado de la salud y la búsqueda del bienestar, así como las circunstancias que median entre el cuidado ideal y el posible en el marco de la vida cotidiana. Y a los que nos ayudaron a contactarlos, infinitas gracias, porque sin su generosa ayuda este trabajo colectivo tampoco hubiera sido posible. Finalmente, nuestro agradecimiento a los dos evaluadores anónimos de este Documento por sus comentarios y sugerencias.

El estudio contó con financiamiento de la Universidad de Buenos Aires (Subsidio UBACyT 20020090200066) y del CONICET (PIP 114-200801-00159).

INDICE

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN	15
El Ayurveda en Argentina y el campo más amplio de las MACs	20
Perspectiva conceptual del estudio	25
Los objetivos y aspectos metodológicos de la investigación con seguidores del Ayurveda	36
CAPÍTULO 2	
LOS CAMINOS HACIA LA CONSULTA AYURVÉDICA, Y EL CIRCUITO SOCIAL, COMERCIAL Y PROFESIONAL QUE SOSTIENE LA PRÁCTICA.....	40
CAPÍTULO 3	
LAS MODALIDADES DE SEGUIMIENTO DEL AYURVEDA.....	58
1. La práctica limitada del Ayurveda: la “dieta ayurvédica” y el desinterés por los fundamentos del enfoque terapéutico	60
1.1.El aprendizaje para el autocuidado y el interés limitado en la teoría ayurvédica.....	69
1.2.Trazando los límites del Ayurveda: la jerarquización de los recursos terapéuticos y las prácticas de complementariedad.....	78
2. La práctica más inclusiva: construyendo el estilo de vida ayurvédico.....	82
2.1. Profundizando en los principios de la medicina ayurvédica a través de la práctica.....	94
2.2 La continuidad de la práctica inclusiva: las condiciones facilitadoras y las estrategias personales del seguimiento del Ayurveda.....	114
2.3. Algunos dilemas con el seguimiento del Ayurveda: límites en la eficacia y el vínculo terapéutico cuestionado.....	128

3. El tránsito por una consulta médica y la intermitencia en el seguimiento del Ayurveda: eclecticismo, contingencias e imposibilidades prácticas.....131

4. El desencanto con el Ayurveda.....137

CAPÍTULO 4

FLEXIBILIZACIONES Y CRÍTICAS AL AYURVEDA LOCALIZADO.....142

1. Flexibilizando la práctica del Ayurveda.....143

2. La crítica socio-cultural al Ayurveda localizado, y la inequidad en el acceso a los recursos de salud alternativos.....164

CAPÍTULO 5:

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....173

Referencias bibliográficas.....186

INTRODUCCIÓN

El Ayurveda es uno de los sistemas médicos más antiguos del mundo. Originario de la India, se considera que el conocimiento

ayurvédico se remonta a unos 5000 años, y los textos clásicos, *Carasa Samhita* y *Sushruta Samhita*, datan de más de 2000 años de antigüedad. El término sánscrito “Ayurveda” significa conocimiento o ciencia de la vida y de la longevidad. Como un sistema comprensivo de cuidado de la salud, el Ayurveda consiste en una serie de intervenciones terapéuticas (incluyendo el uso de plantas medicinales, productos minerales y animales, y de técnicas de depuración o *panchakarma*) y de prácticas de alimentación, hábitos y estilos de vida que buscan la integración y el equilibrio entre el cuerpo físico, la mente y el espíritu (NCCAM, 2009). Como lo plantea Wujastyk (2003:xvii), la medicina Ayurveda consiste, por un lado, en consejos prácticos para desarrollar una buena vida, contemplando las rutinas y hábitos más cotidianos así como aspectos morales, y por el otro, en enseñanzas especializadas sobre aspectos diagnósticos y terapéuticos destinados a los médicos profesionales. La teoría del Ayurveda asigna todas las interacciones entre la materia y la energía a cinco elementos primordiales o estados de existencia (tierra, agua, fuego, aire y éter), los que se manifiestan en el cuerpo humano como tres fuerzas o sustancias denominadas *doshas*¹. La enfermedad ocurre como consecuencia de un desequilibrio *dóshico* (Singh Khalsa, 2007: 134-135). Las

1 Los *doshas* han sido conceptualizados como fuerzas vitales, humores o energías, existiendo disenso acerca de la traducción literal del término (Wujastyk, 2003), los que en algunos textos son considerados como defecto, error o sufrimiento (Trawick, 1992: 136). Los tres *doshas* se denominan *vata* (combinación de aire y éter), *pita* (combinación de fuego y agua) y *kapha* (combinación de agua y tierra). La doctrina tridóshica guarda analogía con la antigua teoría humoral griega elaborada por Hipócrates y Galeno (Wujastyk, 2003; Trawick, 1992). Excede los límites y propósitos de este trabajo profundizar en los principios cosmológicos, teóricos, y técnicos de la medicina ayurvédica. Pueden consultarse al respecto, Wujastyk (2003) y (Trawick 1992), y varios libros de divulgación, entre los que se destacan los de los médicos V. Lad y R. Svodoba (en Latinoamérica, ver Marques, 2012).

intervenciones médicas y las prácticas de cuidado cotidiano tienen propósitos equilibrantes, y se adaptan a la constitución individual (*prakriti*) y al balance/desequilibrio entre los distintos *doshas*, al medio en que vive el individuo y los ciclos diarios y estacionales de la naturaleza. Al igual que otras medicinas orientales milenarias, el Ayurveda parte de una epistemología articulada en el pensamiento holístico sobre las relaciones entre partes similares que constituyen una totalidad armoniosa, en la que “*todo, desde el cosmos hasta los órganos y el cuerpo humano, son entendidos como una unidad. Esto se expresa habitualmente como la relación entre el microcosmos y el macrocosmos*” (Scheper-Hughes y Lock, 1987:12). Como lo destaca Chen (2009: 32), debido a las raíces Hinduistas y Budistas de la cosmología y filosofía ayurvédica, la visión del individuo como un microcosmos del universo más abarcador tiene dimensiones ecológicas y éticas: las rutinas y cuidados cotidianos ayurvédicos conducirían a una vida idealmente saludable y “sagrada” (*holy*) (ver también Wujastyk,2003; Warriier,2011).

La medicina Ayurveda se desarrolló como una tradición “viva” con la escritura de nuevos textos y la exploración de nuevos paradigmas, constituyendo un conjunto de enseñanzas médicas que incluye diferentes capas (*layers*) históricas y de interpretación (Wujastyk, 2003: xviii). Lanfgord (2002:9-10) remarca que la construcción del Ayurveda como un *sistema* médico comenzó en la época colonial con la corriente intelectual orientalista que ubicó el Ayurveda “auténtico” en los textos antiguos en lugar de en el campo de su práctica, y que el proyecto de codificación luego se convirtió en un imperativo nacionalista

y signo de la cultura de la India.

Entre comienzos del siglo XIX y mediados del XX, como parte del proyecto nacional de revitalización profesional y modernización del país, la estructura de enseñanza del Ayurveda cambió de un sistema informal de transmisión de conocimientos de maestro a discípulo a su estandarización a través de la creación de universidades, hospitales, y compañías farmacéuticas (Langford, 2002; Reddy, 2002; Trawick, 1992). Este proceso de profesionalización e institucionalización dio origen a lo que en la literatura se denomina el Ayurveda moderno, caracterizado por una tendencia a la secularización de este cuerpo de conocimientos, su adaptación a la biomedicina, y la búsqueda de una teoría unificada basada en la doctrina de los textos clásicos (Smith y Wujastyk 2008: 2). El Ayurveda fue integrado al sistema de salud de la India desde su independencia, y se practica en varios países asiáticos (WHO, 2005).

El Ayurveda se incorporó en las últimas décadas en los países occidentales a partir de variados procesos de difusión y localización, transformándose en lo que Smith y Wujastyk (2008) caracterizan como un fenómeno transnacional y multicultural. Los autores refieren al Ayurveda “global” para dar cuenta de su presencia en Occidente a partir de estudios de caso centrados en países europeos y en Estados Unidos, e identifican distintas modalidades en el proceso de su difusión contemporánea. Una ruta de globalización ha sido la difusión de la farmacopea en esta tradición médica, que se inicia en el siglo XVI y cuyo estudio ha devenido contemporáneamente en una disciplina científica y en una industria muy redituable con un mercado

internacionalizado. Otra ruta más reciente de difusión ha sido lo que varios autores denominan el “Ayurveda New Age”, que es particularmente prominente en Estados Unidos y en Europa (Reddy, 2002; Frank y Stollberg, 2002, 2004; Wujastyk, 2003; Warriar, 2009). Según Smith y Wujastyk (2008), esta modalidad del Ayurveda reinterpreta y reinventa sus aspectos filosóficos y espirituales en nuevos contextos socio-culturales y los tamiza con sensibilidades occidentales. Así, en Estados Unidos y crecientemente en el norte de Europa, el Ayurveda se implantó como una medicina alternativa a la biomedicina, asociada con el movimiento New Age y el holismo terapéutico (Reddy, 2002, Zysk 2001; Warriar, 2009). Warriar (2009: 423), siguiendo a Heelas et al. (2005), enmarca esta modalidad en el movimiento más general de la espiritualidad en Occidente asociado al “giro subjetivo”, a partir del cual los individuos se alejan de la sumisión a autoridades religiosas externas para confiar en la experiencia personal y la experimentación en materia de fe, la esfera de lo sagrado, la moralidad y las visiones del buen vivir. Pese a su énfasis en la espiritualidad, algunos autores remarcan que el Ayurveda New Age ha devenido en gran parte en una modalidad comercializada de tratamientos de belleza y masajes que se ofrecen en salones de belleza y spas, y de productos manufacturados que se adquieren de manera libre en farmacias y dietéticas junto con una profusa literatura de autocuidado (Smith y Wujastyk, 2008: 2-3). También siguiendo a estos autores, una tercera vía de diseminación se origina a fines del siglo XIX en el contexto de una nueva disciplina académica, los estudios sobre la India, cuando eruditos en Orientalismo comienzan a interesarse por la literatura ayurvédica; las ediciones académicas y traducciones de los textos médicos en sánscrito, producto

de este interés, han contribuido a la educación formalizada y la investigación en Ayurveda. Esta ruta de diseminación se complementa con estudios antropológicos en India que han influenciado la percepción pública del Ayurveda a través de los medios de comunicación, y que coexisten con versiones tamizadas por el movimiento New Age (Smith y Wujastyk, 2008).

Además de las vías de difusión y recepción del Ayurveda señaladas por dichos autores, testimonios de médicos occidentales que practican Ayurveda muestran que ellos diferencian su práctica de las modalidades New Age y *wellness*, alineándola con la medicina ayurvédica clásica y su desarrollo moderno en India, y siguiendo una lógica de medicina complementaria respecto de los recursos de la biomedicina (Chopra, 2008; también Elder, 2011; Frank y Stollberg, 2004; para el caso argentino, ver Freidin, 2010). En este sentido, el movimiento emergente de la medicina integrativa en los países occidentales (Baer, 2003) también se presenta como un escenario favorable para la recepción del Ayurveda, ampliando el repertorio de ideas y prácticas a partir del cual esta medicina se incorpora y recrea en nuevos contextos socio-culturales.

Warrier (2011) ha destacado la ausencia de estudios internacionales centrados en la perspectiva de los pacientes, sus expectativas depositadas en el Ayurveda y la construcción de sentido sobre sus elecciones terapéuticas. Hasta la fecha, el trabajo de Frank y Stollberg (2002) es el único publicado que aborda la temática. En dicho estudio se analiza cómo los pacientes de médicos ayurvédicos en Alemania se ponen

en contacto con esta medicina, construyen confianza en los especialistas, y explican la eficacia de los tratamientos. Se destaca en el trabajo que la mayoría de ellos manifiestan poco interés en profundizar en los principios teóricos del Ayurveda, y que los médicos operan como “*gatekeepers*” en el proceso de socialización en un enfoque médico foráneo (Frank y Stollberg, 2002:238). El presente trabajo se centra en el caso argentino, buscando dar cuenta de aspectos comunes en el proceso de transnacionalización del Ayurveda y de rasgos locales en la dinámica de recepción de una medicina oriental, desde las experiencias y construcciones de sentido de sus seguidores en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

El Ayurveda en Argentina y el campo más amplio de las MACs

El Ayurveda comenzó a difundirse en Argentina a fines de la década de los ochenta, aunque adquirió mayor presencia y visibilidad en los últimos años a través de los medios de comunicación, la literatura especializada y de divulgación, y la conformación de una red local de especialistas, organizaciones y emprendimientos comerciales vinculados con la disciplina (Freidin 2010; Freidin y Ballesteros 2011). Entre los especialistas se encuentran médicos alópatas, kinesiólogos, psicólogos y nutricionistas con formación de posgrado en Ayurveda en el país y/o en el exterior; y terapeutas del circuito de las terapias alternativas, tales como masajistas, instructores de yoga y meditación, y terapeutas corporales. Entre las organizaciones se destacan fundaciones y centros de estudio con respaldo universitario que imparten cursos de Medicina Ayurveda, institutos de yoga y disciplinas orientales de origen local o

internacional, y centros de medicina integrativa que han crecido conjuntamente con el circuito de comercios y empresas que incluyen dietéticas, restaurantes, Spas, y productos naturales cosméticos y de cuidado de la salud².

La difusión del Ayurveda en Argentina ocurrió en el escenario más amplio de expansión del circuito de las terapias alternativas desde los años '80, que Carozzi (2000) caracterizó en el marco del movimiento de la Nueva Era en Buenos Aires³, y que Freidin (2010) reconstruyó en círculos médicos. Se trata de médicos heterodoxos que visualizan el potencial de integrar medicinas holísticas en su práctica clínica influenciados por varios movimientos intelectuales y culturales en la profesión, tales como el humanismo, los modelos psico-bio-sociales, y la medicina holística, así como de sus propias búsquedas personales y experiencias espirituales que los conectaron con las tradiciones médicas de la India.

2 El primer curso de medicina Ayurveda de posgrado para médicos en Buenos Aires se impartió en 1997 en la Universidad Abierta Interamericana; desde el año 2002 la Universidad de Buenos Aires certifica cursos de actualización de posgrado para médicos dictados por la Fundación Prema (que además ofrece cursos para graduados universitarios así como para el público general), y desde el año 2006, la Universidad Maimónides brinda cursos de posgrado de tres años para médicos y otros profesionales de la salud. En el ámbito universitario, también se incluye formación en Ayurveda en el Diplomado en Medicina Integrativa en la Universidad de Belgrano, organizado por la Asociación Argentina de Medicina Integrativa desde el año 2009. Uno de los pioneros en la difusión del Ayurveda en Argentina fue el Dr. Domar Singh Madariya, médico alópata de origen indio, especializado en Ayurveda, quien creó la Fundación Argentina de Ayurveda, la cual presidió hasta su fallecimiento a fines del año 2009. La Fundación desarrolló numerosas actividades para la difusión del Ayurveda dictando cursos y talleres para médicos, terapeutas y el público general (García, 2010).

3 - Caracterizamos este movimiento en mayor detalle en el capítulo 3.

El Ayurveda se ubica entre las medicinas tradicionales orientales que en los países occidentales, cuyos sistemas de salud están dominados por la biomedicina, se consideran medicinas alternativas y complementarias o MACs (OMS, 2002). En estos países han sido excluidas de la medicina oficial, o incorporadas en los sistemas sanitarios nacionales como prácticas subalternas (Menéndez, 2009; Idoyaga Molina, 2002). Tal como lo especifica Menéndez (2009), *“en la actualidad es la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes. (...) Mientras el resto de los saberes y formas de atención no cuentan con la legitimación, y sobre todo con los apoyos económicos y políticos oficiales”* (pp.41 y 40).

La OMS ha documentado que la creciente difusión y utilización de las MACs es un fenómeno global, y ejercido un rol muy activo, especialmente en los países periféricos, para su incorporación en los sistemas de salud atendiendo a las realidades socio-culturales locales y siguiendo criterios de uso racional y seguro (OMS, 2001; 2002; 2005). Como lo destaca la literatura sociológica y antropológica crítica, y lo desarrollamos en un trabajo previo (Freidin y Ballesteros, 2011), “MACs” es un acrónimo utilizado por organismos internacionales y agencias gubernamentales para designar de manera residual una variedad de sistemas médicos, prácticas de cuidado de la salud y productos que no son generalmente parte de la medicina convencional (NCCAM, 2010). Las dificultades de esta definición *por la negativa* (por oposición a la biomedicina y medicina oficial) son evidentes, teniendo en cuenta que el campo del cuidado de la salud es dinámico, y que los límites institucionales entre la

medicina convencional y la no convencional varían en distintos contextos nacionales y coyunturas históricas, respondiendo a complejas fuerzas políticas y sociales (Jonas 2002; Tesser, 2012). A ello se suma la dificultad de agrupar bajo una misma categoría prácticas terapéuticas y saberes muy dispares en cuanto a sus orígenes culturales e históricos, y fundamentos teóricos y filosóficos (Jonas, 2002; Barros, 2008; entre otros). En este sentido, Luz (2005: 146) sintetiza la crítica al término “medicinas alternativas” para designar a cualquier modalidad de cura que no sea biomédica por la polisemia que reviste, considerándolo por tal motivo una “etiqueta institucional” más que una categoría conceptual.

Pese a estas dificultades de definición y agrupamiento, siguiendo a Polich, Dole, y Kaptchuk (2010), pueden establecerse claras diferencias epistemológicas y ontológicas entre la biomedicina y las MACs: mientras el modelo biomédico convencional enfatiza la importancia de las ciencias biológicas en la definición del cuidado médico y conceptualiza los estados patológicos en términos de los límites del cuerpo físico, entendiendo la enfermedad como una disfunción fisiológica causada por agentes externos o internos de naturaleza material, las MACs consideran que lo “natural es mejor”, rechazan la división kantiana entre ciencia y religión, y tienden a emplear explicaciones vitalistas y espirituales que denotan recursos energéticos para influenciar desequilibrios emocionales y orgánicos (Polich, Dole, y Kaptchuk, 2010: 106-107)⁴. El Ayurveda, como vimos, es una medicina holística que difiere del

4 En la próxima sección sintetizamos los debates teóricos sobre la creciente utilización de MACs.

paradigma biomédico en su concepción del proceso de salud y enfermedad, constituyendo una racionalidad médica alternativa en la conceptualización de Luz (2012)⁵.

El Ayurveda tiene un estatus marginal en el sistema de salud argentino y su práctica no ha sido regulada por las autoridades sanitarias, al igual que sucede en la mayoría de los países occidentales en los que se ha difundido (NCCAM, 2009)⁶. Los médicos lo practican en consultorios privados, en el área asistencial de instituciones educativas, y en fundaciones vinculadas con la disciplina. En el sector público sólo se han desarrollado nichos excepcionales de difusión de información sobre el Ayurveda, y otras MACs en el área de educación médica, pero estos esfuerzos de integración institucional, hasta la fecha, no han sido acompañados de políticas de incorporación en el área asistencial (Freidín, 2010). Ni las obras sociales ni los planes de medicina pre-paga cubren las consultas con médicos alópatas que practican medicina ayurvédica, lo que genera barreras económicas para acceder a las consultas y a los tratamientos

5 Luz (2012) denomina “racionalidades médicas” a los sistemas médicos complejos que, como tipos ideales, se distinguen por su cosmología, doctrina médica, visión morfológica, fisiología o dinámica vital, métodos diagnósticos, y terapéuticas.

6 En el contexto latinoamericano se han desarrollado algunas experiencias nacionales de integración del Ayurveda en los sistemas de salud, junto con la incorporación de otras medicinas complementarias. Así, Brasil desarrolló la Política Nacional de Medicina Natural y Prácticas Complementarias, inspirada en las recomendaciones de la OMS, y en el año 2006 implementó la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias con el propósito de estimular acciones y servicios en el ámbito público que garanticen la promoción integral del cuidado de la salud (Andrade y Almeida da Costa, 2010: 501-502). Chile y Perú también han desarrollado programas y regulaciones para integrar las medicinas complementarias en el sistema sanitario, incluyendo a la medicina ayurvédica.

disponibles únicamente en el sector privado. De este modo, la falta de integración del Ayurveda en el sistema sanitario reproduce la inequidad social en el acceso a recursos de salud, ya que cuidado especializado en esta tradición médica se transforma en un ítem de consumo de los sectores sociales privilegiados.

Perspectiva conceptual del estudio

Unos de los rasgos de las sociedades occidentales contemporáneas es el énfasis en la responsabilidad individual en el cuidado de la salud, especialmente en los aspectos preventivos a través del desarrollo de estilos de vida saludables. El “imperativo de la salud” constituye un mandato cultural y moral, construido por varios discursos entre los cuales el biomédico es el normativo y orientador de las políticas de salud pública y de promoción de la salud, así como en mayor o menor medida las prácticas de los sujetos para mantener la salud o mejorar su calidad de vida (Lupton, 1996b; Conrad, 1994; Crawford, 2006; Baarts y Pederson, 2009). Ocurre en un contexto epidemiológico en el que se han incrementado las causas de muerte y morbilidad debido a enfermedades no transmisibles con etiologías múltiples, y para las que intervenciones eficaces de la biomedicina son limitadas (Cockerman, 2000)⁷. Coexiste la medicalización progresiva del riesgo de desarrollar enfermedades a través del diagnóstico temprano de factores de riesgo (desde tests genéticos hasta análisis de rutina de niveles de colesterol en sangre

⁷ En Latinoamérica la “transición epidemiológica” es limitada por la alta incidencia de las enfermedades infecciosas en la mortalidad, de las enfermedades carenciales (desnutrición), lesiones accidentales e intencionales, y las producidas por la degradación ambiental (Blanco Gil y Lopez Arellano, 2007).

[Menendez, 2009; Timmermans y Buchbinder, 2010]), con la “*healthicization*” de la vida cotidiana (Conrad, 1994; Lupton, 1996; Menendez, 2009) para mantener y mejorar la salud mediante el estilo de vida (seguir una dieta balanceada, hacer ejercicios físicos, disminuir el stress y el consumo de alcohol, no fumar, etc.). Al discurso biomédico se contraponen, o acomodan de manera complementaria, los de una variedad de medicinas alternativas u holísticas que destacan su potencial curativo, pero por sobre todo la prevención, el bienestar psico-físico y espiritual, el cuidado personalizado, y el rol activo del individuo en el cuidado holístico de la salud (Lowenberg y Davies, 1994; Goldstein, 2000; Crawford, 2006; Baarts y Pederson, 2009). Sointu (2012:9) enfatiza que las medicinas alternativas resuenan o se alinean con los valores contemporáneos de la búsqueda del bienestar como desarrollo del potencial individual, la autoexploración y el autoconocimiento, y la responsabilidad individual (también Goldstein, 2000; Crawford, 2006; y Heelas et al., 2005). Como lo plantea Giddens (1991:75), en la modernidad tardía “*el self es visto como un proyecto reflexivo por el que el individuo es responsable (...) somos, no lo que nos es dado, sino lo que hacemos de nosotros mismos.*”

Ambos discursos, el biomédico y los alternativos, están promovidos por una creciente industria de la salud (liderada por laboratorios farmacéuticos y empresas alimenticias) y el nicho del mercado en expansión del bienestar, el turismo terapéutico, la literatura de autocuidado holístico, los remedios y los productos naturales, los alimentos saludables y orgánicos, etc. Sointu plantea (2012:39) que en este escenario de mercantilización de los bienes de salud y del bienestar, las medicinas alternativas

constituyen una opción de cuidado en un clima económico y cultural marcado por el comportamiento consumista, ya que *“las prácticas holísticas permiten, y aún invitan, a la búsqueda (shopping around) de tratamientos adecuados, ajustándose al marco cultural más general del consumismo de la modernidad occidental”*. Por su parte, Melucci (1996), si bien observa que las medicinas alternativas no escapan de la lógica consumista y las fuerzas del mercado, plantea que a través de estas prácticas pueden experimentarse nuevas formas de relacionarse con el cuerpo, y construir significados contrahegemónicos en torno a su cuidado, con el potencial de prevenir a los sujetos de su completa mercantilización y manipulación (ver también Douglas, 1996).

Desde el punto de vista socio-cultural, el imperativo de la salud refleja procesos más generales de individuación y autocontrol, en un contexto de mayor información sobre opciones de cuidado de la salud y de regímenes corporales, divulgación pública del conocimiento médico, y coexistencia de una multiplicidad de expertos en materia de salud y alimentación (Giddens, 1991; Melucci, 1996; Beck, 1999; Williams y Calnan, 1996). Existe también mayor conciencia acerca de que el conocimiento biomédico y de las ciencias de la nutrición cambian en la medida en que las teorías se revisan a la luz de nuevos hallazgos, a la vez que prevalece el disenso en la comunidad de expertos, y el cuestionamiento de especialistas de las medicinas alternativas sobre las posturas dominantes (Giddens, 1991:121; Lupton, 1996a). Al mismo tiempo, hay mayor divulgación de los riesgos manufacturados socialmente para la salud y el medio ambiente (iatrogenia, alimentos manipulados genéticamente, tratados con agrotóxicos y conservantes, polución ambiental,

etc). Para Giddens (1991) las decisiones de cuidado de la salud expresan en el plano individual el imperativo social de elección en contextos de creciente reflexividad, incertidumbre, riesgo, y diversidad de sistemas expertos. En este escenario, el *self* y el cuerpo constituyen campos de acción ligados a proyectos reflexivos en la construcción de la identidad personal, que se materializan en los estilos de vida y la planificación de la vida en un escenario de creciente pluralidad de opciones.

Otros autores, siguiendo a Weber y a Bourdieu conceptualizan los estilos de vida vinculados a la salud (*health lifestyles*) como prácticas sociales de demarcación generadas por el *habitus* de clase y como formas simbólicas de expresión del estatus social, incluyendo el tratamiento del cuerpo y el consumo alimentario (Cockerman, 2000; 2010). La literatura sobre los *health lifestyles* relaciona la estructura (chances de vida) con la agencia humana (capacidad de elección entre opciones de cuidado). Dichas opciones están condicionadas por la inserción de clase, el género y la edad, así como también delimitadas por la pertenencia a comunidades de pensamiento y grupos ideológicos y subculturas. Cobra relevancia, en este sentido, la indagación de los *health lifestyles* en el marco de las redes sociales y familiares, atendiendo a la transmisión intergeneracional de valores y prácticas a través de la socialización temprana, así como a la conformación de ideas y preferencias a través de las experiencias sociales posteriores, por ejemplo, la socialización profesional y la participación en distintas esferas de sociabilidad y grupos de interacción donde se construyen colectivamente identidades y significados (Cockerham, 2010:172-174; Zerubavel, 1997). Sintetizando, los estilos de vida si bien son desarrollados por los

individuos, constituyen patrones de comportamiento colectivos basados en alternativas de acción y decisión condicionadas por las chances de vida de los sujetos según su inserción estructural, y la participación en distintos círculos y redes socio-culturales (Cockerham, 2010; Frohlich et al., 2001; Williams, 1995; Sautu, 2011). Para Giddens (1991:82-83), las prácticas de cuidado de la salud y el cuerpo, cristalizadas en los estilos de vida, están influenciadas por las circunstancias socio-económicas, las presiones de los grupos de referencia, y las esferas de acción e interacción social en el contexto contemporáneo de pluralidad y segmentación de los mundos de vida.

La literatura sociológica anglosajona sobre desigualdades en salud, así como el enfoque de la salud colectiva y la epidemiología crítica latinoamericana, han cuestionado el paradigma epidemiológico individualista de los factores de riesgo y el enfoque de los estilos de vida desarrollados desde los '70. Se apunta a la desatención a los determinantes estructurales que generan vulnerabilidad diferencial frente a la enfermedad y limitan las posibilidades de cuidado en contextos de creciente privatización de los recursos de salud, y del énfasis en la responsabilidad individual que desplaza las responsabilidades políticas y corporativas; a los microcontextos socio-culturales que dan sentido a las acciones orientadas a la salud (o inacciones), y al sesgo de culpar al sujeto cuando la conducta preventiva falla (Coreil et al., 1985; Crawford, 2006; Williams, 1995; Frohlich et al., 2001; Menéndez, 2009; ALAMES, 2008; entre otros). Las condiciones de vida de las distintas clases sociales (y sus fracciones), con sus presiones cotidianas y prioridades diferenciales, facilitan o restringen la capacidad de acceder a

y utilizar de manera flexible múltiples recursos en el cuidado de la salud (poder, dinero, tiempo, información, redes sociales, condiciones de trabajo, habitacionales, ambientales, localización territorial, etc. (Phelan, Link y Tehranifar, 2010; Frohlich et al., 2001; Ross y Wu, 1995). En la esfera más específica del consumo alimentario, Aguirre (2005), siguiendo a Bourdieu (1984), muestra que en los sectores bajos del Área Metropolitana de Buenos Aires, éste responde a un patrón de necesidad, mientras que al ascender en la escala social predomina el de libertad y elección, pasando del predominio de los alimentos rendidores y que “llenen” a los saludables, “light” y eventualmente orgánicos, orientados a preservar la salud según las recomendaciones de los expertos, así como la disposición a la innovación culinaria respecto del patrón cultural dominante. El “turismo culinario”, término desarrollado por Guptill, Copelton y Lucal (2012), o la experiencia de cruzar las fronteras alimentarias delimitadas por las comunidades étnicas, se enmarca en dicha disposición a la innovación, constituyendo un privilegio de clase.

Los enfoques críticos anglosajones raramente han extendido el análisis a las posibilidades desiguales de desarrollar estilos de vida “saludables” y prácticas de bienestar desde prácticas y discursos alternativos al hegemónico (algunas excepciones son Sharma, 2000; Baer, 2003, y Sointu, 2012). En el contexto argentino, Idoyaga Molina (2002) ha demostrado que en el uso de las distintas medicinas y terapias inciden factores étnicos, culturales, sociales, y regionales, y en gran medida económicos (para el contexto latinoamericano, ver Menéndez 2009; Andrade y Almeida da Costa 2010, entre otros). En Ayurveda, en particular, se ha difundido como una modalidad

de cuidado natural y holístico en el que intervienen una variedad de especialistas, pero que está orientado fundamentalmente al autocuidado a través de la alimentación personalizada, los ejercicios corporales, la práctica del yoga y otras disciplinas mente-cuerpo, la meditación, y la utilización de tratamientos fitoterápicos y medicación ayurvédica importada. Por los costos de consultas y tratamientos —ofertados sólo en el sector privado— y de algunos de los productos del circuito ayurvédico, así como por los cambios en el estilo de vida que se recomiendan, se trata de una opción terapéutica accesible a los sectores de clase media y alta.

La literatura sobre la utilización de medicinas alternativas explica el consumo a partir de distintas dinámicas socioculturales. Para algunos autores expresa la insatisfacción con aspectos parciales de la biomedicina y un uso pragmático de diversas alternativas de cuidado en condiciones de creciente pluralismo terapéutico (Le Breton, 1995; Fadlon, 2005; Quah, 2008). Cuando se trata de medicinas que no pertenecen al medio cultural en el que se han socializado los usuarios, se priorizan en este enfoque dinámicas de apropiación de tipo pragmática (Quah, 2008) y de “domesticación cultural”. La “aculturación pragmática” ocurre cuando se adoptan tratamientos y productos por su utilidad sin adherir necesariamente a los principios paradigmáticos de sistema médico que los sustenta (Quah, 2008: 419). De manera similar, Fadlon (2005) plantea que la lógica dominante de apropiación de medicinas foráneas es la “domesticación”, a través de la cual lo extraño se transforma en familiar de acuerdo a los criterios de aceptabilidad y preferencias locales, convirtiendo dichas medicinas en menos “exóticas”,

y transformando en este proceso las bases filosóficas de los tratamientos al asemejarlas a los de la biomedicina. Ambas autoras plantean que estas dinámicas de apropiación operan en el nivel de los individuos (usuarios y especialistas) y de las instituciones.

Para otros autores, por el contrario, la utilización de medicinas alternativas, indica una visión oposicional articulada sobre una crítica más general al modelo biomédico, y que se expresa en preferencias por modalidades de cuidado del medio ambiente y el propio cuerpo que privilegian la no agresividad, la concepción holística de la salud y del bienestar, la responsabilidad personal, y la búsqueda de relaciones terapéuticas menos asimétricas. Se asocia esta sensibilidad con el movimiento New Age, de la alimentación saludable, y otras formas de innovación cultural, búsquedas espirituales y “subculturas terapéuticas” entre los sectores medios y altos (Douglas, 1996; Astin, 1998; Melucci, 1996; Baer, 2004; Sointu, 2006; Bendelow, 2009; Carozzi, 2000). Sointu (2012), en particular, propone que las medicinas holísticas resuenan con las búsquedas e ideales de cuidado de los sectores sociales medios educados, y fundamentalmente de las mujeres: encuentran en ellas un medio para cultivar el bienestar cuerpo-mente-espíritu a través del cuidado conciente, la autoexploración y la expresión personal, además de entablar un vínculo terapéutico con los especialistas basado en el reconocimiento (*recognition*) de la individualidad del paciente y del valor de su experiencia frente a los procesos de despersonalización y objetivación que prevalecen en el encuentro biomédico. El bienestar holístico, sostiene Sointu (2012:9) se construye “tanto en la percepción conciente de las propias

emociones y la corporalidad, como en la disposición de explorar y expresar la individualidad. Como tal, este discurso reproduce ideales importantes que informan la visión normativa y deseable del yo, el carácter único del individuo, su agencia, responsabilidad, reflexividad y desarrollo personal”.

Los estudios empíricos internacionales y los locales muestran que el uso de medicinas alternativas constituye una realidad compleja y plural (Astin, 2000), brindando soporte a los distintos argumentos teóricos que hemos sintetizado. Las investigaciones dan cuenta de múltiples lógicas de uso según la variedad de usuarios y de sus padecimientos, la medicina alternativa en cuestión, los contextos terapéuticos, las experiencias con las distintas medicinas a lo largo del tiempo, la participación en redes de interacción y círculos sociales, y las cambiantes necesidades de cuidado según las circunstancias biográficas (Sharma, 1996; Barnes, 2005; Freidin y Timmermans, 2008; Saizar, 2009; Idoyaga Molina y Luxardo, 2005; Viotti, 2007; Bordes, 2012; Freidin y Abrutzky, 2010, entre otros).

En nuestro estudio con seguidores del Ayurveda partimos de la conceptualización más general de Giddens (1991) acerca de las prácticas del cuidado de la salud y del cuerpo como indicadores de los estilos de vida construidos reflexivamente a partir de una variedad de opciones, que expresan la búsqueda de coherencia en la construcción de la identidad personal: *“el estilo de vida puede ser definido como un conjunto de prácticas más o menos integradas que un individuo adopta (embraces) no sólo porque satisfacen necesidades utilitarias, sino porque dan una forma material a una narrativa particular de la identidad*

personal” (Giddens, 1991: 81). Estas prácticas se enraízan en las circunstancias socio-económicas y la pluralidad de los mundos de vida (“*hablar de una multiplicidad de opciones no supone que éstas están abiertas a todos por igual*” (Giddens, 1991: 82).

Entendemos que para comprender las prácticas de cuidado de la salud es necesario incorporar en el análisis aspectos culturales y materiales, y anclar las posibilidades de elección o *agency* en los condicionamientos de clase, género y edad, y las circunstancias biográficas. Como lo especificamos previamente (Freidin y Abrutzky, 2010) este anclaje, puesto de relieve por Giddens (1991) en su conceptualización de los estilos de vida y planificación de la vida, permite evitar algunas críticas que ha recibido su perspectiva (Lupton, 1996c; Williams y Calnan, 1996; Low, 2004) acerca del riesgo de atribuir un grado de abstracción y vacuidad empírica al “agente reflexivo” de la modernidad tardía como categoría analítica para comprender la acción social.

Siguiendo a Sharma (1996), observamos la adopción del Ayurveda como una práctica de cuidado de manera dinámica, debido a que las ideas sobre la salud, el cuerpo y su cuidado pueden variar a lo largo del tiempo, y a medida que los sujetos se familiarizan con distintas opciones de cuidado. En la misma dirección analítica, la literatura sobre las redes sociales en el cuidado de la salud nos permite comprender que las decisiones sobre el cuidado de la salud y la construcción de sentido en torno a ellas se realizan a través del tiempo a partir de un proceso social de intercambio de conocimientos, experiencias y significados que opera a través de las redes informales y los círculos sociales (Pescosolido, 1991; Freidin y Timmermans, 2008; Freidin y Abrutzky, 2010).

El caso del Ayurveda, además, nos permite observar procesos de localización de medicinas orientales que han migrado hacia Occidente. Como los antropólogos lo han planteado, lejos de “transplantarse” en nuevos contextos socioculturales, dichos conocimientos y prácticas médicas son objeto de procesos locales de transformación. Estos se caracterizan por diversas modalidades de hibridación y apropiación, reinterpretación y acomodamiento (Inda y Rosaldo, 2002; Hannerz, 1996; Hog y Hsu, 2002; Alter, 2005a), según las resonancias culturales que despierten (Howell, 1995). El proceso de localización o *glocalización* (Robertson, 2000) –para el caso de estudio, las transformaciones locales en el proceso de globalización de medicinas foráneas– está mediado por actores e instituciones locales y transnacionales, y moldeado por las características del sistema de salud de la sociedad que las reciben y del contexto socio-político y cultural más amplio. En trabajos previos (Freidin, 2010; 2011) vimos que los médicos argentinos que practican Ayurveda actúan como “intermediarios culturales” (Hannerz, 1996) que acomodan esta medicina foránea a su percepción de las necesidades y sensibilidades locales del cuidado holístico. A la vez que su práctica del Ayurveda está condicionada por las posibilidades limitadas de formación en el país, y a la falta de disponibilidad y regulación de remedios ayurvédicos, lo que resulta en la búsqueda de sustitutos de medicación natural (tales como remedios homeopáticos y fitoterápicos locales, Flores de Bach, etc.). En este trabajo, el foco analítico está puesto en por qué y cómo los seguidores del Ayurveda se acercan a esta medicina foránea, considerando las expectativas depositadas en ella y los significados que construyen sobre su adopción como

práctica de cuidado de la salud y de bienestar. Complementa, de este modo, el campo de los estudios empíricos realizados en el país que se han centrado en las modalidades de seguimiento de otras prácticas de cuidado de origen oriental como el yoga (Saizar, 2009), el Shiatsu (Pitluk, 2007), y la Acupuntura (Freidin y Abrutzky, 2010), y los trabajos antropológicos que articulan los estudios sobre la corporalidad y la religión entre seguidores de prácticas espirituales orientales (Carini, 2010; Puglisi, 2009, entre otros).

Los objetivos y aspectos metodológicos de la investigación con seguidores del Ayurveda

Nuestro estudio se propone dar cuenta del proceso de adopción del Ayurveda como práctica de cuidado de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), identificando variaciones, contingencias y discontinuidades. Específicamente, exploramos: 1) el proceso social e interactivo que conduce a realizar una consulta con un médico especializado en la disciplina, y el circuito profesional y comercial que facilita el seguimiento del Ayurveda; 2) las modalidades de incorporación de este enfoque terapéutico, los significados atribuidos a las mismas, y los aprendizajes que implican ; 3) los aspectos socio-culturales y materiales que facilitan u obstaculizan la continuidad de la práctica del Ayurveda; y 4), el vínculo terapéutico que se construye con los especialistas en el marco de una medicina que enfatiza el autocuidado y el estilo de vida.

Realizamos el trabajo de campo durante los años 2010 y 2011. El mismo consistió en entrevistas en profundidad con 15 mujeres

y 3 varones que realizaron una consulta médica ayurvédica en el AMBA. Adicionalmente entrevistamos a dos mujeres que si bien no habían realizado una consulta médica formal, eran seguidoras entusiastas del Ayurveda e integrantes de la red de especialistas locales, una como profesora de yoga y terapeuta en masajes ayurvédicos y la otra como profesora de yoga e instructora de Ayurveda, ambas con formación en el exterior. Si bien centramos el estudio en pacientes de médicos ayurvédicos, estos casos adicionales no permitieron comparar las perspectivas y experiencias de las especialistas con las de los pacientes, así como adquirir mayor conocimiento sobre dicha red. De manera complementaria, asistimos a un seminario sobre Ayurveda dictado en un centro de yoga y a varias charlas de divulgación sobre la disciplina en la ciudad de Buenos Aires, y realizamos una lectura sistemática de la cobertura de la prensa escrita sobre la medicina Ayurveda, además de leer la literatura de divulgación que los entrevistados consultaban⁸. La aproximación más etnográfica y el análisis documental nos permitieron lograr una mayor familiarización con el circuito ayurvédico, ya que si bien los autores de este trabajo somos usuarios de medicinas alternativas y practicantes de disciplinas mente-cuerpo no teníamos experiencia personal con el Ayurveda. El conocimiento contextual nos permitió refinar la guía de entrevista, y desarrollar mayor sensibilidad para interpretar las experiencias de los entrevistados (Holstein y Gubrium, 1995).

El criterio inicial de selección de los entrevistados fue que en su acercamiento a esta medicina hubieran realizado una consulta con un médico o médica que practicara Ayurveda. El

⁸ Desarrollamos el análisis de la prensa en Freidin y Ballesteros (2012).

procedimiento que seguimos para ubicar a los entrevistados fue el de bola de nieve, buscando diversificar las fuentes de referencia de posteriores potenciales entrevistados para contactarnos a través de ellos con una mayor variedad de redes y círculos sociales. La primera entrevista fue intencionalmente exploratoria, y la realizamos con una familiar de un miembro del equipo que había discontinuado la práctica del Ayurveda; conectamos a los restantes entrevistados a través de nuestras redes profesionales y personales. Debido a que siete de los primeros diez entrevistados habían consultado a la misma médica (pese a que sólo tres se conocían entre sí), en las posteriores entrevistas procuramos diversificar la selección de los casos evitando que fueran pacientes de la misma profesional. El estudio paralelo con médicos (Freidin, 2010; 2011) mostraba que existe diversidad en las modalidades de práctica del Ayurveda, así que buscamos una mayor heterogeneidad respecto de los especialistas a los que consultaban. El estilo de práctica del Ayurveda del médico media, en gran parte, el encuentro que los pacientes tienen con este enfoque de cuidado de la salud teniendo en cuenta las variaciones en la formación de los especialistas, su utilización de otras medicinas alternativas como complemento del Ayurveda, y las adaptaciones y visiones sobre sus posibilidades de práctica y de receptividad entre los seguidores locales (ver Freidin, 2010; 2011).

De manera complementaria, contactamos a médicos que practican Ayurveda para solicitarles que nos refirieran a sus pacientes, pero debido al tiempo de espera para efectivizar estas entrevistas sólo logramos realizar una por esta vía. Paradójicamente esta dificultad resultó productiva. Con

excepción de dos casos, habíamos entrevistado previamente a los médicos a los que consultaban nuestros entrevistados, y debido a que accedimos a sus pacientes mediante referencias “indirectas” pudimos entrevistar a varios que habían iniciado tratamientos y los habían discontinuado, o habían tenido experiencias negativas con los especialistas. Difícilmente habiéramos accedido a ellos si el contacto hubiera sido canalizado por los médicos.

Para realizar las entrevistas elaboramos una primera versión de guía de pautas, previendo mucha flexibilidad en su utilización al mismo tiempo que ajustaríamos los temas y preguntas a medida que fuéramos analizando los datos. Las entrevistas duraron entre una y dos horas, y fueron realizadas en los hogares y lugares de trabajo de los entrevistados, cafés, y restaurantes del circuito alternativo. Transcribimos las entrevistas de manera completa y *verbatim*, y las analizamos a través de sucesivas rondas de codificación, siguiendo la lógica del análisis temático y la reconstrucción holística de los casos en términos de trayectorias terapéuticas. Para realizar el análisis intra-caso y las comparaciones inter-caso construimos fichas sinópticas individuales, matrices temáticas, memos analíticos, y diagramas conceptuales (Huberman y Miles, 1994; Strauss, 1999).

Los entrevistados tienen entre 26 y 68 años, y sus perfiles ocupacionales y educativos son de clase media: son profesionales, estudiantes universitarios, empleados administrativos, artistas, profesoras de yoga, y terapeutas alternativos – astrólogas, psicólogos especializados en varias terapias alternativas– con educación formal correspondiente a secundario completo, nivel terciario, y universitario. Hay gran variabilidad en el tiempo en que practican Ayurveda, desde 15 años hasta un mes. Dos

entrevistados dejaron de practicar Ayurveda luego de un período corto de prueba; algunos se convirtieron en seguidores estables, y otros en ocasionales. Los entrevistados consultaron en total con 9 médicos: diez lo hicieron con la Dra 1, dos con el Dr 2, tres con el Dr 3, una con la Dra4, una con el Dr5, una con el Dr6, una con la Dra 7, una con la Dra 8, y tres con el Dr 9 (algunos entrevistados consultaron con más de un especialista a lo largo su trayectoria como seguidores del Ayurveda).

CAPÍTULO 2

LOS CAMINOS HACIA LA CONSULTA AYURVÉDICA: REDES SOCIALES, Y EL CIRCUITO COMERCIAL Y PROFESIONAL QUE SOSTIENE LA PRÁCTICA.

La literatura sociológica y antropológica ha destacado el rol que juegan las redes sociales en las prácticas de cuidado de la salud y en el comportamiento frente a la enfermedad (Pescosolido, 1992; Wellman, 2000; Freidin y Timmermans, 2008, entre otros). Un conjunto variado de personas pueden brindar consejo y ayuda para enfrentar problemas de salud o prevenirlos, incluyendo entre ellas a profesionales de la salud (médicos y otros especialistas del sistema oficial), terapeutas alternativos, y personas legas (como familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.) (Pescosolido 1992). En este sentido, las decisiones sobre el cuidado de la salud son parte de un proceso social y relacional en el que los miembros de las redes sociales, con los que se mantienen vínculos más o menos estrechos, no sólo ofrecen información, apoyo y consejo durante episodios de enfermedad, sino que también constituyen

una fuente de creencias, actitudes y conocimiento sobre opciones de cuidado y sobre la seriedad del problema de salud en juego. Los integrantes de las redes alientan determinadas opciones de cuidado y desalientan otras como cultural y socialmente inviables, siendo los individuos en interacción los que deciden el curso de acción a seguir dependiendo de acciones previas y sus resultados (Pescosolido, 1991:162; Cockerham, 2010; Menéndez, 2004). Las redes proveen recursos sociales que restringen o habilitan el acceso a determinadas oportunidades, lo que a su vez condiciona las de cuidado de cuidado. En palabras de Pescosolido (1991:166), *“la experiencia de la enfermedad es parte de la vida social y sus ritmos, está condicionada por la estructura social, y es creada y negociada en la interacción con los otros”*. Estas consideraciones pueden extenderse a las prácticas de cuidado de tipo preventivo y los regímenes terapéuticos que ponen énfasis en el estilo de vida y el bienestar, sean éstos convencionales o alternativos.

En lo que refiere a la utilización de las medicinas alternativas, las redes sociales juegan crucialmente ya que proveen información sobre la existencia y características de determinadas modalidades, facilitan el contacto con los especialistas y contribuyen a validar su uso (Kelner y Wellman, 1997). Dichas recomendaciones constituyen un capital social para manejar el riesgo de probar nuevas medicinas (Low, 2004; Lee-Treweek, 2002; Sharma, 1996; Wellman, 2000, entre otros), especialmente en contextos de marginación institucional (Freidin y Abrutzky, 2010). A la redes sociales se suma la información sobre medicinas alternativas que difunden los medios de comunicación, ya que a medida que crece su utilización adquieren mayor atención

mediática (Valente, 2000), cobrando cada vez más relevancia en el proceso de difusión en Internet y otros medios electrónicos. La mayor información sobre medicinas alternativas también se ve facilitada por una profusa literatura de divulgación, y un creciente mercado de revistas de medicinas no convencionales (Valente, 2000).

En lo que respecta a la difusión de la medicina Ayurveda en nuestro país, la prensa escrita le ha prestado creciente atención tanto en su dimensión internacional como local (Freidin y Ballesteros, 2011). La literatura extranjera y nacional sobre Ayurveda se encuentra en las librerías especializadas del circuito New Age y las medicinas holísticas, y en las secciones de “autoayuda” o del “cuerpo” de las principales librerías porteñas. Asimismo, se ha hecho cada vez más sencillo y rápido ver videos en Internet sobre la práctica del Ayurveda y la variada oferta de tratamientos tradicionales en la India y en distintas partes del mundo. A ello se suma que varios médicos y terapeutas locales publicitan sus servicios a través de sus páginas personales en la Web en donde divulgan los principios básicos del Ayurveda. Las revistas dedicadas al mercado de las medicinas alternativas tanto impresas como on-line incluyen notas sobre Ayurveda. Incluso noticieros de gran audiencia nacional de la televisión abierta han incorporado informes especiales sobre esta medicina milenaria en la ciudad de Buenos Aires, como una novedad en el mercado de salud alternativo de la gran metrópoli (Freidin, 2010)⁹. Asimismo, el importante desarrollo comercial experimentado en los últimos años por el nicho de la alimentación saludable

9 Informe especial “Camino a lo Natural: Ayurveda”, transmitido por Telenoche, Canal 13, el día 11 de enero de 2010.

ha sido un importante factor en la difusión del Ayurveda en la ciudad de Buenos Aires¹⁰.

Teniendo en cuenta que el Ayurveda, en términos relativos, constituye una novedad en el mercado porteño de las medicinas alternativas, reconstruimos la forma en que la gente se pone en contacto con este enfoque de cuidado de la salud y realiza una consulta médica ayurvédica. Para ello, en primer lugar, identificamos quiénes en las redes sociales lo recomiendan y qué actividades aparecen como “puentes” hacia el Ayurveda, detallando la información y orientaciones que circulan a través de la red. Posteriormente, damos cuenta de cómo la red social y el circuito profesional y comercial vinculado con el Ayurveda permiten a sus seguidores sostener varias de las prácticas de cuidado.

Varios de los entrevistados se conectaron con el Ayurveda porque ellos mismos son parte del circuito de las terapias alternativas, participando en actividades y círculos laborales y sociales vinculados con la disciplina (como ser el yoga, la bionérgica, y la astrología). En este circuito se encuentran con médicos que practican Ayurveda, pacientes y otros especialistas que recomiendan hacer una consulta médica, compartiendo con ellos distintos espacios de sociabilidad y de intercambio

¹⁰ El diario La Nación en la nota “La revolución de la alimentación sana” (17/7/2010) describe el impacto económico y el crecimiento de los emprendimientos vinculados con esta tendencia en la alimentación. Según cifras oficiales incluidas en el artículo, se registró un aumento del 20 por ciento en las habilitaciones de locales entre los años 2008 y 2010 en la Ciudad de Buenos Aires, así como el incremento de patentes y marcas en este nicho comercial. Entre los adherentes del movimiento de la alimentación saludable se mencionan a los seguidores de la “dieta ayurvédica”.

profesional. Así E1, por ejemplo, decidió hacer una consulta con la Dra 1 porque ella era su alumna en las clases que dicta de astrología y le interesaba tener asesoramiento especializado en prácticas alimentarias con fines depurativos: *“El tipo de vida que tengo yo, con la gente que conozco, conozco gente que hace cosas siempre de este estilo, entonces uno va escuchando y te va interesando, si la persona es relativamente piola y te parece interesante, le preguntás y pruebo”* (E1). De manera similar, E4 realizó una consulta ayurvédica porque su psicoterapeuta y colega (ambos especializados en bioenergética) le sugirió tratar con Ayurveda un problema ginecológico que desde la biomedicina sólo tenía una solución quirúrgica, porque percibió una afinidad personal con la propuesta terapéutica: *“me dijo ‘mirá, andá a hacerte tratamientos ayurvédicos que son buenísimos, además estoy seguro que re van con tu personalidad”*. En su caso, ya tenía un cierto conocimiento sobre el enfoque como parte de su formación en psicoterapias corporales años atrás en California, y por haber estado inmersa en el sitio y clima de época donde se conformó el Movimiento *New Age*:

Estaba en San Francisco que es donde estaba en ese momento, ¿me entendés?
 en el centro, yo viví todo el *New Age*, de los ‘80, ‘90 entonces, yo escuchaba, ¿viste?, escuchaba, escuchaba, y después dentro de la carrera de psicología, que yo hice psicología allá, había un porcentaje de materias que son optativas en Estados Unidos y bueno me fui yendo mucho a lo corporal, a las psicoterapias corporales, a ese tipos de cosas y una de esas una materia, dije a ver qué es esto, el Ayurveda. Ahí me informé, pero no paso de eso de curiosidad y nada más (...). O sea que cuando fui [a la consulta ayurvédica en Buenos Aires] ya tenía cosas, una teoría básica y después todo muy

con pinzas... (E4).

Es interesante destacar que algunos entrevistados que contaban con mayor experiencia en el uso de medicinas holísticas mencionaron un criterio de selectividad en la recomendación del Ayurveda, recalcando la importancia de cierta disposición para comprometerse con esta modalidad de cuidado. La selectividad no refiere a que se trate de una práctica compleja o sofisticada; lo que la diferenciaría de otras medicinas holísticas radica en que requiere un papel muy activo del paciente y responsabilidad individual en el cuidado de la salud para poder sostener las prácticas cotidianas de cuidado y transformarlas en un “camino” o “forma de vida” basada en un trabajo interno de autoconocimiento. Los que recomiendan perciben una afinidad por rasgos personales, intereses o prácticas de cuidado afines, y ellos posteriormente, de tener experiencias beneficiosas con el Ayurveda, aplican el mismo criterio en la cadena de recomendaciones a la hora de seleccionar a quiénes sugerir hacer una consulta médica. Así es que, en el caso de E5, psicóloga, nos cuenta que tras la consulta con Dra. 1, le recomendó a dos de sus pacientes que vayan a verla. Sin embargo, aplica un filtro en el tipo de pacientes que recomienda ya que entiende que *“es una medicina que tiene que ser para alguien que esté con muchas ganas de hacerlo, vos te das cuenta”*.

En la red local del Ayurveda, tanto la práctica del yoga como las elecciones alimentarias no convencionales (fundamentalmente variantes de vegetarianismo y del naturismo) constituyen una importante puerta de entrada al Ayurveda. El yoga y el Ayurveda comparten la misma raíz filosófica y espiritual, y en

nuestro país, y en Occidente en términos más generales, se la presenta como ciencias hermanas y prácticas de cuidado complementarias en la literatura de divulgación, *websites* de especialistas y de organizaciones, conferencias y cursos (Warrier, 2009, para el caso de Inglaterra). Los médicos que practican Ayurveda indican planes para equilibrar los *doshas* que incluyen prácticas espirituales y corporales (preferentemente yoga y meditación), y una reeducación de hábitos alimentarios que permitan transformar la alimentación en medicina y utilizar la cocina como la “primera farmacia”, sugiriendo habitualmente dietas restrictivas en el consumo de carnes (Freidin, 2010). Por otra parte, el Ayurveda se ha difundido entre instructores de yoga, y en varios centros se ofrecen cursos y seminarios en la disciplina, e incluso consultas con médicos especializados. En el caso de E9, por ejemplo, aunque no se dedique a la práctica profesional del yoga, su primer contacto con el Ayurveda fue haberse formado con una instructora entrenada en la disciplina con la que tomaba sesiones de masaje ayurvédico de manera regular, y a través de esta experiencia comenzó a interiorizarse en la disciplina mediante lecturas. Tiempo después, por sugerencia de familiares, hizo una consulta con la Dra 1 para guiar su práctica alimentaria vegetariana.

Cuando los entrevistados ya están familiarizados con el circuito holístico como usuarios y/o por formación profesional, otra ruta hacia el Ayurveda es que el médico alternativo con el que se venían atendiendo sea quien inicie al paciente en dicha tradición de cuidado. Así es que dos entrevistados se iniciaron en el Ayurveda a través de su médico homeópata, quien en determinado momento comienza a incorporar este enfoque terapéutico en el trabajo clínico con los pacientes. Ambos

entrevistados reconstruyen dicha experiencia en términos de sincronía y confluencia de intereses, en tanto el viraje en la práctica del especialista y la propuesta de incorporar elementos del Ayurveda como complemento del tratamiento homeopático convergen y resuenan con sus propias búsquedas, prácticas y concepciones en lo referido a la alimentación y una concepción integral de cuidado. Así E16, una psicóloga formada en Flores de Bach, prácticas corporales y astrología, y familiarizada con varias tradiciones espirituales orientales, recuerda dicha transición resaltando la congruencia con su propia mirada integral de la salud:

Yo me acerqué al Ayurveda a través del Dr 3, era mi homeópata durante muchos años, y atendió a mis hijos desde chiquitos, y a toda la familia. (...) A mí me impactó mucho algo que él me dijo a nivel profesional y a nivel personal, que me dijo que antes cuando él era homeópata sólo, ahora que él hace Ayurveda, se da cuenta qué limitado era solamente trabajar con la Homeopatía y no con la alimentación y con una cosa mucho más general, ¿no? (...).Y yo eso lo venía sintiendo desde... yo soy psicóloga, pero también yo me doy cuenta de que mi trabajo profesional excede el trabajo simplemente tomado como psicológico (...)no se puede abordar al hombre no integrado, desde cualquier área que uno lo tome (...) Pero bueno, yo mucho tiempo antes también había estado... bueno, en las búsquedas siempre había estado cerca de lo oriental, y del hinduismo, y del budismo y de la teosofía, y de todas las disciplinas que tienen que ver con el vegetarianismo, el respeto por el cuerpo, por la mente, por el otro... (E16).

Para aquellos que no participan del circuito de las terapias alternativas por donde circula información relativa al Ayurveda, los mismos médicos que practican Ayurveda, y otros especialistas, son los amigos, parientes o compañeros de trabajo

quienes constituyen el nexo. Transmiten testimonios de eficacia puntual y de los beneficios más generales de la práctica sostenida, así como el entusiasmo y el compromiso con el enfoque terapéutico. Los conocidos que recomiendan en la red social, y tienen mayor conocimiento de la variedad de estilos entre los médicos locales y extranjeros del circuito ayurvédico (ortodoxos, menos ortodoxos o eclécticos, más o menos tradicionalistas), también brindan información sobre este aspecto como criterio orientador para seleccionar al especialista, así como sobre los costos de las consultas y los tiempos de espera.

Las conferencias y charlas de médicos ayurvédicos y la información en revistas especializadas son otras de las formas a partir de las cuales los entrevistados, y los miembros de sus redes, obtuvieron información sobre el Ayurveda. E14, por ejemplo, consultó a un médico Ayurveda luego que su madre asistió a una conferencia a cargo de una médica, y leyera una publicidad de una fundación de Ayurveda en una revista sobre medicinas alternativas. Tener varias fuentes de referencia le permitió decidir con quién hacer la consulta, teniendo en cuenta la variedad de honorarios:

Mi mamá había ido una vez a una charla de un Ayurveda en no sé dónde, y le había parecido interesante (...). Me había comentado eso, qué sé yo, pero la mina esta que ella había escuchado creo que salía como cuatrocientos pesos la consulta, a tanto no llegaba mi interés por el Ayurveda, pero mi vieja había visto también, había comprado no sé si una de esas revistas, no sé si era *Buena Salud*, o *Uno Mismo*, no sé, una de esas, y había visto que existía esta Fundación, ¿no? (...) Había visto el anuncio, y entonces me lo pasó, me lo recomendó. Y bueno, llamé, averigüé, y la consulta ahí era

accesible (E14).

Un viaje a la India ha sido otra de las formas en que los entrevistados tuvieron su contacto inicial con el Ayurveda. Tanto E18 como E19 consultaron por primera vez con un médico Ayurveda en la India en el marco de viajes turísticos o espirituales, y posteriormente realizaron una consulta en Buenos Aires recomendados por amigos y conocidos. Así E19, sin conocimiento previo sobre la medicina Ayurveda, la descubrió en el estado de Kerala, en el sur de la India, por encontrarse, sin haberlo planificado, en el “mundo ayurvédico”. Le impactó el desarrollo institucional del Ayurveda y cómo los lugareños incorporaban los principios ayurvédicos en su vida cotidiana:

Y era como todo el mundo ayurvédico; y ahí me empecé a entusiasmar, a interiorizar, a preguntar, y fui tomando de las distintas cosas, fui al hospital ayurvédico, fui a hacer una consulta, fui a... no sé, compré productos de ellos, te vas enterando de cómo funciona porque lo usan con mucha cotidianeidad y son preceptos que les guían la vida, el día a día, entonces, bueno, ahí me interesé bastante (E19).

Esta experiencia de inmersión cultural la llevó a realizar una consulta médica en un hospital ayurvédico por un desarreglo menstrual, que por cuestiones de horarios terminó haciéndola en el consultorio particular. La médica le tomó el pulso, le miró la lengua, y sin explicarle demasiado sobre el diagnóstico tradicional y el tratamiento ayurvédico, le prescribió una medicación para tres meses. E19 describe el tratamiento a partir de la experiencia de distancia cultural y disgusto físico. Igual sensación de extrañeza sintió al tomar una sesión de

masajes – muy vigorosos, de a dos masajistas, con mucho aceite y preparados herbales– práctica que es parte del cuidado ayurvédico especializado en India, pero también de la medicina y cultura popular por su valor terapéutico y estético (Alter, 2005b).

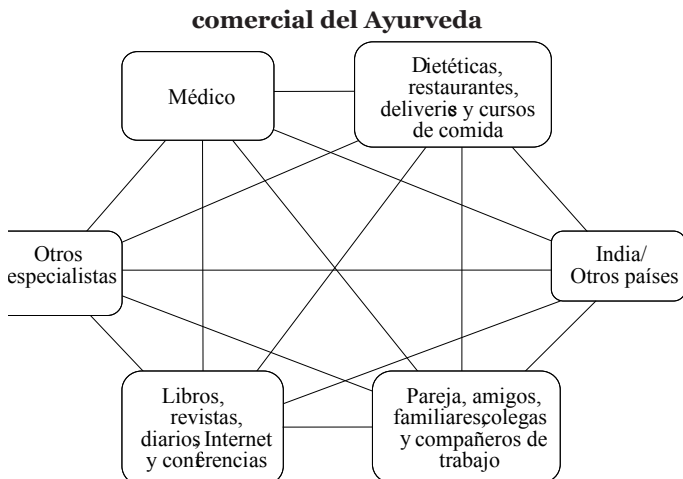
Pese a la distancia cultural con la que describe su encuentro con el Ayurveda en India, esta experiencia despertó su interés por conocer más sobre sus principios terapéuticos, “*eso fue un disparador para ponerme a leer, ponerme a investigar, ver películas, preguntar, etcétera, etcétera*”, y que “hizo eco” con sus propias concepciones sobre la salud y prioridades en el cuidado. La curiosidad y disposición a probar medicinas alternativas, la llevaron un par de años más tarde a realizar una consulta médica ayurvédica en Buenos Aires –tanto su profesora de yoga como conocidos hicieron las referencias de distintos médicos locales. Si bien acudió a una consulta por un problema de salud (herpes en un ojo) buscando evitar un tratamiento con drogas alopáticas para prevenir nuevos episodios, también lo hizo por interés en seguir profundizando en el Ayurveda y satisfacer sus expectativas respecto de la naturaleza y el alcance de una consulta médica. Es importante el contraste que E19 remarca entre el estilo de práctica de los médicos Ayurveda en India (muy corta, con orientación curativa y limitada a la prescripción de medicación) y la consulta ayurvédica vernácula, que comparte rasgos con los intercambios observados en otros países occidentales (extensa, con contenido didáctico respecto de los principios que rigen el Ayurveda, donde se prioriza la comunicación verbal médico-paciente, y el diagnóstico *dóshico*)¹¹. En su trabajo etnográfico con médicos ayurvédicos en India, Langford (2002) justamente

destaca cómo los occidentales acuden a sus servicios buscando ser clasificados a partir de un biotipo específico, expectativa que está ausente entre los pacientes nativos. Anhelan, de este modo encontrar una “receta ayurvédica” como marco interpretativo de su individualidad y personalidad, búsqueda que refleja la presentación del Ayurveda en los libros de divulgación que lo describen como “*un sistema simple, elegante, y bien organizado*” y “*lo traducen a términos fácilmente asimilables para consumidores experimentados de medicinas holísticas*” (Langford 2002: 57-58). El relato de E19 acerca de su consulta en Buenos Aires ilustra claramente similares expectativas depositada en la medicina ayurvédica tras varias lecturas que realizó a partir de su viaje a India:

Tenía una buena excusa y se me ocurrió consultar a [la Dra 1] (...). Pero también era más que nada una curiosidad, y nunca había tenido como una consulta ayurvédica, y que lo que quise hacer en India, que no lo había podido hacer, era como eso, “a ver, contame un poco” [cómo es el Ayurveda]. Ella [la Dra 1] me explicó todo, y cómo era mi conformación, y cómo funcionaba el Ayurveda y demás (E19).

Como veremos a continuación, una vez realizada la consulta médica en Buenos Aires, la red social, profesional y comercial del Ayurveda es clave para sostener la práctica. La consulta médica si bien es central, es sólo un eslabón de la red de especialistas, servicios, y productos que facilitan la práctica centrada en el autocuidado y el estilo de vida. En el diagrama 1 (abajo) reconstruimos la red a partir de nodos que la componen y que identificamos siguiendo las experiencias de los entrevistados.

Diagrama 1: Nodos en la red social, profesional y



El diagrama muestra que la consulta médica no es el eslabón final de una cadena, sino un nodo que permite circular por y reproducir la red. Vimos que los pacientes llegan al médico porque ellos mismos son parte del circuito de las terapias alternativas, o vía sugerencias de sus parejas, amigos, familiares, colegas y compañeros de trabajo; por recomendaciones de otros especialistas de la red; por el interés que despierta el Ayurveda tras un viaje a la India; y por la mediación de revistas sobre terapias y medicinas alternativas, así como conferencias y charlas de divulgación. Pero, a su vez, el médico conecta al paciente con varios nodos o componentes de la red. Suelen entregarles a sus pacientes listados de terapeutas y proveedores de productos del circuito ayurvédico, que incluyen dietéticas, preparadores de viandas, restaurantes, masajistas, instructores de yoga y de meditación, nutricionistas, etc., y asesorarlos con

lecturas para profundizar la práctica (Freidin, Ballesteros, Espigares 2011). Incluso algunos médicos dan charlas grupales sobre alimentación para sus pacientes, o trabajan en centros integrativos multidisciplinarios donde brindar un asesoramiento integral e interdisciplinario para la práctica del Ayurveda (Freidin, 2010). Varios médicos tienen sus *websites* o *blogs*, y/o han escrito libros sobre el Ayurveda y los comparten con sus pacientes (o recomiendan publicaciones de colegas) como parte de la tarea instructiva y de socialización en la disciplina. Por otro lado, además de auspiciar los servicios y conectar a sus pacientes con los distintos especialistas, brindan información sobre los sitios para comprar productos específicos, y asesoran a sus pacientes que viajan a la India, o a otros países, sobre tratamientos especializados y dónde pueden realizarlos, así como sobre productos medicinales que pueden adquirir en el exterior. Estas experiencias se enmarcan en el turismo médico global o transnacional (Kangas, 2010), en el que la India se promociona como un destino privilegiado para incursionar en tratamientos milenarios, y ayurvédicos en particular.

En dietéticas, *deliveries* y restaurantes del circuito de la alimentación saludable se consiguen los alimentos y menús compatibles con las rutinas ayurvédicas, así como viandas para llevar al trabajo o utilizar en el hogar. Se destacan algunos comercios en el “Barrio Chino” en el bajo Belgrano, así como dietéticas especializadas en productos ayurvédicos pertenecientes a la comunidad india, donde pueden obtenerse variedades de vegetales, legumbres, semillas, frutas, especias y productos importados que no se comercializan en el circuito masivo. En algunas dietéticas se brindan además cursos y charlas sobre alimentación ayurvédica, se vende literatura especializada,

y se difunden a especialistas que publicitan allí sus servicios vía volantes y folletos. Por ejemplo, E7 nos cuenta que la Dra 1 le había recomendado practicar meditación y le dio información sobre cursos e instructores, pero que él decidió concurrir a otro más barato y cerca de su casa, a partir de una publicidad que encontró en una dietética.

Con familiares, amigos y colegas se intercambian experiencias e información sobre la práctica, los especialistas y los lugares donde conseguir los alimentos y productos requeridos en la dieta, y se recomiendan, regalan, y prestan literatura. Además, cuando algún miembro de la red tiene la posibilidad de viajar a la India, éste se constituye en una fuente de provisión de medicación y otros productos ayurvédicos que no se consiguen en el país (aceites para el cuerpo, libros, productos de higiene personal, etc.). E9 nos cuenta, por ejemplo, que regresó con “*quince kilos de medicación*” luego de un viaje en el que realizó un tratamiento especializado en una clínica ayurvédica. La medicación era para su consumo personal, pero también para distintos integrantes de su familia, incluyendo a sus padres, hermanas y sobrinos. Por su parte, E18 aprovecha los viajes de amigos a la India para proveerse de artículos de higiene personal de laboratorios ayurvédicos, ya que los considera muy superiores a los productos nacionales estándar del mercado local, “*es increíble, es mucha diferencia bañarse con eso, cepillarse los dientes, es otra cosa*” (E18). En este sentido, el componente transnacional de la red social facilita el acceso a productos y el intercambio de experiencias terapéuticas no disponibles en el país. Además de la India, existen otros países donde los productos ayurvédicos son más accesibles, por lo que es común que los seguidores o

sus familiares los adquieran cuando tienen la posibilidad de dirigirse a esos destinos. Por ejemplo, E5 compró en Estados Unidos medicamentos ayurvédicos indicados por Dra 1, aprovechando un viaje para realizar prácticas espirituales; E17 le pidió a su tío que le trajera varios libros de California; y dos entrevistadas fueron a un spa ayurvédico en el sur de Brasil como parte de sus experiencias terapéuticas, tratándose de un destino promocionado en la red local del Ayurveda.

Entre los especialistas de la red ayurvédica existen recomendaciones cruzadas a través de vínculos personales y profesionales. Ya hemos mencionado que el yoga es una práctica “puente” hacia el Ayurveda, y que los médicos suelen sugerir en los planes terapéuticos la práctica de esta disciplina, además de los servicios de otros terapeutas. Tal es el caso de E11, masajista ayurvédica y profesora de yoga quien recibe pacientes recomendados por médicos que atendían en su centro de yoga, a la vez que ella refiere en ocasiones a sus alumnos y pacientes de masajes a una consulta médica con profesionales de su confianza. Además de mutuas referencias profesionales, en algunos centros de yoga muy conocidos se brinda información sobre la medicina Ayurveda en sus páginas de Internet y boletines institucionales. Por ejemplo, E6 accedió a este tipo de información complementaria a la que obtuvo tras la consulta médica, a través de la Fundación Indra Devi donde comenzó a tomar clases de yoga. En algunos centros de yoga también se venden productos ayurvédicos (por ejemplo, *churnas*, que son mezclas de especias que habitualmente se comercializan en las dietéticas especializadas en Ayurveda). Si bien los especialistas de la red (masajistas, nutricionistas e instructores de meditación

y yoga), brindan tratamientos especializados que generalmente complementan las indicaciones del médico, puede suceder que sus visiones y opiniones difieran de las de aquel, siendo en algunos casos una segunda opinión especializada para orientar la práctica de los entrevistados.

También tienen un papel destacado para sostener la práctica, los libros sobre Ayurveda, la información posteada en Internet en portales de terapias holísticas, y los videos sobre Ayurveda en India. Los entrevistados recurren a estos materiales previo a la consulta médica para tener información de antemano sobre una medicina que generalmente desconocen, y una vez realizada la misma, para chequear el diagnóstico ayurvédico recibido, o para profundizar en el conocimiento de la disciplina y guiar la propia práctica. Los libros ofrecen una introducción a los principios básicos del Ayurveda y sus fundamentos filosóficos, e incluyen guías prácticas para el autocuidado en esta tradición médica (orientación sobre dietas y hábitos alimentarios, la preparación de remedios herbales, recetas de comidas, técnicas de automasaje y de meditación, y ejercicios de yoga) (Freidin, 2010; ver también Langford, 2002; y Smith y Wujastyck, 2008). Algunos libros extranjeros de divulgación del Ayurveda de gran impacto local, especialmente los escritos por Deepak Chopra, han sido muy influyentes entre las especialistas que entrevistamos quienes reconocen estas lecturas como iniciáticas en su interés por la disciplina.

Sintetizando lo desarrollado en este capítulo, y en consonancia con lo que indica la literatura sobre la influencia de las redes sociales en la utilización de medicinas no convencionales, la red

social de los seguidores del Ayurveda juega un rol fundamental en el contacto inicial con la disciplina, en la decisión de realizar una consulta médica, y en el sostenimiento de los planes terapéuticos. Al incluir un conjunto de prácticas de cuidado que difieren en gran parte de lo culturalmente dominante en nuestro medio, el seguimiento del Ayurveda requiere la familiarización con y el acceso a una variedad de actividades, productos, y especialistas del circuito alternativo vinculado directa o indirectamente con el Ayurveda. Según su capacidad de consumo y disposición a recurrir a dichos servicios especializados y productos, así como por la accesibilidad territorial, los seguidores circulan de manera diferencial por este circuito comercial y profesional alternativo que se encuentra en expansión, y que involucra la interacción y un mecanismo cruzado de referencias entre diversos especialistas de la red. Dichos especialistas son una fuente importante de información y consejos, junto con la guía y orientación que provee el médico ayurvédico y el intercambio de experiencias que se entabla con otros seguidores de las redes sociales. A ello se agrega el acceso diferencial a productos extranjeros y experiencias terapéuticas en el exterior entre aquellos que pueden costear viajes a la India y otros destinos internacionales, y/o cuentan con conocidos que viajan y les proveen productos importados. Asimismo, los libros, revistas especializadas, la prensa, y la información e imágenes que se diseminan sobre el Ayurveda en Internet contribuyen a acercar este enfoque médico foráneo a la vida cotidiana de sus seguidores locales, proporcionando marcos interpretativos y soportes prácticos para guiar sus prácticas.

CAPITULO 3

LAS MODALIDADES DE SEGUIMIENTO DEL AYURVEDA

A lo largo de este capítulo veremos que los entrevistados incorporaron el Ayurveda como modalidad de cuidado de la salud de distintas maneras, depositando diversas expectativas en el enfoque terapéutico, y atribuyéndole variados significados y alcance a su práctica. En esta diversidad de prácticas y significados, entran en juego las circunstancias biográficas que facilitan o limitan la modificación de hábitos o la continuidad con rutinas “saludables” previas, la disposición a incorporar nuevos aprendizajes y prácticas para el cuidado personal, los beneficios percibidos de los planes terapéuticos ayurvédicos, el vínculo terapéutico que se construye con el especialista, y la afinidad cultural con medicinas alternativas que enfatizan el autocuidado holístico, o como Sharma (1994) lo plantea, representan modalidades de “holismo radical” (*strong holism*). Siguiendo a esta autora, el holismo radical modifica la ecuación de responsabilidad terapéutica –en contraste con el vínculo paternalista tradicional en la interacción médico-paciente—a favor de facilitar un proceso progresivo de autoconocimiento y responsabilidad personal en el cuidado (Sharma 1994:88).

En el marco de nuestro estudio, la afinidad cultural con estos ideales y prácticas de cuidado se construye a partir de la sedimentación de experiencias previas y paralelas con otras medicinas alternativas, regímenes alimentarios no convencionales que integran el principio de la alimentación como fuente de salud integral afines a la propuesta del Ayurveda,

prácticas de trabajo corporal que conducen a cultivar la conciencia propioceptiva, y/o por el entrenamiento profesional de los entrevistados en dichas medicinas y prácticas¹². Los beneficios para la salud experimentados con el Ayurveda, junto con las circunstancias biográficas, los *stocks* de conocimientos o capital cultural de cuidado holístico (Sointu, 2012), y las trayectorias de cuidado moldean la *estabilidad* o continuidad (y la discontinuidad) de su seguimiento, su *modalidad*, más o menos inclusiva de diversas esferas de la vida cotidiana, y el interés por profundizar en sus principios teórico-filosóficos como marco interpretativo que da coherencia al enfoque terapéutico y significado a la propia práctica.

En este capítulo damos cuenta de la variedad de seguidores del Ayurveda considerando este entramado de circunstancias, ideales y expectativas, conocimientos, aprendizajes y experiencias que dan lugar a distintas modalidades de incursión en esta medicina. Debido a la fluidez y dinamismo de dichas modalidades, la diferenciación que trazaremos no busca delinear una tipología de pacientes-seguidores sino más bien captar la diversidad de formas de acercamiento, adopción y eventualmente distanciamiento del Ayurveda como práctica de cuidado de la salud.

1. La práctica limitada del Ayurveda: la “dieta ayurvédica” y el desinterés

¹² La conciencia propioceptiva refiere a la conexión con el cuerpo “desde adentro” que difiere de la percepción de cualquier otro objeto externo. En este sentido, la propiocepción refleja el modo intuitivo de conexión entre el cuerpo y el *self* (Eilan et al., 1998). Para Csordas (2010 [1993]), la atención al propio cuerpo es una dimensión de los modos somáticos de relacionarse con uno mismo y el entorno.

por los fundamentos del enfoque terapéutico

Algunas entrevistadas adoptaron la medicina Ayurveda de una manera muy limitada, como una práctica de cuidado de la salud centrada básicamente en la alimentación personalizada y complementada con medicación natural, que les permitió tratar con alta eficacia un problema de salud crónico para el cual no habían encontrado una solución satisfactoria con los tratamientos biomédicos disponibles, o bien superar el malestar psicofísico asociado con la transición a la menopausia. Se trata de tres mujeres sin experiencia personal en el uso de medicinas alternativas, o que recurrieron a ellas de manera puntual y sin éxito por otros padecimientos, y cuyo acercamiento al Ayurveda estuvo mediado por amigas y compañeras de trabajo que eran pacientes entusiastas del médico Ayurveda recomendado. No pertenecen al circuito de las terapias alternativas y las medicinas holísticas por su actividad profesional, ni tenían familiaridad con prácticas de cuidado mente-cuerpo, tales como el yoga y otras disciplinas orientales u occidentales que en el contexto local facilitan el ingreso al circuito ayurvédico. Orienta su búsqueda de alternativas a la biomedicina la expectativa de encontrar una medicina efectiva de largo plazo, superadora del enfoque sintomático convencional, que no tenga efectos secundarios y que no esté mediado por tecnología diagnóstica invasiva considerada innecesaria por las entrevistadas para su condición de salud. En este sentido, el acercamiento inicial al Ayurveda es fundamentalmente *curativo*, y la expectativa que moviliza la consulta es alcanzar eficacia puntual para el malestar en cuestión. Así, E2 y E15 decidieron hacer una consulta ayurvédica tras años de padecer trastornos gastrointestinales

que consideraban tenían un componente psicósomático, y para los cuales la biomedicina ofrecía diagnósticos inciertos, tratamientos farmacológicos paliativos y tecnología diagnóstica invasiva. E2, una mujer de 45 años que padeció de trastornos digestivos por siete años, relata su experiencia con los médicos convencionales y su apuesta al Ayurveda:

Yo empecé con la medicina Ayurveda hará aproximadamente tres años, a partir de una amiga. Yo había consultado distintos médicos gastroenterólogos por disfunciones gastrointestinales (...) me hicieron un estudio que es previo a la endoscopia, que me lo hice, y cuando me dijeron endoscopia dije no, (...) no quería someterme a estudios invasivos (...) no estaba tan mal como para pensar que tenía algo tan grave como para someterme a ese estudio espantoso que te meten un tubo hasta la panza. Entonces, había tomado distintas medicaciones y demás, y como yo somatizo mucho, yo pensaba que tenía que ver con una cuestión de somatización (...). Había determinados alimentos que me caían mal, estaba siempre muy inflamada, con dolores en distintas partes de la zona abdominal, y no había manera, digamos, consultara donde consultaba, no había solución (...) Algunos me decían colon irritable, otros decían que era alguna disfunción en la digestión, otros que era por la hernia hiatal (...) Así que bueno, una amiga había empezado a hacer medicina Ayurveda, por otros motivos, porque es algo integral, y estaba perfecta, le iba genial (E2).

Si bien su amiga le había transmitido su entusiasmo y testimonio de eficacia con el Ayurveda, ella había realizado la primera consulta sin demasiada convicción sobre un enfoque médico que desconocía, *“no le había puesto mucha ficha y resultó”*. Con cambios en la alimentación orientados a equilibrar su *dosha* y con la medicación homeopática indicada por Dr 2

logró regular su trastorno digestivo y no experimentar nuevos episodios de dolor, algunos de ellos muy agudos, lo que la llevó a corroborar que efectivamente el tratamiento ayurvédico había resultado beneficioso en un tiempo de prueba razonable. E15 relata una experiencia similar de un padecimiento crónico, comparte la concepción de su etiología, y también resalta la eficacia del tratamiento ayurvédico en un muy corto plazo, el que había iniciado hacía aproximadamente un año. Con un trabajo de tiempo completo muy estresante como docente en educación media, su apuesta al Ayurveda coincidió con la transición hacia la jubilación, a los 58 años. Sin experiencia previa en el uso de medicinas alternativas, E15 enfatiza el elemento de “creencia” para apostar a una racionalidad diferente al no tratarse de una “*medicina convencional*”, aun cuando el especialista al que consultó en Ayurveda tenga formación en alopátia. Al igual que E2, tiene una visión crítica de la farmacolización de trastornos de salud crónicos para los cuales es posible intentar soluciones más naturales y efectivas en el largo plazo, y contrapone las respuestas paliativas de la biomedicina con los beneficios del tratamiento ayurvédico que apunta a la causa de los desequilibrios que se manifiestan como patologías o síntomas en el cuerpo. En su caso, el Dr6 le indicó ajustes en la alimentación, actividad física, masajes, y un preparado fitoterápico, “*dio en la tecla con lo que yo tenía específicamente*”— comenta E15, quién además describe con mucho detalle la buena impresión que se llevó del médico y del enfoque terapéutico personalizado:

Me pintó de cuerpo entero cómo era yo (...) dio en la tecla porque me dio una medicación aparte de un montón de sugerencias en cuanto a mi alimentación, me dio una medicación que era específicamente para mi sistema

digestivo, porque yo somatizo los nervios, o somatizaba en ese momento en mi colon, entonces eran unos dolores espantosos (...) Te voy a ser sincera Betina, yo desde que voy a lo de [Dr 6]...yo no supe más lo que es un dolor intestinal.

E3 decidió hacer una consulta ayurvédica no por un padecimiento crónico sino por los severos trastornos psicofísicos que sufrió durante la transición hacia la menopausia, hace unos años atrás. Sin previa experiencia en el uso de medicinas alternativas ni idea alguna acerca del Ayurveda, el acercamiento a esta medicina se debió a la insistencia de una amiga que se atendía con el Dr2: *“Me sentó un día que me vio muy mal y me dijo vos tenés que ir a ver a [Dr2, y] me explicó un poco lo que era la medicina Ayurveda”*. Su disposición para hacerlo también expresa la resistencia a los tratamientos convencionales, en su caso evitar el uso de terapias de reemplazo hormonal con un alto riesgo de efectos adversos muy serios (entre ellos, desarrollar cáncer de mama)¹³. Es interesante que si bien la apuesta a una medicina alternativa fue viabilizada y sostenida por su red social—varias amigas de su círculo más íntimo se trataban con Dr2— la búsqueda de terapias alternativas estuvo consensuada con la ginecóloga, circunstancia que también colaboró en la decisión de cruzar la frontera hacia una medicina no convencional. Incluso con ella intentaron previamente otras terapias alternativas a las hormonales (con derivados de la soja) que resultaron poco exitosas, y posteriormente evaluaron positivamente los beneficios del Ayurveda para dicha transición

13 Stults y Conrad (2010) utilizan el concepto de “*risk scares*” en su análisis del proceso de medicalización de la menopausia a través del uso de terapias de reemplazo hormonal. Refiere al temor público que se genera cuando se divulgan los riesgos y efectos secundarios de tratamientos que son objeto de controversias en la comunidad biomédica.

vital:

E3: Las terapias de reemplazo son terapias muy peligrosas, porque eh, estás muy expuesta a tener cáncer de mama; (...) yo no la quise hacer; mi ginecóloga, no me la dio, fue una decisión mía también, fue una decisión consensuada entre la ginecóloga y yo, digamos.

B: ¿De no tomar las hormonas?

E3: De no tomar las de reemplazo, que son efectivísimas pero tienen riesgo, hay ginecólogas que de una te las dan, de una te las dan, yo tengo amigas, y sin embargo yo había tenido algunos quistes que me habían sacado de las mamas, o sea que tenía, yo ya había antecedentes todos benignos, digamos pero no me iba a arriesgar a algo así (...)

B: ¿Y vos le comentaste a tu ginecóloga que estabas haciendo ese tratamiento [Ayurveda]?

E3: Sí, y se interesó mucho, hasta me pidió el teléfono, sí; lo que a mí me había dado la ginecóloga para que me bajaran un poco los calores es Isoflavonas de soja, que en realidad está comprobado que las orientales no sufren el calor por el consumo de soja que tienen, pero no... es como querer calmar un dolor muy fuerte con una Aspirineta, a mí por lo menos no me dio resultado.

En su caso el tratamiento ayurvédico consistió en cambios en la alimentación y medicación homeopática. Una vez superados los malestares de la menopausia (cambios repentinos del ánimo, calor corporal, y aumento considerable de peso), E3 adoptó el Ayurveda ya no como un “tratamiento” sino como una “dieta” alternativa personalizada para mantener su peso controlado, y discontinuó la consultas con el Dr2 tras un período de dos años de visitas regulares. Sin embargo, lo consultó por e-mail por problemas puntuales de salud para evitar el uso de fármacos, tales como dolores musculares que solucionó

con medicación sintomática homeopática (árnica), y continuó utilizando fitoterápicos de libre venta indicados por el Dr2 para otros trastornos menores. Pese a las restricciones de la dieta ayurvédica y a las dificultades que tuvo al inicio para seguirla de manera estricta, además de aprender a incorporar elementos básicos con los que no estaba familiarizada, con el tiempo logró adoptarla como “forma de vida”. Es más, habiendo probado numerosas dietas convencionales, E3 considera la “dieta ayurvédica” como más conveniente que aquellas. Sus ventajas radican en ser personalizada, no focalizarse tanto en cantidades sino en la calidad de los alimentos y su combinación, y poder incluir algunos vedados en las dietas convencionales: “*A mí lo que me solucionó la vida este hombre es que me permitía comer de lo que estaba permitido comer la cantidad que yo quisiera*” (E3)¹⁴.

La eficacia de la “dieta ayurvédica” personalizada fue tal que las entrevistadas circularon información sobre el especialista y la dieta en cuestión en su red de conocidos y familiares; así, E3 recomendó al Dr 2 a sus amigas, “*dispuestas a dejar los hidratos*”, y a su marido, quien controló con éxito no sólo el peso sino también trastornos metabólicos (valores altos de colesterol y triglicéridos en sangre). E2, por su parte, además de recomendar el Ayurveda a sus allegados para diversos problemas

14 Es importante remarcar que a diferencia de otros médicos argentinos que practican Ayurveda, el Dr2 –tal como lo describen tanto E2 como E3 a partir de intercambiar experiencias con conocidos que consultan a otros especialistas – no parece ser un médico típico del circuito ayurvédico local, al no sugerir a sus pacientes una dieta dentro de las variantes del vegetarianismo. Igualmente llamativo es la estructura de la “dieta ayurvédica” que según las entrevistadas organizada en etapas similares a aquellas para disminuir de peso, con un período inicial de restricciones alimentarias muy demandante que luego concluye con un día permitido en la semana para “salirse” de la dieta.

de salud, “pasó” su dieta orientada a equilibrar un problema gastrointestinal a conocidos que querían adelgazar, aún sabiendo que estaba transgrediendo un principio básico ayurvédico, la personalización de los planes terapéuticos: *“hay cosas que yo no tengo idea si vos podés comerlas o no podés comerlas pero más o menos con este tipo de cosas adelgazás seguro”*, afirmó para justificarse.

Entre nuestros entrevistados, sin embargo, sólo E20 consultó con un especialista en Ayurveda para bajar de peso alentada por una amiga que había experimentado resultados contundentes. Para el resto, equilibrar el peso fue un *plus* del plan terapéutico (tanto perder como aumentar de peso, según el desequilibrio personal). También con escepticismo hacia las medicinas alternativas, E20 hacía sólo un mes que había realizado la primera consulta ayurvédica cuando la entrevistamos. Es interesante remarcar que pese a la cercanía temporal de la experiencia, ella no recordaba si llegó a la consulta sabiendo que la médica (la Dra 8) era especialista en Ayurveda, aunque sí que sus tratamientos para adelgazar eran “diferentes” a los de los nutricionistas convencionales y que tenía formación en homeopatía. Adentrada la entrevista, sin embargo, recordó que en el transcurso de la consulta médica, en la instancia de identificar su constitución psicofísica, ella ya había leído algo sobre el Ayurveda en Internet y que su amiga también la había instruido al respecto. Lo que deja ver su relato es que lo que motivó a E20 a realizar la consulta, habiendo ella probado previamente numerosas dietas con distintos nutricionistas, fue la expectativa de encontrar un plan alimentario eficaz para adelgazar independientemente del enfoque terapéutico en el que

se inscribiera. Si bien ella se autopresenta como una persona muy “racional” y escéptica de las medicinas alternativas, trataba a su hijo de seis años con un pediatra homeópata desde que era bebé —de manera complementaria con el pediatra convencional —y había corroborado la eficacia preventiva del tratamiento homeopático para su hijo. Saber que la Dra 8 era homeópata le dio un marco de credibilidad para incursionar en el mundo de las dietas alternativas holísticas:

No empecé directamente porque quisiera empezar con medicina Ayurveda, sino porque yo justo tengo una amiga que también está yendo a ver a [la Dra 8], se está atendiendo con ella; y principalmente el tema era porque es nutricionista y era para adelgazar. (...) Cuando me pasa finalmente los datos, ahí me dice “ojo, pero fijate que es particular, no es que vas a cualquier nutricionista por ahí de las que fuiste, capaz que no te cierra, porque es homeópata”, qué sé yo, bueno. Y no me acuerdo si en ese momento me aclaró, así que en realidad no te puedo decir que lo elegí sabiendo... creo que me aclaró unas horas antes, yo digo bueno, está bien; cuando me dijo que era homeópata, mi hijo sí va a una homeópata desde que es bebé, entonces dije bueno, me quedé tranquila. Así que bueno, no fue elección. (...) Dije bueno, vamos a hacer un intento más, a ver si... viste que a veces hay personas que te contagian de una manera especial por ahí dije, bueno, vamos. Y bueno, y así fui. (...). El estilo de ella es muy... como diría más de homeópata, el tipo de entrevista, preguntándote acerca de tu estilo de personalidad, un poco cómo sos vos. Después me explicó un poco también los estilos de personalidades según el Ayurveda, cómo los clasifica; yo a esa altura obviamente, ¿no? me podía identificar en cualquiera, algo había leído, mi amiga me había dicho algo y yo algo había leído por Internet (E20).

A diferencia de las entrevistadas que con el tiempo devinieron seguidoras estables del Ayurveda, E20 se encontraba en

un período cauteloso de prueba de la “dieta ayurvédica”, complementada con medicación homeopática y sugerencias de práctica del yoga y la meditación, actividades que aun no había iniciado y dieta que había seguido con algunas dificultades por su ritmo de trabajo (empleada jerárquica full-time en una empresa multinacional en el microcentro porteño viviendo ella en el conurbano), limitaciones en el uso del tiempo personal (madre separada con un hijo pequeño), los costos y localización de algunos productos, y sus propios criterios de prácticas alimentarias razonables y viables en el marco de su vida cotidiana y familiar (profundizaremos sobre cuestiones de flexibilización y balance entre demandas y preferencias en conflicto en el capítulo 4). A ello se agrega su decisión de no “fanatizarse” al incursionar en nuevas prácticas alimentarias y de cuidado de la salud, sino de iniciarse en ellas de manera moderada y eventualmente progresiva en intensidad y profundidad. Es interesante, en este sentido, observar cómo contrasta su *experimentación prudente* con el Ayurveda con la modalidad de *seguidora entusiasta* de su amiga, que había hecho la primera consulta unos meses antes que ella:

Una característica mía a diferencia de mi amiga es que yo soy bastante cuidadosa de no ponerme fanática con algo (...) yo no soy de las que... viste enseguida... no salí a la Casa China [dietética ubicada en el Barrio Chino recomendada por la Dra 8] ya al día siguiente, o lo mismo con el yoga; yo voy moderadamente. (...) Mi amiga re-entusiasta, por ejemplo, me decía ella ya enseguida “sí, es buenísimo”, cambió su forma de alimentarse, qué sé yo, y me decía que se levantaba a la mañana y preparaba, no sé, por ejemplo mucho... como un termo para tomar té todo el día, y yo digo a mí no me dijo eso, se ve porque captó que yo en la oficina no iba a estar con

el termo todo el día (E20).

1.1. El aprendizaje para el autocuidado y el interés limitado en la teoría ayurvédica

A diferencia de E20, las anteriores entrevistadas tienen una considerable trayectoria como pacientes-seguidoras del Ayurveda (entre un año y cinco). La estabilidad de la práctica y la continuidad de las consultas con el especialista (con excepción de E3 que una vez superados los malestares de la menopausia discontinuó las visitas en consultorio) se vio facilitada por la precisión del diagnóstico ayurvédico, la eficacia de los planes terapéuticos para tratar su condición de salud y/o mantener el peso, el buen vínculo terapéutico entablado con el especialista, y la facilidad alcanzada con el tiempo para incorporar la “dieta ayurvédica” a su ritmo de vida cotidiano (con las “flexibilizaciones” pertinentes como veremos más adelante). Por un lado, estas seguidoras estables del Ayurveda, destacan el contenido humanístico del vínculo y el lazo de confianza construido con el especialista, su capacidad de escucha y paciencia para explicar las nociones básicas del Ayurveda, lo que redundaba en su disponibilidad de tiempo para con cada paciente. E3, por ejemplo, comenta sobre el Dr 2: *“El te dedica todo el tiempo del mundo, por eso tenés que esperar 20 horas cada vez que vas, porque vos sabés cuando entrás pero no sabés cuándo salís, él te contesta todo, se toma todo el tiempo del mundo, te hace 14 millones de preguntas”*. Esta disponibilidad traspasa el espacio físico y marco temporal de la visita en el consultorio, ya que la consulta ayurvédica se caracteriza por extenderse por fuera de estas coordenadas, a través de la interacción por

e-mail y las llamadas telefónicas. Para E15, incluso, la consulta ayurvédica se constituyó en un espacio terapéutico alternativo a la psicoterapia convencional, de la que descreo y en la que nunca incursionó, en el que el médico es visto como un “consejero” que, sin adentrarse en los planos de la psicología profunda, facilita no obstante herramientas para cultivar el auto-conocimiento a través de la introspección y la auto-observación, favoreciendo el crecimiento personal¹⁵. Si para E2 y E3 el beneficio “secundario” del Ayurveda fue básicamente regular el peso, para E15 lo fue el logro de equilibrio emocional, descubriendo de este modo el carácter holístico del tratamiento y del vínculo terapéutico:

E15: El doctor habla mucho con vos, te habla mucho, te contiene, es... sí, esa es la palabra, te contiene (...). Y aparte me transmite como serenidad, entonces me encanta, cuando voy a verlo realmente lo disfruto, porque me transmite serenidad.

B- ¿Y además de esto de que se te fue el dolor [intestinal], sentiste algún otro tipo de cambio benéfico, digamos?

E- Sí, yo lo que siento es como que estoy más tranquilo, viste, como que todo me resbala y que le tengo que dar la importancia a las cosas que se merecen. Entonces eso para mí influyó.

B- ¿Vos decís por estos cambios que empezaste a hacer?

E- Por estos cambios, por conversaciones que tengo con él, viste, y que a veces vos no sabés si hacés bien o mal, si por ahí decís bueno, me estoy desapegando a determinada cosa o no, o soy egoísta o no, viste. Yo creo que estoy en paz, esa es la palabra.

15 Varios autores han señalado el proceso de “psicologización” de las medicinas orientales en occidente como un elemento distintivo en el proceso de su aculturación. Así Barnes (1998) refiere a la psicologización de prácticas de la medicina China cuando se las reinterpreta a partir de nociones psicoanalíticas, y Reddy (2002) y Frank y Stollberg (2002) lo documentan respecto del Ayurveda.

B- O sea que hablan de la vida.

E- Hablamos de todo, hablamos de todo con [Dr 6], hablamos de todo. (...).Yo me quedaría horas hablando con él.

Una característica que distingue a este grupo de seguidoras estables es su interés limitado por profundizar en los fundamentos teórico-filosóficos del Ayurveda como enfoque médico y como práctica de autocuidado, además del carácter relativamente restringido de su práctica en el contexto local de lo que se construye como “estilo de vida ayurvédico”, como veremos en la próxima sección. Su interés en el Ayurveda es eminentemente práctico, y está sustentado en la eficacia puntual de los tratamientos, y en el reconocimiento de sus beneficios “secundarios” a lo largo del tiempo.

Esta modalidad de seguimiento del Ayurveda se encuadra en lo que Quah (2008) denomina *aculturación pragmática*, como una dinámica más general de utilización y apropiación de diversas medicinas alternativas. La aculturación pragmática es un concepto que busca dar cuenta de cómo las personas cruzan las barreras de distintos mundos, paradigmas, o culturas médicas en la búsqueda de cura y alivio para sus padecimientos. Específicamente destaca que en este proceso se toman prestadas ideas, maneras de pensar y actuar de una cultura que no es la propia para resolver un problema particular, sin adoptar necesariamente el paradigma conceptual o la cosmología del sistema de sanación del que se toman elementos en préstamo (Quah 2008:419)¹⁶. Frank y Stollberg (2002), para el caso de

16 A una conclusión similar arriba Fadlon (2005: 124-125) aunque prefiriendo el término “domesticación” como hemos destacado en el capítulo

pacientes de Ayurveda en Alemania, observan que la mayoría de sus entrevistados desconocía los fundamentos de esta medicina milenaria al llegar a la primera consulta médica ayurvédica, y que no manifestaban interés por interiorizarse en ellos una vez iniciados los tratamientos, lo que soportaría el argumento a favor del pragmatismo. Si bien para Quah (2008), la aculturación pragmática sería la forma más generalizada de acercamiento a las medicinas alternativas, como vimos en el capítulo anterior, otros autores muestran un escenario más complejo de patrones de utilización y dinámicas culturales de apropiación/ localización –al igual que nuestro propio estudio– en el que dicha modalidad sería una posibilidad entre otras. Dicha variabilidad tiene en consideración la diversidad de usuarios y especialistas, la especificidad de la disciplina no convencional en cuestión, y el carácter dinámico de los itinerarios terapéuticos según las experiencias personales con diferentes medicinas alternativas, las circunstancias biográficas y las transiciones vitales que enmarcan las prácticas de cuidado de los sujetos.

Los relatos de las entrevistadas que denominamos seguidoras más acotadas del Ayurveda apoyan el argumento de Quah (2008), que remarca el pragmatismo en la incursión en prácticas de cuidado de la salud que pertenecen a otro medio sociocultural. Durante las entrevistas ellas dejan en claro que no les interesa profundizar en sus principios terapéuticos a través de un proceso de aprendizaje más autónomo, facilitado por lecturas de libros de divulgación y la circulación en el circuito local del Ayurveda. Su interés se limita a lecturas básicas sobre los *doshas* y los tests ayurvédicos disponibles en Internet para identificar el

anterior.

biotipo, y que sus conocidos les recomiendan como “confiables”. Realizan estas lecturas generalmente previamente a realizar la primera consulta, y con posterioridad para chequear la precisión diagnóstica del especialista, pero básicamente la información que recopilan se limita a lo que éste les transmite en el espacio de la consulta en consultorio o vía e-mail. De este modo, ellas articulan a lo largo de la entrevista lo que denominamos como un *desinterés activo* por profundizar en los principios teórico-filosóficos del Ayurveda:

Yo fui buscando una alternativa que me ayudara a mejorar esta cuestión gastrointestinal, pero no me interesa ser una estudiosa del tema ni encontrarle demasiada explicación a nada, ya bastante tengo una cabeza que no para con otras cuestiones como para encima buscarle la explicación a todo (E2).

Incluso E2 descartó de plano la posibilidad de asistir a charlas y encuentros organizados o recomendados por su médico ayurvédico tanto por falta de interés y familiaridad con el circuito de las terapias alternativas, como de disponibilidad de tiempo personal para hacerlo (trabajadora social con tres empleos part-time, separada y con dos hijos adolescentes):

E2: te manda él mails cuando hay alguna información, algún congreso, alguna publicación que a él le interesa que uno conozca. (...)

B: ¿Fuiste a alguna de las charlas?

E2: ¡No, no, para nada! (...) no, no es lo mío, no.

La experiencia de E15 con el Ayurveda sigue la misma pauta de interés limitado al tratamiento y sus beneficios, con

una orientación eminentemente pragmática e instrumental para aprender cómo implementar las prácticas cotidianas de autocuidado recomendadas, y comprender su racionalidad (dieta, horarios de las comidas y cantidades, medicación personalizada, y ejercicios físicos). Ella remarca su falta de afinidad personal con las medicinas alternativas, incluso cuando su entorno familiar lo propicie. En efecto, contrasta su caso con la disposición de su marido, a quien describe como conocedor y practicante de terapias alternativas, y como un “estudioso” del Ayurveda. Así cuando E15 le comentó que iba a hacer una consulta ayurvédica, fue su marido quien le sugirió la lectura de un libro sobre el tema. Ella lejos de entusiasmarse con la propuesta sólo se limitó a corroborar tras la consulta si su diagnóstico “*vatta*” era correcto: *“la verdad que...o sea, no es una cosa que me vuelva loca, te diría, y que me voy a pasar el día leyendo sobre eso; yo lo único que te digo: a mí me hizo muy bien”* (E15).

Como lo remarcamos, las seguidoras “pragmáticas” del Ayurveda adquieren competencias para el autocuidado modificando rutinas alimentarias e incorporando principios básicos del Ayurveda como un “*know-how*” práctico que se limita a poder implementar los planes terapéuticos en la vida cotidiana. Desarrollan con el tiempo una práctica de autocuidado preventivo y de autoregulación del problema de salud para el cual el tratamiento ayurvédico mostró ser eficaz:

Cada tanto lo voy a ver [al Dr2], pero ya no como al principio que iba todos los meses porque estaba haciendo un tratamiento. Yo ahora ya sé que si yo quiero regularizar mi situación gastrointestinal yo hago la dieta que él me

dio, más allá de no tomar ninguna gota [homeopática], y ando fenómeno. Básicamente es la dieta (...). Sé que si me excedo con las harinas y eso sí, yo sé que voy a volver a tener inflamación, alguna molestia, así una disfunción intestinal, pero emprolijo (sic), vuelvo... (...). Es un aprendizaje. (...) Ya sé cómo cuidarme, ya sé qué cosas me hacen mal, ya sé que hay determinadas cosas que no debo comer (E2).

Las costumbres culinarias y hábitos previos de comensalidad en el hogar les facilitaron en gran medida el ajuste de la dieta y el seguimiento de las rutinas sugeridas. Así E15 comenta que ella no comía carne vacuna previamente a iniciarse en el Ayurveda porque el marido se había convertido al vegetarianismo, y ella para simplificar la organización de las comidas lo había seguido en su decisión. Por su parte E2, aclara que en su hogar siempre siguieron una alimentación simple y sin excesos en productos y formas de elaboración poco saludables.

Sin embargo, el aprendizaje para el autocuidado conlleva redefiniciones acerca de los buenos o malos alimentos, o de los apropiados e inapropiados para su constitución psicofísica y desarreglos *dóshicos*, sobre los horarios adecuados de las comidas, y las cantidades para facilitar el proceso digestivo. Así, E3 recuerda que durante los trastornos de la menopausia debía evitar el tomate y el vinagre porque estimulan el *dosha pitta*, “*alimentos que son fríos como el tomate y el vinagre, al ingerirlos producen calor, más calor que el que tenés, me acuerdo de estas dos cosas: el tomate y el vinagre eran prohibidos*”, y E2, de constitución *vata-pitta*, también recuerda la sugerencia de evitar la pimienta porque es “*cálida*”.

En el contexto de la iniciación en el Ayurveda, la redefinición de los alimentos como saludables y no saludables incluye a los productos “light” promocionados por la industria alimentaria por sus beneficios para la salud, y al nicho en crecimiento de los alimentos funcionales — ambos dirigidos prioritariamente al público femenino—y que son resignificados en el dominio cultural del Ayurveda como artificiales y perjudiciales, en contraposición con los alimentos naturales y no procesados. E15 reproduce elocuentes diálogos con el Dr8 a partir de los cuales fue modificando nociones sobre la alimentación saludable y corrigiendo hábitos de consumo inapropiados:

E15: la primera vez que fui me dijo “relatame un día de tu vida”, entonces le digo, bueno, me levanto a las cinco y media de la mañana, voy a trabajar, desayuno, me voy a trabajar, no almuerzo. Entonces me dice ¿pero nada comés? Y no, barrita, una manzana. Me dice “¿en qué porcentaje más barrita que manzana?” Entonces le digo no, más barrita que manzana. “Lo peor que podés hacer para vos, lo peor, barrita, nada, nada industrializado” — me dijo. O sea que yo dejé de comer barritas... Yo te voy a decir lo que dejé de comer: barritas, yogur, queso light, mermeladas light. Me dijo, “fuera, descartá todo lo light” porque está industrializado. Entonces una vez le dije, me acuerdo, que le digo “ay, mirá, vos sabés que me tomé... qué rico que es el *Activia*”, le dije. Casi me mata, me dice, “no me digas que tomaste... no, no, vos no podés -me dijo-, no podés, por tus intestinos -dice- porque el *Activia* es laxante. Y bueno, nunca más (...). Por ahí le decía sí, hoy me comí un yogur. Está bien, ¿hecho por vos? No -le digo-, comprado. Bueno, nunca más, me dijo. O sea, él está en contra de todo lo que sea industrializado.

B: ¿Y la alternativa cuál es?

E15: Hacerlo. De hecho te comprás una yogurtera y te hacés el yogur (...). Y le ponés semillas, él me dijo ¿vos querés consumir semillas? Las semillas comprátelas aparte —dice—,

y cométe las sol as, o elaborá vos un yogur y mezclalas con ese yogur que vos hacés y cométe las, pero no compres adentro de una barrita o adentro de... Porque no es bueno.

B: O sea más natural.

E15: Más natural, es muy natural, sí, sí, es muy natural la comida.

Del mismo modo, E3, recuerda la insistencia del Dr2 en la necesidad de reducir los lácteos en general, eliminar los productos light, y evitar los alimentos funcionales (tales como *Actimel*) que ella y su hijo consumían diariamente, como parte del proceso de resocialización alimentaria desde los principios del Ayurveda en el que el especialista se convierte en un intermediario clave. “[son] cosas que recibís de la tele y te parecen que son así, y que él está totalmente en desacuerdo”¹⁷.

El encuentro con el Ayurveda, al ser una medicina holística, también refuerza la concepción psic somática de algunos trastornos crónicos que tenían las entrevistadas, como lo señalamos al comienzo de esta sección. E2, por ejemplo, resignificó el componente emocional de las preferencias alimentarias en el marco interpretativo ayurvédico que entiende ciertas tendencias como indicadores de la constitución psicofísica individual o *pakriti*: “Él [Dr2] me decía también que eso tenía que ver mucho con lo emocional también, el tema de las harinas, del chocolate, que tenía que ver con una estructura emocional determinada”.

17 Los alimentos funcionales o “*neutraceuticals*” fueron desarrollados en los ’90 como una combinación entre alimentos y medicamentos (en la forma de pastillas, polvos, o alimentos enriquecidos o fortificados, etc.). Constituyen en la actualidad una industria globalizada muy floreciente (Chen, 2009: 79-80; Guptill, Copelton y Lucal, 2012).

Otro principio que las entrevistadas incorporan a través de la experiencia personal y la de su red de amigos seguidores del Ayurveda, es que se trata de una medicina preventiva; así es que E3 se lamenta no haber llegado a una consulta antes de experimentar los trastornos de la menopausia, y que E2, con 45 años, planifica anticiparse a ellos con el tratamiento ayurvédico. Señalamos también que para algunas entrevistadas que se inician en el mundo de las medicinas holísticas a través del Ayurveda, éste representa además la posibilidad de experimentar un vínculo terapéutico que promueve la introspección y el autoconocimiento reflexivo por fuera del ámbito de la psicología convencional.

1.2. Trazando los límites del Ayurveda: la jerarquización de los recursos terapéuticos y las prácticas de complementariedad

En este marco de aprendizaje sobre los beneficios del Ayurveda, es llamativo que E2 si bien remarca el carácter integral del enfoque ayurvédico como medicina mente-cuerpo, lo descarte de plano para tratar su padecimiento de severos ataques de pánico por más de 15 años. Esta decisión se enmarca en pruebas anteriores con otras medicinas alternativas que resultaron fallidas, tras lo cual decidió continuar tratándolo con drogas alopáticas y terapia psicológica convencional, “*no quiero hacer más intentos porque pongo el cuerpo.*” A ello se suma su convicción de que el origen de los ataques de pánico es un desbalance químico con un componente hereditario sólo tratable con medicación alopática que aunque no previene los episodios permite controlarlos, y no presenta, en su caso, efectos adversos ni limita su funcionalidad en la vida cotidiana. El resultado de esta decisión basada en

las creencias, la experiencia con diferentes tratamientos, y el sufrimiento psicofísico experimentado en cada episodio es una “jerarquización” de recursos terapéuticos para distintas dolencias¹⁸. E2 es elocuente en la explicación de la conveniencia de la elección de la biomedicina para los ataques de pánico como primer recurso por su eficacia e “inocuidad”, aunque con el tiempo haya incorporado herramientas complementarias del yoga:

E2: Hay una disfunción química, que va más allá de cualquier historia de vida y de cualquier cuestión emocional, yo insisto en que hay una cuestión química. Aparte, digo, no es casual que varios miembros de mi familia paterna tengan la misma problemática, por consiguiente tiene que haber algo genético. (...)

B: ¿Y la medicación la tenés que tomar regularmente?

E2: Todos los días (...) No, no es preventiva, te saca los síntomas, o sea es una medicación... es una pastilla que recapta las serotoninas, o sea a mí se me desfasan las serotoninas, entonces esto te las mantiene niveladas. Cuando yo hago estos intentos de dejar la medicación –he intentado reemplazar por un tipo de medicación más natural, o no, o no tomar medicación- vuelvo a tener los síntomas, siempre agravados. O sea, más allá de que yo he tomado herramientas del yoga, de la respiración consciente, digamos, distintas... a partir de la terapia he trabajado muchas cosas. (...) Te digo que yo me resistía, por suerte salvo estas disfunciones gastrointestinales, que también yo creo que tienen que ver con la cuestión nerviosa, por suerte he tenido buena salud, digamos, y me resistía a tomar medicación hace algunos años; pero no, entendí que, bueno, si tengo que vivir con la

18 En la literatura antropológica el concepto de jerarquía de recursos alude a la lógica “lega” que siguen los sujetos en interacción al elegir opciones de tratamiento y atención para satisfacer sus necesidades de salud (Sharma 1996: 235, Kleinman 1980:93-94). El término fue acuñado por Romannucci-Ross (1977), según lo indicado por Pescosolido (1991:165).

pastillita viviré con la pastillita, lo acepté.

Igual lógica de jerarquización de recursos terapéuticos sigue E3 para distintas dolencias quien, sin la gravedad y el sufrimiento del caso de E2, toma psicofármacos para dormir desde hace años, y trata problemas osteo-musculares (hernias de disco) con traumatología y kinesiología, ya que los remedios homeopáticos recetados por el Dr2 le resultaron de poca utilidad. La actitud abierta del médico ayurvédico de apoyar las decisiones de los pacientes sobre la conveniencia y alcance de los diversos tratamientos refuerza el vínculo terapéutico, facilitando y validando el uso complementario de prácticas de cuidado. E2 comenta al respecto:

E2: Se lo comenté porque él te hace una entrevista tan exhaustiva que no podés no contárselo, exacto, sí, se lo conté, incluso él se ofreció a que si yo en algún momento quería, te lo deja a...

B: a tu criterio

E2: a criterio, exacto. Si yo en algún momento quería hacer tratamiento también, digamos, hace medicina integral, por consiguiente abarca también, pero yo no me animo

L: respetó tu decisión de hasta dónde llegar.

E2: sí, totalmente, sí, sí, totalmente.

En la jerarquización de recursos terapéuticos las entrevistadas hacen un uso complementario de la biomedicina y del Ayurveda, asignándole a esa última medicina un lugar reducido en sus prácticas de cuidado de salud. Salvo por las dolencias específicas a las que hicimos referencia anteriormente, ellas describen su estado de salud como muy bueno, recurren a la biomedicina para chequeos preventivos y para estudios diagnósticos, intentando evitar el uso de fármacos cuando la percepción

de riesgo de utilizarlos es mayor a los de sus beneficios y su eficacia discutible desde la experiencia personal. Incluso por su inserción laboral (E2, trabajadora social, y E3, empleada administrativa en una obra social), interactúan cotidianamente con médicos convencionales que les facilitan el acceso rápido a recetas y órdenes de estudios, favoreciendo sus prácticas de cuidado complementarias. E3 y E15 además cuentan en sus redes de cuidado con médicos convencionales (la ginecóloga y el médico clínico, respectivamente) que apoyan su decisión de recurrir al Ayurveda. Los especialistas en Ayurveda con los que han construido un vínculo de confianza, a su vez, respetan el criterio de las pacientes de hasta dónde avanzar con esta medicina, bien, ellos mismos, teniendo formación alopática, les sugieren la conveniencia de recurrir a la biomedicina como instancia diagnóstica o de tratamiento.

Siguiendo la distinción de Astin (1998) y Fadlon (2005) sobre las motivaciones para recurrir a medicinas alternativas, estas entrevistadas llegan al Ayurveda por una *insatisfacción limitada* con la biomedicina para tratar un problema específico de salud o malestar, y a su vez se embarcan en una práctica acotada del Ayurveda. Incursionan en el Ayurveda como *outsiders* del circuito alternativo, al no ser usuarias experimentadas ni tener formación especializada en alguna de ellas. Como vimos, E20 se distingue de este grupo de seguidoras estables por su reciente incursión en el Ayurveda y su motivación, bajar de peso. Es difícil aventurar su itinerario como seguidora, que dependerá de los beneficios específicos y más amplios que observe en el tiempo, del balance que realice de demandas en conflicto (invertir tiempo y dedicación en el autocuidado frente a las responsabilidades

familiares y laborales), y de su apertura para profundizar en una medicina no convencional, al acercarse a ella con cierta resistencia ideológica y desde una lógica de prueba cautelosa.

2. La práctica más inclusiva: construyendo el estilo de vida ayurvédico

En contraste con las entrevistadas que se involucraron en una práctica acotada del Ayurveda, la mayoría de las personas que entrevistamos entienden el seguimiento de este enfoque terapéutico de manera más inclusiva y abarcadora de distintas esferas de la vida cotidiana. A partir de esta concepción articulan a lo largo de la entrevista la noción de la práctica del Ayurveda como un estilo, camino o filosofía de vida orientada al cuidado holístico de la salud. El estilo de vida ayurvédico incluye los planos físico, emocional, mental y espiritual, y se cristaliza a través de la implementación de rutinas diarias y hábitos saludables que se aprenden y profundizan a lo largo del tiempo a través de la experimentación personal. Con considerable diversidad interna, como veremos, en cuanto a la posibilidad efectiva de implementar dicho estilo de vida en el contexto de sus realidades cotidianas, ven al Ayurveda como una práctica de cuidado orientada al autoconocimiento, destacando que se trata de una medicina de “conciencia” y que pone un especial énfasis en la responsabilidad individual en el cuidado holístico de la salud y en la prevención. Si bien la práctica central, y la atracción del enfoque terapéutico, sigue siendo la alimentación personalizada, el *estilo de vida ayurvédico* incluye además rutinas diarias de higiene y descanso, la práctica del yoga y otras disciplinas mente-cuerpo y espirituales, técnicas de meditación y respiración, automasaje, etc. que, según la

necesidades personales, complementan los tratamientos con medicamentos (medicación ayurvédica importada, remedios herbales de preparación casera, o elaborados en farmacias con receta magistral, remedios homeopáticos, Flores de Bach, y productos manufacturados fitoterápicos locales o importados). En palabras de E12, una profesora de yoga de 50 años:

Las herramientas son los hábitos... el Ayurveda es muy preventivo, y se fija en ... o sea, lo primero que te van a preguntar es cómo dormís, cómo comés, cómo vas al baño, limpiate la lengua, o sea todas cosas muy básicas. Y justamente esas cosas básicas son a las que nadie le presta mucha atención, o sea, vas, “me duele acá”, y ni contás que no dormís, por ejemplo, que dormís cuatro horas... que tenés insomnio. Entonces yendo a esas cosas básicas, desde ahí te van dando las herramientas, y depende de dónde tengas más la debilidad, te van a dar el remedio. Si está en el cuerpo más físico, bueno, tenés que dormir... lo primero, dormir, comer bien, eso primero; después práctica, qué práctica, bueno, si tenés tu cuerpo muy hecho pelota, bueno, tenés que moverte más, si tenés la cabeza muy hecha pelota tenés que meditar más quizás, ¿entendés?, o emocionalmente estás muy mal, o cantar, bueno, de acuerdo a la dimensión donde está más el desequilibrio, ahí va la herramienta del yoga que es tan inmensa, ahí está lo individualizado (...) no todo es bueno para todos (E12).

El estilo de vida ayurvédico se sostiene además de por las rutinas diarias de autocuidado mediante la circulación de sus seguidores por la red de especialistas, especialmente masajistas entrenados en técnicas ayurvédicas, y la utilización del nicho de productos y servicios ayurvédicos dentro de la red más amplia de productos naturales, la alimentación saludable, y los terapeutas alternativos. Como veremos, el uso de estos recursos varía según la capacidad adquisitiva del seguidor, sus

decisiones sobre consumo terapéutico frente a otras prioridades, la familiaridad diferencial con la red de especialistas, servicios y productos, e incluso objeciones ideológicas frente a rasgos elitistas, esnobistas, y de mercantilización de algunos nichos del circuito local de las terapias alternativas y la industria del bienestar o *wellness*. Debido a la localización de dicho circuito en determinados barrios porteños y áreas del conurbano, el lugar de residencia y de circulación cotidiana vinculado con las rutinas laborales, de estudio y/o ámbitos de sociabilidad también son factores que inciden en la capacidad diferencial de acceso a la red. Al circuito profesional y comercial que sostiene la práctica del Ayurveda, y el consumo de libros de divulgación, se suma la utilización de tratamientos médicos ayurvédicos no disponibles en el país.

Estos entrevistados se caracterizan por tener una gran afinidad con las medicinas holísticas por su práctica profesional o formación autodidacta, sus preferencias por las medicinas alternativas como opción de cuidado que se ven reflejadas en sus itinerarios terapéuticos previos, paralelos y posteriores al encuentro del Ayurveda (o bien, por estar cultivando interés y experiencia progresiva en ellas), por su interés en subculturas alimentarias vinculadas principalmente con el vegetarianismo, y por su familiaridad con distintos aspectos de la cultura y espiritualidad de la India. Suelen remarcar, en este sentido, la “*sincronización*”, “*sinergia*”, o resonancia entre los principios del Ayurveda y sus propias búsquedas y experiencias previas en el cuidado de la salud como motivación para incursionar en este sistema terapéutico. E8, música y astróloga de 32 años, con una amplia experiencia como usuaria de varias medicinas

alternativas, comenta al respecto:

Soy astróloga, y tenía un compañero francés, que en realidad fue muy sincrónico, porque [él] tenía una vecina que iba a una médica ayurvédica, y hablábamos mucho de temas más existenciales, entre comillas, o como se llame; y él me decía, “conocela, que es muy tu onda, que te va a gustar”, y bueno, la fui a conocer y me gustó, porque tenía muchas cosas que yo venía buscando y trayéndolas de varios lugares, yo encontré en el Ayurveda, tenía como... y ella sobre todo, cosas que venían desde cosas corporales, de cosas de arte, cosas de comida, cosas de... visiones de las enfermedades, muchas cosas sintéticas en una línea, eso me gustó (E8).

En esta modalidad de práctica más inclusiva ubicamos también a las dos especialistas en Ayurveda que entrevistamos (E11 y E17, de 31 y 29 años, respectivamente). Se trata de dos profesores de yoga que se iniciaron en el Ayurveda para el autocuidado a través de lecturas, motivadas por la complementariedad del Ayurveda con la práctica del yoga, la resonancia con sus elecciones alimentarias no tradicionales, y su preferencia por el cuidado de la salud holístico y preventivo, y que luego se especializaron en la disciplina a través de cursos en el país y el exterior. E11, relata su llegada al Ayurveda como una “cadena” de experiencias y prácticas corporales que fueron complementándose entre sí y acercándola a la cultura y espiritualidad de la India, y embarcándola en el camino hacia el autoconocimiento y el autocuidado:

Lo mío fue como una cadena, yo empecé haciendo danza desde chiquita, de ahí, digamos, empecé por el contacto con el cuerpo, desde la danza llegué al yoga, medio por casualidad por una cuestión física, digamos, en la danza yo

hacia algo de yoga como una entrada en calor, bueno, de ahí empecé a practicar yoga, del yoga llegué al Ayurveda; digamos, siempre me interesó la salud, el equilibrio integral, y bueno, a través del yoga, no me acuerdo cómo, me enteré que existía el Ayurveda [que] para mí buscan lo mismo, a través de diferentes caminos (...) En realidad el yoga es una forma de meditar a través del cuerpo, para mí es ir a un lugar adentro donde está todo bien siempre; es un contacto muy profundo, te hace bien a todo nivel, a nivel físico te hace sentir bien, y te hace conocerte mucho, ¿no? (...) El Ayurveda también es espiritual, también al restablecer ese equilibrio, los alimentos... el Ayurveda también apunta a calmar la mente, a mantener un estado de equilibrio integral, entonces el yoga a través del cuerpo, de respiración, el Ayurveda a través de alimentación o de otras cosas, pero son totalmente complementarias y apuntan al mismo fin, o sea todo lo espiritual apunta a lo mismo (E11).

E17 siguió un recorrido similar de prácticas que la llevaron a interesarse en el Ayurveda, aunque en su historia ocupa un lugar central el padecimiento de su hermano que falleció de cáncer a los 27 años, cuando ella tenía 22. En su relato retrospectivo, esta experiencia vital muy dolorosa a una temprana edad además de sumirla en una profunda tristeza, constituyó un *turning point* que le hizo “*abrir los ojos*” sobre el concepto mismo de salud y enfermedad¹⁹. Tras la enfermedad del hermano comenzó a

19 Siguiendo a Denzin (1989), los *turning point* son puntos de inflexión en la biografía personal; se trata de experiencias de vida o momentos interaccionales que interpretados retrospectivamente representan “marcas” y expresan juicios personales sobre continuidades y discontinuidades. En ocasiones los sujetos las interpretan como “*epiphanies*” en las se revela el carácter personal. Emparentada con esta noción, Giddens (1991) refiere a los *fateful moments*, o experiencias vitales decisivas personales o colectivas que alteran el curso cotidiano de eventos y, que por sus consecuencias para el futuro, llevan a los sujetos a replanteos existenciales y a iniciar nuevos cursos de acción.

estudiar de manera autodidacta distintas prácticas orientadas a la salud y la alimentación, incluyendo el naturismo, y así se acercó primero al vegetarianismo y luego al Ayurveda, como filosofía de vida y como un “*arte de la prevención*”:

El Ayurveda lo que te enseña es a vivir la vida de una forma tal, que vos nunca tengas que llegar al médico convaleciente, porque tenés tu filosofía de vida, no es que estás tratando de hacer algo bien y en el fondo querés hacer otra cosa; tu filosofía de vida es una, que te lleva a vivir una vida sana, y no llegás nunca a la instancia de estar hecho mierda, y tenés que llegar al médico y poner tu vida en manos de una persona que no conocés, y que encima implementa una filosofía que no es compatible con la tuya, o sea, algo imposible (E17).

Su interés en las medicinas y terapias alternativas la llevó a entrenarse formalmente en yoga, y a incursionar en experiencias shamánicas, el *tai chi*, y la Homeopatía. Se interiorizó en el Ayurveda con lecturas, la mayoría libros importados recomendados por un amigo especialista en Ayurveda. “*Tengo millones y no me alcanzan las manos*”, remarcó exageradamente para dar cuenta del alcance de su interés, y nos mostró al menos unos diez libros durante la entrevista que realizamos en su casa. Tras completar su formación en yoga en el país, tomó un curso intensivo en yoga y Ayurveda en India, y también seminarios de Ayurveda en Europa. La formación en estas disciplinas y su propia práctica la llevaron a profundizar en su complementariedad para el cuidado holístico de la salud:

Si entendés todo como un sistema que funciona todo junto al mismo tiempo, y bueno, entonces vas a hacer algo que abarque todos tus cuerpos y no sólo uno. (...) Es que es

como una medicina natural que incluye el yoga, o que el yoga incluye el Ayurveda, no importa, el huevo y la gallina, pero van juntas, van de la mano, entonces yo encontré... la práctica física y espiritual ya la había encontrado, ahora me faltaba algo que yo pueda decir este tipo de alimentación y este tipo de forma de ver la vida (E17).

Tanto para E11 como para E17, la práctica del Ayurveda no estuvo mediada por consultas con médicos locales, sin embargo E11 tomó cursos en Buenos Aires dictados por médicos y en su centro de yoga se ofrecen consultas médicas ayurvédicas, manteniendo de este modo distintos lazos personales y profesionales con varios médicos que le han permitido intercambiar experiencias e información aunque no en el espacio formal de una consulta como “paciente”. Distinguiendo entre el Ayurveda como filosofía de vida, o conocimiento del buen vivir, y el Ayurveda como práctica médica orientada a atender pacientes, E11 remarca que no hay que ser médico para interiorizarse en el Ayurveda, ya que es una filosofía de vida para cuidar la salud basada en una racionalidad diferente a la de la biomedicina. Por su parte, E17 realizó consultas ayurvédicas en India pero mantiene una postura crítica de la modalidad en la que algunos médicos argentinos practican y enseñan Ayurveda —con los cuales no ha tenido experiencias personales sino referencias de terceros en su red de conocidos —marcando una oposición entre la modalidad más técnica y complementaria local versus la tradicional y más “auténtica” como *filosofía de vida* para el autocuidado, para lo cual entiende que no se necesita formación biomédica ni la mediación de una consulta médica.

Smith y Wujastyk (2008:11 y 13), al distinguir diferentes

formas de difusión global de la medicina Ayurveda en USA y Europa, hacen referencia al “estilo de vida ayurvédico” como una modalidad asociada al movimiento New Age que resignifica la medicina Ayurveda poniendo énfasis en su potencial preventivo en contraste con la orientación curativa de la biomedicina. El paradigma del Ayurveda New Age haría eco entre los cultivadores de prácticas de cuidado de la salud holística y estilos de vida “alternativos” contruidos en torno al consumo alimentario, la desconfianza en el sistema de salud oficial, y el interés por la espiritualidad oriental (Smith y Wujastyk 2008:13). La literatura antropológica ha sido muy crítica de esta modalidad de difusión internacional y apropiación del Ayurveda, aunque la crítica se ha focalizado en el análisis de organizaciones y especialistas en Estados Unidos y países europeos (Zysk 2001; Reddy 2002). Warriier (2011) destaca esta limitación, además de cuestionar la misma categoría genérica de “New Age” por su asunción de homogeneidad que conduce a desatender la variedad empírica de seguidores-pacientes, así como también los contextos de apropiación profesional de esta medicina foránea entre los distintos grupos de especialistas que componen el campo de la salud holística en los países en los que se ha incorporado el Ayurveda, sus prácticas de distinción y estrategias de legitimación. En el contexto de nuestro estudio con seguidores y pacientes ayurvédicos, compartimos la crítica de Warriier al término *New Agers* como etiqueta genérica para describirlos, igualmente señalada por Shneirov y Geczik (1996) aunque no específicamente para el caso de los seguidores del Ayurveda. Veremos que si bien en algunos casos sus prácticas de cuidado de la salud y bienestar pueden enmarcarse en dicha búsqueda de transformación espiritual, en otros el acercamiento al Ayurveda

se encuadra en experiencias frustrantes con la biomedicina, posiciones críticas frente al modelo médico tecnocrático, y la preferencia por las medicinas holísticas y/o la práctica de regímenes alimentarios alternativos pero que no se vinculan necesariamente con búsquedas espirituales o místicas en el marco de lo que se ha descripto como el paradigma New Age, también comentado por Saizar (2009), cuando señala la diversidad entre seguidores del yoga en Buenos Aires.

En el contexto local, Carozzi (2000) ha estudiado la conformación del Movimiento de la Nueva Era y de las terapias alternativas en Buenos Aires a partir de las vinculaciones internacionales de sus líderes, los marcos ideológico-culturales que se construyen en el discurso de sus principales referentes y en la práctica de los participantes de la red, a medida que ellos circulan por los sitios de intercambio cultural y aprendizaje que la conforman (conferencias, talleres, sesiones terapéuticas, etc). Carozzi (2000: 63-67) muestra cómo el Movimiento a mediados de los '90 vinculaba terapeutas de variadas disciplinas tales como terapeutas gestálticos y bioenergetistas, cultores del naturismo y otras disciplinas alimentarias alternativas, terapias corporales y técnicas de movimiento occidentales orientadas a la senso-percepción y de origen oriental, el yoga, la astrología, la gemoterapia, el feng-shui, la terapia neural, la acupuntura y otras medicinas orientales, la homeopatía, las terapias florales, técnicas de meditación de variados orígenes, terapias inspiradas en el chamanismo de los pueblos aborígenes americanos, etc. Una característica de los profesionales del Movimiento es su entrenamiento en varias de estas disciplinas, y la de sus adherentes – miembros de la clase media porteña educada–

la de circular por la red de terapeutas y espacios terapéuticos colectivos como un elemento positivo en la búsqueda de auto-transformación y evolución espiritual, la salud y el bienestar. En esta circulación se reafirman el valor de la autonomía personal como constitutivo del proceso de autoconocimiento, y el poder transformador y sanador de lo “natural” como fuente de conocimiento y energía sutil frente a los condicionamientos culturales y los riesgos de la tecnología moderna sobre el cuerpo, la salud y el medio ambiente (Carozzi, 2000). Veremos cómo varios de los seguidores inclusivos del Ayurveda comparten valores y prácticas del Movimiento New Age vernáculo, mientras otros marcan una distancia crítica con varios de sus principios, y/o ponen inclusive en duda la posibilidad de apropiación de estilos de vida originados en otro medio socio-cultural.

Son varios los motivos por los cuales los entrevistados más inclusivos realizan inicialmente una consulta médica ayurvédica en la red local de especialistas: solucionar un problema de salud o malestar puntual (trastornos del sueño, quistes ováricos, infertilidad, colesterol elevado y otros trastornos metabólicos, herpes, etc.); alinear sus regímenes alimentarios alternativos con el paradigma individualizado del Ayurveda; por prevención y para “trabajar desde la salud” entendida en términos de un equilibrio dinámico; y para encontrar un “médico de cabecera” o principal referente en un itinerario de cuidado holístico de la salud.

El trabajo continuo y cotidiano de cuidado en el estado de salud fue especialmente destacado por los entrevistados más jóvenes, sin condiciones de salud crónicas y que se

autodefinieron como “sanos”. E8 nos explica cómo el Ayurveda resuena con una concepción integral, positiva y dinámica de la salud, orientada básicamente hacia la prevención y equilibrio, que ella genéricamente describe como un concepto “oriental” de la salud, en contraste con la visión curativa y por la “negativa” de la biomedicina:

Yo no voy [a una consulta ayurvédica] cuando tengo problemas, trato de tener como prácticas... tengo el concepto más oriental de salud, ¿no?, que no es que tenés enfermedades sino que la salud es un estado no de que no te pasa nada sino que te pasa todo, que estás bien; eso sería, trabajo con el estado de salud, no de que me pasa algo y voy a... Y como esto [el Ayurveda] me pareció que integra varias cosas, es como un estilo de vida, un poco como tiene el yoga (E8).

De manera similar, E19, una especialista en comunicación de 30 años, comenta:

Lo que me resuena y me gusta de toda la medicina oriental es esta búsqueda de un equilibrio dependiendo de cada uno y de una mirada más integral, y pensando en no curar una patología... Entonces, yo me lo tomo medio como medicina preventiva, voy viendo, voy probando, a veces tengo cosas en particular que quiero ver, pero si no como que voy, igual, no sé osteopatía, como que voy probando (E19).

Las motivaciones no son excluyentes como movilizadoras de una consulta a lo largo del tiempo con el mismo especialista, o con distintos médicos de la red local, en el contexto de las cambiantes necesidades de cuidado y los momentos vitales. Así E6 — una arquitecta de 57 años que se había tornado hacia el vegetarianismo y había utilizado con anterioridad medicina

china como tratamiento del dolor—se interesó en el Ayurveda por ser un enfoque holístico, preventivo y focalizado en la alimentación, alentada por su hijo y nuera que eran entusiastas seguidores de esta medicina. En su caso, además buscaba poder solucionar un problema metabólico que hasta entonces trataba con medicación alopática:

Siempre me interesó la alimentación así sana, mi hijo y mi nuera se encaminaron por esta orientación, son absolutamente vegetarianos, y bueno, un poco conociendo lo que ellos me iban comentando. Mi nuera también había ido a esta médica que me la recomendó, bah, no me la recomendó, yo le pregunté y, digamos que no son de insistirte sobre el tema, sino que yo me engancho porque me gusta.(...) Mi padre era médico, mi hermano también es médico, así que es como una cosa distinta totalmente, más estructurada, y bueno, el médico se dedica a curar, y esto lo que a mí me interesa es que se dedica a prevenir, digamos, o a orientarte en una cuestión que puedas llegar a tener una mejor calidad de vida que no sea llegando a curar (E6).

Como lo señalamos, este grupo de entrevistados se acerca inicialmente al Ayurveda con una afinidad cultural con el cuidado holístico de la salud a partir de su actividad profesional, o bien por socialización temprana en el uso de medicinas alternativas en el núcleo familiar y/o por sus propias búsquedas de cuidado no convencional a lo largo del tiempo para tratar dolencias o por prevención, que incluyen experiencias variadas de exploración de regímenes alimentarios alternativos, a los que Astin (1998) denomina dietas de “estilo de vida”, y de prácticas corporales que desde su perspectiva han incrementado su capacidad para cuidar el cuerpo con mayor conciencia y de manera más sutil

(ver Sointu, 2012). Estas experiencias sedimentadas a lo largo del tiempo devienen en una “afinidad selectiva” (Astin, 1998; Ruggie, 2004) respecto de la incursión en el Ayurveda como medicina holística y práctica de autocuidado conciente que concibe la alimentación como la “primera medicina” y fuente de bienestar. De este modo, el interés en el Ayurveda se construye en continuidad con dichas prácticas y preferencias de cuidado de la salud y del cuerpo.

2.1. Profundizando en los principios de la medicina ayurvédica a través de la práctica

Este grupo de entrevistados emplearon una variedad de conceptos y terminología ayurvédica al dar cuenta de su proceso de aprendizaje del paradigma, a medida que ganaban familiaridad con los planes terapéuticos y experimentaban el alcance de sus beneficios. Se trata de un conocimiento progresivo, que se cultiva a través de la propia práctica en interacción con las lecturas, el espacio de aprendizaje que constituye la consulta médica y las instancias de intercambio con otros especialistas de la red, las experiencias terapéuticas en el exterior, así como en la interacción con conocidos que son pacientes ayurvédicos. Cómo lo señalamos, la motivación para profundizar en los fundamentos filosóficos y teóricos del Ayurveda distingue a este grupo de seguidores y pacientes de los entrevistados que caracterizamos como eminentemente pragmáticos. Al igual que lo observa Warrier (2009:15), estos principios conforman una nueva forma de conciencia de sí (*self-awareness*) que permite a los seguidores leer e interpretar sus procesos internos mentales y físicos utilizando un marco de referencia ayurvédico.

En muchos casos, los entrevistados integran o complementan dichos principios con conceptos y aprendizajes vinculados a la alimentación y prácticas terapéuticas holísticas que toman de otras tradiciones, con las que se han ido familiarizando o formado profesionalmente.

Dos entrevistadas sumaron a su experiencia personal como pacientes ayurvédicas el entrenamiento formal o la formación más sistemática de tipo autodidacta que las llevó a profundizar en la disciplina al punto de convertirse con el tiempo en especialistas en la red local (E12 para incorporarlo en la práctica profesional del yoga, y E4 para montar un micro-emprendimiento de viandas ayurvédicas). Junto con ellas, las dos especialistas en Ayurveda que entrevistamos (E11 y E17) fueron las más articuladas a la hora de verbalizar principios ayurvédicos para explicar sus rutinas de cuidado. En el caso de E17, con quien la entrevista se extendió por más de dos horas, el encuentro se constituyó en un espacio educador de su parte para con los entrevistadores sobre el paradigma ayurvédico. Su intención fue explicarnos su coherencia, simpleza e “inteligencia” como enfoque ancestral de cuidado holístico con validez universal y atemporal. Ambas entrevistadas, al igual que varias otras seguidoras muy entusiastas del Ayurveda, aceptaron con gusto realizar la entrevista para que a través de nuestro estudio sus principios y beneficios adquirieran mayor difusión.

Este grupo de entrevistados, especializados y “legos”, utilizaron a lo largo de la entrevista varios preceptos y terminología del repertorio ayurvédico para referirse a sus prácticas cotidianas de autocuidado, al uso de la medicación y

a las experiencias con médicos y tratamientos más complejos en India²⁰. Los principios mayormente refieren a la concepción de la alimentación como “primera medicina”, entendida en un sentido ampliado sobre lo que constituye “alimento” y los múltiples planos en los que éste puede ser nutritivo o perjudicial en términos generales, y para su constitución psico-física y desequilibrios *dóshicos*, en particular. Otros principios dan cuenta del funcionamiento de las distintas partes del cuerpo (la piel, por ejemplo) y de sus procesos biológicos, y de las relaciones y correspondencias entre el macrocosmos (los ritmos diarios y estacionales de la naturaleza) y el microcosmos (el individuo). Desarrollar este saber a través de la experiencia personal, y cultivado con lecturas y el intercambio con los especialistas, conduce a un proceso de empoderamiento o *re-skilling* (Giddens 1991) para el autoconocimiento y el autocuidado. A la vez que profundizar en las implicancias de estos principios posibilita la adopción del Ayurveda fuera de su medio-sociocultural de origen, validando la universalidad de sus preceptos y el carácter contextual de su aplicación, al plantearse que es el entorno local el que proporciona los elementos para poner dichos preceptos en práctica.

Si bien todos los entrevistados que se embarcaron en la práctica del Ayurveda incorporaron la noción de *dosha* como marco interpretativo de la individualidad y de las necesidades personalizadas de cuidado, algunos entrevistados describieron además con gran detalle cómo se manifiestan los desequilibrios *dóshicos* a lo largo del tiempo vital en interacción con las

20 Distinguimos a las especialistas por su entrenamiento formal en Ayurveda y la obtención del algún tipo de certificación, que generalmente se corresponde con un rol especializado en la red local.

circunstancias del contexto, “*El Ayurveda te mira cómo estás hoy, pero sabe, o investiga, cómo era tu esencialidad, digamos, para volver a eso*”—explica E12²¹. E17 describe detalladamente cómo desarrollar este saber facilita el proceso de auto-observación encaminado al cuidado individualizado:

A medida que pasa el tiempo, hay una gran influencia del ambiente, o sea, vos ahora tal vez tenés tu *dosha*, tu biotipo de nacimiento modificado, ¿por qué?, porque trabajás mil horas, porque estás estresada; o estás re-bien y tenés súper domados todos tus... *Dosha* es una palabra que significa lo que tiende a desequilibrarse. Entonces qué pasa, si yo soy *kapha*, lo que predomina en mí —no es el caso, pero ponele —si yo soy *kapha*, entonces lo que va a tender es que esa energía tienda a bajar, entonces que mi tendencia natural sea el letargo, a retener líquidos, a estar más para abajo. Si soy *pitta*, fuego, mi tendencia natural es que se me vaya para arriba, que me guste lo picante y que si me pasa algo me enoje a full, y me ponga toda roja como un volcán. Y si mi tendencia natural es a que predomine *vata*, entonces lo normal sería que tienda a adelgazar, y más en las estaciones de otoño, que predomina *vata*, la energía *vata*, y que te vayas, y que estés pensando en otra cosa, o esta gente que te pregunta algo y antes de que vos le contestes ya te está preguntando otra cosa.

Entonces cuando vos observás todo eso en vos, podés regularlo con todo. (...) Lo que para mí puede ser bueno, para vos puede ser casi un veneno, porque tal vez vos necesitás otra cosa; entonces observar tu necesidad, estudiarte con el biotipo, con el *dosha* test, y después saber qué sos de nacimiento, cómo estás ahora, qué necesitás equilibrar, y darte lo que necesitás, ya sea con la práctica de yoga, que

21 El *pakriti* refiere a la naturaleza intrínseca de un individuo, a las tendencias innatas que influyen en su conciencia y actividad, determinando la primera reacción del cuerpo o la mente ante una situación de tensión (Svodoba, 2006:312). Se diferencia del *vikriti* que refiere a los desequilibrios en el presente producidos por factores climáticos, la dieta y hábitos inapropiados, manteniendo un correlato imperfecto con el *pakriti* (Elder, 2011: 58).

de ninguna manera es la misma para todo el mundo, con la alimentación, que bajo ningún concepto es la misma para todo el mundo, y en todo caso la medicación, en caso de necesitarla, que bajo ningún concepto es la misma para todo el mundo (E17).

El *dosha* como matriz interpretativa de la individualidad da sentido a numerosas prácticas equilibrantes personalizadas que incluyen los ajustes alimentarios, los horarios de comida y los de descanso, los ejercicios de yoga y de respiración, la meditación, ejercicios de concentración, y los masajes. E8 explica a partir de dicha matriz teórica por qué la Dra 1 incluyó el masaje en su plan equilibrante, *“para vata que siempre estamos como más así aéreos en el sentido de que el cuerpo es más de otra manera que no es lo de kapha, ¿no?, que siente mucho más el cuerpo, el masaje te ayuda a generar cuerpo”*. Así como también le sugirió ejercicios prácticos de concentración, los que no suelen integrar el repertorio de consejos sobre rutinas saludables en el marco de una consulta médica convencional:

Yo le decía, no sé, que no me podía concentrar, por ejemplo, y me gustaba porque ella me decía amasá pan, por ejemplo, y regalale a tus amigas, pero amasá, sentí y hacé... plantá, comprate plantitas, tené plantines. Ningún médico te va a decir eso, y en realidad es buenísimo, porque cuando uno amasa sentís la forma, generás forma, generás comida, después la comés, después el tema de estar con la tierra también, bueno, darte masajes, como esos consejos que están buenos (E8).

E12 destaca que profundizar en la visión ayurvédica sobre las distintas personalidades no sólo constituye un *re-skilling*

para la autoobservación y el autocuidado, sino también tiene implicancias relacionales para cultivar el mutuo entendimiento a partir de clasificaciones más “sutiles”:

[Aprendés] además a relacionarte con un nivel más sutil. O sea, mirar a una persona y en lugar de mirarle... o en lugar de catalogarla de histérica, *pitta* es más... No, o de colgado, decir *vata* es... el lenguaje empieza a ser más... viste, o no un vago de porquería, decís *kapha*. Ese lenguaje te va haciendo más... te va templando el carácter también, ¿entendés? Es como que ese ver lo sutil de... lo que está atrás de esa reacción de la persona, que son los elementos, cómo están esos elementos, desequilibrados. (...) Entonces para mí es lo más interesante del Ayurveda, más que la comida, que... Porque podés hacer toda la dieta perfecta, pero si adentro no hay una sensibilidad ... (E12).

Debido a la centralidad de la alimentación en la medicina ayurvédica, la referencia a los principios rectores de esta esfera de prácticas fue recurrente a lo largo de las entrevistas. Tal como lo sintetiza Singh Khalsa (2007: 135-137), para la medicina Ayurveda la correcta alimentación es la base de la salud, y a través de ella se logra mantener o corregir el equilibrio entre los *doshas* ayudando a prevenir, paliar, o curar enfermedades. Los alimentos se distinguen por sus cualidades energéticas, y su efecto terapéutico equilibrante (o pacificante) es holístico actuando a través de los aromas, los colores, la combinación de sabores, la temperatura y la humedad, así como aspectos del contexto relativos a la preparación de las comida, el estado anímico del comensal y el ambiente sensorial. Varios entrevistados, como vimos, se sintieron atraídos por el Ayurveda en primer término por la atención que otorga a la alimentación, y los que además disfrutaban de la actividad de preparar la comida y

diversificarla, pusieron de relieve los recursos que descubrieron en el Ayurveda para este fin. Para ellos la alimentación es un camino de exploración, experimentación, e innovación que valoran por sus beneficios para la salud; al tiempo que disfrutan de la actividad de preparar y consumir los alimentos desde el punto de vista sensorial, estético y creativo.

Lupton (1996a) destaca que la variedad y la experimentación culinaria son valores altamentepreciados en las sociedades occidentales contemporáneas, especialmente entre los sectores medios profesionales para los que *“la búsqueda de nuevos sabores y experiencias a través de la comida son considerados medios para el crecimiento personal y de agregar ‘valor’ y placer a la vida”* (Lupton 1996a: 126), que no ven la actividad de cocinar y comer como una tarea rutinaria sino como una esfera de la vida cotidiana con alto valor estético (ver Bourdieu (1984: 186-195) acerca de la estilización o el refinamiento estético de los consumos alimentarios en las fracciones de clase media y alta que cuentan con mayor capital cultural y tiempo libre). En el contexto argentino, y siguiendo a este último autor, Aguirre (2006: 182-193) identifica la tendencia alimentaria innovadora entre sectores de mayores ingresos que distinguen sus consumos respecto del patrón culinario rioplatense, volcándose hacia la comida étnica o “exótica” y hacia el circuito orgánico.

Los entrevistados que adhieren a estos valores en relación a la alimentación destacaron su aprendizaje a través del Ayurveda sobre el uso de una variedad de especies y hierbas, entre otros alimentos que habitualmente no integran el repertorio culinario local, tratándose de una experiencia de interculturalidad que les permitió fusionar nociones de salud, nutrición, placer y estética, ampliando y enriqueciendo el horizonte de las experiencias

alimentarias. A la vez que se recuperan prácticas ancestrales del buen cuidado de la salud dentro de la tradición médico-higienista occidental, “*los médicos juraron por Hipócrates y se olvidaron, Hipócrates decía que tu medicina sea tu alimento y tu alimento tu medicina*”, enfatiza E10. Este entrevistado, por ejemplo, comentó que siempre se interesó por la alimentación saludable y “conciente” por la importancia de la alimentación en su familia de origen, y posteriormente por sus propias búsquedas a través de su incursión en el taoísmo, prácticas neo-shamánicas, y posteriormente con el Ayurveda. Interés que comparte con su mujer, aunque ella es seguidora de la antroposofía:

Me encantó siempre cocinarme mi comida. siempre lo viví como algo energético, poderoso, con alegría (...). A mi mujer le encanta cocinar, y no es que necesariamente haya hecho un camino con el Ayurveda, digamos, o con el naturismo, pero sí hizo un camino con la antroposofía (...), entonces desde ahí también se mira la comida, los alimentos, el procedimiento, el proceso de cocción, digamos, y sobre todo para los niños que vean el procedimiento, es muy sano, o sea, es constructivo. Entonces desde ese punto de vista también hay algo de conexión con los alimentos y con la conciencia que para mí tiene que ver con el Ayurveda, digamos, en un sentido profundo (E10).

Los entrevistados interesados en profundizar en la comprensión de la perspectiva ayurvédica sobre la alimentación, también aprendieron a identificar nuevos sabores en la clasificación de los alimentos y valorar texturas y aromas en la elaboración de las comidas²². La *resocialización alimentaria*,

22 El Ayurveda distingue seis sabores o *rasas*, según los elementos que combina: ácido o agrio (fuego y tierra), amargo (aire y éter), astringente (aire y tierra), dulce (agua y tierra), picante (fuego y aire), y salado (fuego y agua). Se busca que cada comida combine este seis sabores, así como evitar lo alimentos que agravan el *dosha* o *doshas* predominantes en cada individuo (Heredia,

de este modo, lleva a la ampliación de la experiencia perceptual y sensorial, descubriendo y descifrando en clave ayurvédica sabores y aromas “exóticos”, ajenos al paladar local. Incorporar este saber no sólo les permite comprender cómo actúan las propiedades de los alimentos en relación a cada *dosha* (incrementándolo o atenuándolo), sino también la lógica del principio de saciedad y de moderación en la cantidad de comida que se ingiere desde la matriz ayurvédica de equilibrio integral. E17 se explyaya al respecto:

Y este tipo de forma de ver la vida y de todo lo que uno se “mete”, más allá de la comida, los aromas, las texturas, o sea, empezar a entender, a ver, uno come, por qué, tenés hambre, bien, pero en ese plato, a ver, dulce, amargo, picante, salado, astringente, la dieta argentina es re dulce-salada, vamos de dulce, salado, pin, pon, pin, pon. ¿Qué pasa?, vos cuando comés no te llenás nada más la panza, te llenás emocional y espiritualmente también, entonces a vos te quedaron pendientes... dulce y salado, okey, pero te quedó astringente, picante, amargo, ¿dónde está todo eso? Te quedaste con una falta de eso, y muchas veces terminás de comer un montón dulce salado, y te quedás con la sensación de que algo te falta, ¿y qué hacés? Lo interpretás como hambre y seguís comiendo, y engordás, y comés mal y te taponeás con harinas. Entonces es darle bola un poco a esto de que en realidad hay muchas otras cosas que no estamos viendo, y que si vos simplemente lo integrás, lo empezás a observar y lo empezás a integrar de a poquito. (...) Después están las texturas; ¿por qué comer fideos con manteca? ¿No te copa de repente jugar un poco con eso? Algo lúdico, hojas, castañas de cajú, *crunch*, algo seco, algo astringente, tomatitos, aceitito, palta, de repente la palta, todos esos colores, verde, amarillo, o sea, hay infinidad, entonces te llena todo, te llena todos los sentidos, todos. Y de repente el plato de comida pasó a ser algo que te llena

globalmente. Te puedo asegurar que después de conectarte con eso no vas a tener hambre en varias horas y vas a sentirte acá contento [señala el corazón] (E17).

En el proceso re-educación alimentaria incluso regímenes alternativos que entendían eran beneficiosos para la salud se resignifican en el marco ayurvédico de adecuación/inadecuación para el caso personal, ya que un mismo “alimento” puede ser apropiado para un individuo pero “tóxico” o nocivo para otro. Es elocuente el relato de E16 al respecto, quien a través del Ayurveda descubrió que se estaba “intoxicando” aun habiendo siendo vegetariana por décadas:

Yo me conecté muy fuertemente, muy agradecidamente con el Ayurveda; yo hace muchos años que soy vegetariana, ponele desde hace cuarenta años, o sea que toda mi vida fui vegetariana, pero cuando empecé a tratarme con Ayurveda, resulta que todo lo que yo comía de verduras era lo que no tenía que comer, y yo tenía un desequilibrio, aun siendo vegetariana, y fue muy impactante el cambio de alimentación cómo yo percibí el mejoramiento y el saneamiento casi te diría de mi ser psíquico, no sólo el físico. Porque yo siempre comía lechuguita, ensalada, arroz integral y todo lo demás, pero todas las verduras que yo comía, no eran las que yo necesitaba por mi tipo, y entonces me estaba intoxicando aun sin comer carne nunca, y eso fue muy fuerte darme cuenta de que el asunto es cómo es cada uno y qué es lo que necesita comer (E16).

El Ayurveda incluye también consejos sobre la forma de cocinar los alimentos, almacenarlos, presentarlos y degustarlos; indicaciones sobre los horarios adecuados para realizar las comidas diarias para facilitar el proceso digestivo, evitando la acumulación de toxinas; y eventualmente la realización

de ayunos con fines depurativos. Además de las propiedades equilibrantes/desequilibrantes de los alimentos y de los ritmos diarios convenientes para cada biotipo, varios entrevistados mencionaron que el Ayurveda otorga gran importancia a sincronizar las rutinas individuales diarias de descanso, comida y actividad con los ritmos de la naturaleza (macrocosmos), teniendo en cuenta la predominancia de los distintos *doshas* a lo largo del día y las distintas estaciones²³. Los entrevistados aprenden entonces a percibir esta sincronización que favorece la buena salud y corrige desequilibrios producto de malos hábitos. Los horarios adecuados de comida y descanso favorecen, por ejemplo, que no se acumulen toxinas o *ama*²⁴, como lo explica E8:

Me enseñó muchas cosas [la Dra 1], por ejemplo me decía –que uno ya lo sabe, ¿no?- que cenás y no irte a dormir al toque, porque tu aparato digestivo también duerme, entonces no podés digerir todo, y además nosotros digerimos para poder tener energía física, entonces te queda como una parte que se llama *ama*, que es una especie como de... un elemento como una... no sé qué sería, sí, como un elemento que queda circulando en el cuerpo que no va a ningún lugar. Ya ahí

23 Los ciclos diarios de los doshas son considerados en los planes terapéuticos para maximizar la buena salud, afectando las rutinas de ejercicio, meditación, ingesta de alimentos, horarios de descanso, etc. Vata predomina de 2 a 6 de la mañana, kapha de 6 a 10, y pitta de 10 a 12. Se aconseja despertarse en el horario donde predomina vata, almorzar en el horario que predomina pita, y hacer ejercicios durante el horario de dominancia de kapha (Elder, 2011: 58-59).

24 “*Ama*” es la sustancia tóxica que se acumula en el cuerpo producto de la digestión incompleta; en oposición, *ojas* es el producto de la correcta digestión que nutre todos los tejidos del cuerpo (Elder 2011: 58). En algunos textos de divulgación “*ojas*” no refiere sólo a efectos biológicos; así Svodoba (2006: 312) aclara que produce el aura (campo de energía sutil que impregna y envuelve al cuerpo humano), transmite al cuerpo la energía de la mente, y regula la inmunidad.

también se empiezan de a poco a evolucionar enfermedades, porque es como un tóxico que quedó sin servir. (...) Entonces ella me decía, no es que a la una, bueno, almorcemos porque todos tenemos hambre y en Argentina se come a la una, sino que a la una el sol está arriba de todo, que es el fuego, es nuestro astro más fuerte, y así como nosotros también tenemos fuego digestivo, a la una es el pico del fuego, entonces tenés que almorzar ahí (E8).

El mismo principio de evitar la toxicidad en el organismo, y de eliminar la que ya se ha formado da sentido a otras rutinas cotidianas de cuidado e higiene, tales como tomar agua caliente a lo largo del día, *“dos sorbos cada media hora (...) Es para eliminar toxinas, es todo dentro del tema de purificación y limpieza (...) entonces me hace tener a lo largo de todo el día, una conexión que tiene que ver con cuidarme”*(E5); y la limpieza de la lengua, *“la primera cosa tóxica está en la boca, a veces uno no tiene mucha conciencia, pero eso no queda solo en la boca, aparte de arruinarte la boca, el tema es que entra en todo el sistema digestivo”* (E4). Bajo la misma lógica incorporan las limpiezas nasales, los ayunos, la preferencia por los alimentos orgánicos y no procesados, y especias en la elaboración de comidas y tés que favorecen el proceso digestivo:

Las especias muchas veces lo que hacen es estimular el fuego digestivo para completar la digestión, y se apunta mucho a eliminar todas las toxinas, y para eso se necesita una digestión fuerte, para digerir todo, que no queden toxinas, que bloqueen canales y produzcan enfermedades (E11).

Varios entrevistados al referirse a la alimentación en su aspecto nutritivo o tóxico lo hicieron en un sentido ampliado:

por un lado, identifican varios planos de actuación de los alimentos (fisiológico, mental, emocional, y espiritual), y por el otro, atribuyen propiedades nutritivas o dañinas a experiencias sensoriales, campo de acciones e interacciones, y prácticas más generales de consumo que exceden el plano de lo convencionalmente delimitado como “comestible”. A lo largo de la entrevista, ejemplifican esta concepción holística del alimento y la internalización del principio que vincula la “alimentación ampliada” con la identidad personal, vínculo que se busca construir a partir del monitoreo reflexivo de experiencias sociales y del adecuado “consumo de impresiones”:

Me interesa ese concepto que introducen [en el Ayurveda] que dice que uno es lo que consume en todo sentido, porque es lo que consumís espiritualmente como el alimento físico. Bueno, es un camino que estoy viendo (E6).

Todo lo que consumimos es “medicación”, todo. Una persona que va a McDonald’s se está medicando (...), una persona que come acá [restaurante antroposófico Demetria] se está medicando. Entendiendo que miro una película y me estoy medicando. Todo lo que uno consume, todo lo que “entra” es medicación (E10).

E16, por su parte ejemplifica la concepción ampliada de alimento y toxicidad a través de su práctica del Ayurveda, y enfatiza cómo los principios resuenan con los de su trabajo profesional como psicóloga, además de moldear sus prácticas de sociabilidad y estilo de vida:

E16: Lo que yo siempre enseñé, dije y me dije, que somos lo que comemos, así como somos lo que respiramos, y somos las impresiones que tomamos, porque eso nos alimenta, de hecho es cierto, ¿saben que es cierto? (...). Esta cosa de que

uno realmente come de más, o come cosas tóxicas, pero en todo sentido, porque para mí es importante también cómo nos alimentamos, de qué impresiones, qué sé yo, qué música escucho, a qué lugares voy, qué impresiones uno come; y uno come con los ojos, y come con la piel, y come con el estómago; qué palabras escucho, con qué personas me relaciono, a quién le doy mi tiempo, todo eso es comer, ¿no?, es comer impresiones. (...) no les digo [a sus pacientes] “esto es Ayurveda”, pero yo te diría que está muy metido en mí, como manera de encarar la vida (E16).

Sin embargo, fueron las especialistas en Ayurveda las que mayor énfasis pusieron en que la construcción de un estilo de vida saludable desde los principios del Ayurveda excede los planos de la alimentación y las impresiones sensoriales, siendo el fin último el desarrollo de la espiritualidad²⁵:

El Ayurveda incluye la práctica espiritual, no es solamente la alimentación *pitta, vata, kapha*; después están los *gunas*, que es el aspecto espiritual de la práctica (...) *sátvico* sería el objetivo, que es el estado de pura conciencia y el estado de equilibrio, llegar ahí. Entonces para llegar ahí te recomiendan la práctica espiritual, y te recomiendan el yoga, trabaja todo junto (E17).²⁶

Por su parte, los entrevistados que realizaron tratamientos ayurvédicos en India mediante procedimientos complejos de limpieza emocional y física que requieren internación y

25 Warrier (2009) observa igual énfasis entre especialistas en Inglaterra que enmarcan su práctica del Ayurveda en búsquedas espirituales y de transformación personal.

26 En la filosofía hinduista los *gunas* son las tres cualidades con las que se conforma el universo: *sattva* es la esencia pura que se relaciona con el estado contemplativo y la mente, *rajas* que es la energía para la acción, y *tamas*, que se asocia con la pasividad y la decadencia. Las tres interactúan entre sí y están presentes en la materia y en el campo de lo sutil y lo energético (Heredia, 2011: 33).

control médico, pudieron profundizar en varios principios terapéuticos. Sus experiencias se enmarcan en una tendencia creciente de turismo médico y de la salud promocionado por la red transnacional de asociaciones profesionales, agencias de turismo, clínicas y hospitales, y organismos públicos. En los últimos años Internet y la cobertura mediática de destinos terapéuticos internacionales ha contribuido a la difusión global de este tipo de turismo (Kangas, 2010). En este escenario, la India se promociona para tratamientos biomédicos específicos (Kangas, 2010) y como un destino privilegiado de terapias tradicionales ayurvédicas (Freidin, 2010).

En el caso de E16, realizó un tratamiento de *Panchakarma* en una clínica en Nueva Delhi, fuera del circuito de turismo médico internacional más promocionado para estos tratamientos, donde se internó junto con una amiga durante 12 días, unos años atrás, cuando hacía poco que había empezado a practicar Ayurveda en Buenos Aires²⁷. Viajó especialmente a India con la finalidad de tener esta experiencia médica no disponible en Argentina. Si bien en Buenos Aires el Dr3 la orientó en la selección de la clínica, ella fue sin saber demasiado de qué se trataba, descubriendo a través del tratamiento nuevas experiencias sensoriales: *“Te hacían un tratamiento desde la nariz que te iba al cerebro y qué sé yo, para mí eso fue impresionante, como que se me abría algo raro, nunca lo viví”* (E16). Tras su viaje terapéutico no sólo amplió su campo de experiencias somáticas con el Ayurveda; también pudo trazar diferencias entre versiones occidentales de técnicas de depuración del circuito alternativo local (ej. terapias de

²⁷ *Panchakarma* significa cinco acciones terapéuticas de purificación: vómito inducido (*vamana*), tratamientos purgativos del intestino delgado (*virechana*), el uso de enemas (*vasti*), lavajes nasales (*nasya*), y el sangrado.

limpieza colónica) y las técnicas ayurvédicas del *panchakarma*, reforzando el principio de individualización de los tratamientos “originales” frente a “similes”, *“acá simplemente te hacen el lavado del colon, pero allá es todo una graduación (...),y el enema tuyo es totalmente diferente del enema del otro, tiene leche, pero le ponen hierba tal, y al otro le ponen hierba cual, ¿entendés?, es otra historia”* (E16).

Por su parte, E9, realizó un largo viaje por India que culminó con una experiencia de internación de 25 días en una clínica del circuito ayurvédico internacional en el estado de Kerala. Asesorada por la Dra 1 en Buenos Aires que guiaba su práctica del Ayurveda desde hacía unos años, planificó con mucha anticipación y cuidado la etapa del tratamiento motivada por la posibilidad de realizar una profunda “desintoxicación” física, emocional, y mental:

Me gusta ir a fondo, y sabía que este procedimiento no era sólo físico, que también se trabaja a nivel emocional y mental, y me interesaba un poco eso, y sí, sí, había algo de preventivo, de desintoxicarme, de algunas cosas emocionales que quería tratar, que se me aclararon mucho más allá, y de conocer, de curiosidad, y de volver a convencerme de que es fabuloso [el Ayurveda] (E9).

Durante el viaje también tuvo la oportunidad de consultar con un médico ayurvédico en Chennai que le sugirió prácticas tradicionales de depuración emocional, además de prescribirle medicación específica, que continuó en Buenos Aires: *“me dio unos trabajos de limpieza, unos krishas, con unos mantras. Son unos trabajos de limpieza que se hacen, emocionales, que los tengo que cantar todos los días”* (E9). Mientras nos mostraba

un libro que compró en India, *Illustrated Panchakarma*, nos describió varios tratamientos que hizo en la clínica, algunos placenteros, como los masajes preparatorios, y otros muy displacenteros, como la ingesta de *ghee* con hierbas con fines desintoxicantes y los preparados herbales purgatorios. Al tiempo que se explayaba sobre varios principios del Ayurveda en los que profundizó a través de estas experiencias, por ejemplo, el valor terapéutico del *ghee* como vehículo de transporte de los preparados herbales en los tejidos del cuerpo²⁸:

El *ghee* es la única sustancia en el mundo, en el universo, que tiene la capacidad de penetración en los tejidos, o sea que vos te lo tomás y penetra las paredes del aparato digestivo, las atraviesa, o sea que se transforma en todo el cuerpo, o sea, va a todos los tejidos del cuerpo (...).Y es fabuloso porque lo que hace es como darle al organismo como todo lo que alguna vez perdió (...) Los cambios fueron instantáneos, de verme las uñas rosas, duras, el color de la piel me cambió, todo, cómo me sentí, fue instantáneo, impresionante.

También pudo observar y comprender el funcionamiento de la piel como órgano de absorción de los medicamentos a través de varias técnicas tradicionales:

Te pintan con una pintura que es medicinal, que protege a *pitta*, que el ojo es el órgano *pitta* (...) es fabuloso para los elementos, te protege del sol, del agua, del viento (...) Y después de eso, ah, hice un tratamiento que es como este [del libro], que es como unas bolsas rellenas de un arroz medicinal embebido en leche medicinal, leche con medicina, que te las frotaban por todo el cuerpo. Eso fueron como

28 Los tejidos que conforman el cuerpo humano se denominan *dathus* y son siete en total; allí se transforman los alimentos, como nutrientes o deshechos. Cada *dosha* es responsable de uno o varios *dathus* (Heredia 37-42).

seis días, porque una de las características que me fascinó darme cuenta, es cómo consideran ellos la piel como órgano principal receptor de la medicina; ellos medican por piel. Los aceites de los masajes que me traje son medicinales (E9).

El turismo médico en India les permitió a E16 y E9 profundizar en su conocimiento del Ayurveda y acceder a experiencias terapéuticas que no están disponibles en el circuito médico ayurvédico en Buenos Aires. Por su parte, las especialistas que tuvieron la oportunidad de residir un tiempo en India como parte de su formación en Ayurveda enfatizaron el principio de *localización* para poder practicar Ayurveda fuera de India. Este principio se aplica a la utilización de hierbas, atendiendo a las condiciones que cada medio ambiente ofrece: *“A uno le hacen bien las cosas que crecen en el lugar donde estás (...). Cuando estudié en India [masaje ayurvédico], a mí el profesor me dijo ‘no te lleves nada de acá, usá lo que crezca en el lugar donde estás’”(E11)*. E17 enfatiza el mismo punto aunque, paradójicamente, tras su estadía en India trajo numerosos productos medicinales manufacturados por laboratorios que esperaba reponer en próximos viajes. No obstante prioriza hacer uso de los recursos autóctonos para el autocuidado (las hierbas, las especias, los masajes):

El Ayurveda es universal, eso significa que no te tenés que ir a India para encontrar el yuyo mágico que te va a sanar tal dolencia, si vos conocés la propiedad del sabor amargo, cualquier planta amarga te sirve, entonces vos lo que tenés que hacer es entender las propiedades, las características, la bondad de cada uno de esos sabores, colores, etcétera, y después investigar en tu círculo, lo cual también te conecta con tu idiosincrasia y con tu pueblo y con tu gente y con lo que hay alrededor tuyo(...). Ahora al principio de la primavera,

es una estación *kapha*, entonces hay que tener cuidado con los lácteos, con las cosas blancas, coco, lácteos, todo lo que es pesado y frío, como ya está vigente en el ambiente, esa es la energía que ahora está vigente, entonces tenés que tratar de equilibrarla, entonces ahora que es una energía *kapha*, bueno, levantarte temprano, comer muchas hojas verdes. No necesito ir a India, yo ya sé lo que tengo que hacer y lo puedo hacer localmente.(...) Es como que hay que también usar un poquito más la creatividad y abordar otro tipo de cosas que están al alcance de la mano, no son tiradas de los pelos, ni carísimas, ni extravagantes, están ahí solo [es necesario] un poquito más de conexión (E17).

E17 además de sostener esta lógica de apropiación del Ayurveda vía localización creativa (Howell 1995), remarca que el *re-skilling* que significa aprender y poner en prácticas los principios ayurvédicos de la buena salud y la buena vida genera autosuficiencia en el cuidado frente a las formas habituales de dependencia del conocimiento experto, tanto respecto de las disciplinas orientales como de la biomedicina:

Está bueno tener ciertas cosas como así, patas de la mesa ayurvédica [remedios importados] está bueno tenerlas (...) y después algunas otras armarlas vos, como por ejemplo hacer un curso de cosmética natural y saber qué cosas ponerte según tu biotipo, y mucho otro ir haciéndolo con todo tu conocimiento y todo lo local, que es muy importante también, porque si no me voy a India, India, y no, y la onda es aprender a vivir de donde vos sos y donde vos querés vivir, con las herramientas que... Por eso es que es un sistema que genera autosuficiencia (...). No me interesaría tanto a mí si fuera a depender de otra cosa (E17).

Lowemberg y Davies (1994) en su discusión sobre medicinas alternativas y procesos de medicalización/desmedicalización,

señalan que los enfoques holísticos amplían el foco causal de lo patológico/saludable de manera concomitante con la expansión de la responsabilidad personal en el cuidado de la salud y el bienestar, y la injerencia legítima de los especialistas en esferas de la vida ajenas a la supervisión en la consulta biomédica convencional (aspectos espirituales, del ámbito familiar, las relaciones laborales, los regímenes alimentarios y corporales, el estilo de vida, etc.). Al involucrar una banda amplia del espectro de la experiencia vital o áreas de la vida cotidiana en los procesos de salud-enfermedad-curación y al atribuir una gran cuota de responsabilidad al individuo y su capacidad de control en dichas áreas, las medicinas holísticas ponen en primer plano al sujeto como *locus* de control y como “agente” de salud-bienestar, o bien de desequilibrio. En el caso del Ayurveda, los relatos de sus seguidores inclusivos ponen en evidencia que ellos han asumido dicho mandato cultural y la responsabilidad por el cuidado “ampliado” de la salud como un importante componente de su construcción identitaria (Giddens, 1991; Lupton, 1996b; Crawford, 2006; Sointu, 2012). Sin embargo, en las próximas secciones veremos cómo también relativizan o negocian el imperativo holístico de la salud - parafraseando a Lupton (1996), quien emplea el término en referencia a las expectativas de cuidado de la salud que el sistema médico hegemónico deposita en los sujetos - en el marco de sus estrategias de balancear el compromiso personal con la salud desde los principios ayurvédicos con las demandas en conflicto de la vida social y laboral, y las formas culturales locales.

2.2 La continuidad de la práctica inclusiva: las condiciones facilitadoras y

las estrategias personales para el seguimiento del Ayurveda

La práctica inclusiva del Ayurveda se sostiene a partir de los beneficios observados con los planes terapéuticos, las competencias y saberes que se desarrollan para el autoconocimiento y el autocuidado, y el vínculo terapéutico construido con el especialista o los especialistas que los guían en su incursión en el Ayurveda. A estos factores se suma la afinidad previa por la formación profesional y la experiencia en el uso de otras medicinas y terapias alternativas, el tipo de actividad laboral y las condiciones de trabajo favorables a un estilo de vida que permita implementar diariamente las rutinas alimentarias y demás prácticas de cuidado, así como las características de la organización del hogar.

Trabajo, familia y sociabilidad

La posibilidad de tener flexibilidad horaria para armar la agenda y rutinas de trabajo, desempeñar la actividad laboral en el hogar, o el que el mismo trabajo profesional sea afín a los principios ayurvédicos en gran medida facilitan la continuidad de la práctica inclusiva. Así por ejemplo, E4 nos comenta cómo maneja su horario laboral como psicóloga bioenergetista para respetar el momento adecuado de la cena teniendo el consultorio en su casa: *“Yo organicé mi agenda por ejemplo para no tener pacientes entre la siete y las ocho, entonces yo ceno a las siete de la tarde. Entonces es justo, lo que ellos llaman Agni, ¿no? Es, este, cuando vos empezás a sentir, que tu cuerpo empieza a pedir, que tenés hambre, ahí tenés que frenar y comer”*. E10, también psicólogo con formación heterodoxa y versado

practicante de disciplinas milenarias orientales y shamánicas, comenta cómo su conocimiento de estas disciplinas junto con la flexibilidad en el manejo de su tiempo laboral y la proximidad a sitios del circuito de la alimentación saludable a su lugar de trabajo le permiten organizarse para seguir las rutinas ayurvédicas de trabajo corporal y el régimen alimentario:

Hoy vengo de hacer chi-kung por ejemplo, a la mañana, caminé media hora y después hice chi-kung, y como acá [*Demetria, restaurant antroposófico, donde estamos haciendo la entrevista pautada a las 12:00hs*] y me voy atender. (...) Es impensable para mí pasar más de dos o tres días sin hacer movimientos o respiraciones (...). Lo que me enseñó Tensegridad es que los movimientos sean parte de la vida cotidiana; yo aprendí eso, tengo un minuto, un instante, y hago un movimiento (E10).

Aquellos que no son profesionales independientes pero pueden maniobrar el horario del almuerzo y el ambiente para realizarlo, también ven facilitada la posibilidad de seguir preceptos ayurvédicos en el espacio del trabajo de oficina preservando un entorno sensorial adecuado. Esta estrategia la ha podido implementar E6, quien trabaja full-time como arquitecta en un organismo público en el microcentro porteño:

Yo estoy en la zona de Plaza San Martín, me voy a comer a la plaza, tranquila (...). Me tomo mi tiempo. (...) Sí, eso lo traté de hacer y es bueno, porque te aislás un rato, es mejor. Bueno, eso también de no comer si estás nervioso..., eso también es importante y es beneficioso (E6).

Las profesoras de yoga que entrevistamos son las más favorecidas en la posibilidad de mantener el estilo de vida

ayurvédico por su trabajo profesional, el hecho que sus estudios estén en su hogar, y la afinidad de sus hábitos alimentarios previos. Estas circunstancias facilitadoras han hecho que el seguimiento de principios ayurvédicos haya requerido sólo de “*pequeños ajustes*” tanto en su propia práctica del yoga como en los hábitos alimentarios y de descanso, alterando mínimamente sus rutinas cotidianas.

Debido a la individualización de los planes terapéuticos y el énfasis en el estilo de vida, la organización de hogar y el apoyo de los familiares con los que conviven es una condición favorable para sostenerlos. Así los seguidores que viven solos o que tienen menores responsabilidades domésticas en el cuidado de hijos pequeños disponen de mayor tiempo personal, atención, y en ocasiones de dinero para dedicarlo al cuidado de sí mismos, incluyendo los costos de las consultas médicas y los servicios de terapeutas ayurvédicos: “*yo tengo bien conciente que quizás gracias a que no tengo una familia puedo cocinarme a la hora que quiero, pero aparte de eso también puedo darme el lujo digamos de este tipo de cosas, masajes ayurvédicos, seguir medicina Ayurveda*” (E4). Al tiempo que tener parejas que apoyen la apuesta al Ayurveda, o que también son seguidores o coincidan en determinadas prácticas y preferencias alimentarias, favorece compatibilizar regímenes alimentarios y coordinar los horarios de las comidas y los del descanso.

Como vimos, el gusto por la actividad de cocinar e innovar en el repertorio culinario favorece la práctica del Ayurveda. Sin embargo, los entrevistados menos afectos a cocinar logran sostener la práctica desarrollando *estrategias de simplificación*

en la preparación de las comidas para implementar la dieta apropiada, sin dedicar demasiado tiempo ni esfuerzo cotidiano a esta tarea. El nicho de viandas y productos ayurvédicos elaborados es un recurso adicional que algunos movilizan como parte de la estrategia de simplificación, a lo que se suman las recetas de libros escritos por los especialistas locales que permiten ir incorporando nuevos productos y formas de elaborar comidas sencillas, facilitando el proceso de aprendizaje y la modificación de las costumbres culinarias²⁹. E5, por ejemplo, se sintió muy atraída por la alimentación ayurvédica por la posibilidad de diversificar las comidas, contrastando esta particularidad tanto con la alimentación tradicional como con versiones naturistas menos ricas en sabores y aromas, o regímenes más restrictivos como la macrobiótica en los que previamente había incursionado. E5, sin embargo, se autodefinió como *“un poco vaga con la comida, no soy de andar cocinando y andar comprando catorce clases de verduras”*, y recurre entonces a la compra de viandas ayurvédicas en dietéticas próximas a su hogar, en el barrio de Palermo. E11, también sin demasiado entusiasmo por la actividad de cocinar, pero con una cocina muy bien provista de especias, variedad de legumbres y semillas, considera que tiene una dieta vegetariana “básica” y que con el Ayurveda aprendió a incorporar fundamentalmente las especias y tés herbales variados.

29 La “externalización” de la preparación de la comida a través del *delivery* y la compra de productos elaborados es una práctica de consumo en crecimiento en los hogares del AMBA, según su poder adquisitivo y localización (Traversa, 2011a: 159-60). Como hemos destacado a lo largo de este documento, esta modalidad se extiende a los productos alternativos, a través del circuito de dietéticas, restaurantes, elaboración de viandas, etc., y al nicho más exclusivo de productos ayurvédicos.

Ciertas circunstancias vitales llevan a estrategias adicionales para complementar la dieta ayurvédica cuando las nuevas demandas familiares o laborales reducen la posibilidad de la elaboración casera de las comidas. Así es que E8 durante el embarazo implementó una modalidad alternativa de comer “ayurvédicamente” que le sugirió la Dra 1, además de recurrir a comprar comidas preparadas en su red de conocidos:

E8: A veces me cansaba, en la época del embarazo ya estaba como saturada de esa comida, y ella me decía todo bien, hacé picadas, no es que me decía comé no sé qué raíz, ella me decía comé picada de aceituna con no sé qué (...)

B: ¿Y te cocinabas vos?

E8: Antes sí, pero después ya no, ya me daba fiaca. Tengo unas amigas devotas de Hare Krishna que cocinan un poco esto, que viven por acá y traen comidas.

De manera similar, en el caso de E10, la transición a la paternidad y las obligaciones laborales lo llevaron a combinar la preparación casera de comidas con la compra de productos elaborados.

Fuera del hogar, y del espacio y tiempo del trabajo, los entrevistados también lograron acomodar sus preferencias a lo que ofrecen los restaurantes porteños estándar. Esto facilita el intercambio social con aquellos que no comparten regímenes alimentarios similares, sin alterar rituales o rutinas en torno a la comensalidad, pero animándose a salirse de las elecciones habituales del menú porteño:

Me di cuenta que si yo me fijo en el menú de cualquier restaurante, aún de la parilla más clásica de Buenos Aires, vas a encontrar algo que podes comer, vas a encontrar una mezcla de ensalada que podes comer, vas a poder pedir determinado plato que está hecho pero le vas a decir no le pongas tal cosa, si

es posible, ¿viste? o en vez de combinarla con, puede ser una ensalada de rúcula, en vez de las papas fritas, por ejemplo, o radicheta, este o zanahoria, zanahoria podemos comer todos y fantástica, calabaza también, batata varios también y eso hay en los restaurantes, el tema es animarse a pedirlo (E4).

E8 refiere a esta posibilidad de maniobrar lo que ofrece el circuito de la alimentación tradicional para no desviarse de la propia práctica como “*comer Ayurveda*”, término con el que sintetiza la incorporación de principios ayurvédicos junto con los de una alimentación vegetariana equilibrada en términos nutricionales convencionales, saber que con el tiempo se implementa de manera intuitiva:

Yo sé que si voy a comer pizza, la pizza no es un alimento, no me voy a comer cuatro porciones, además no puedo tampoco; me como una pizza y una fainá, y la fainá tiene garbanzos, entonces ya sé que con eso estoy bien. Si al garbanzo le puedo poner limón, porque el ácido del limón con el ingrediente del garbanzo se genera la absorción más perfecta del hierro, ya lo hago. Y si puedo comer fainá solo mejor, porque es re-pesada la pizza. Eso sería comer Ayurveda (E8).

En ocasiones, sin embargo, algunas prácticas no se ajustan a las expectativas sociales de consumo en los establecimientos de comida convencionales, tornándose difíciles de implementar por desfasaje cultural o criterios comerciales como ser, pedir agua caliente en lugar de una infusión (rutina que como vimos algunos siguen en su hogar y lugar de trabajo), o directamente no consumir bebidas para distanciar la toma de líquidos de la ingesta de comidas.

A las estrategias de acomodamiento exitosas en el circuito de establecimientos gastronómicos tradicionales, se suman la de manejarse en el circuito de consumo de la alimentación alternativa. Esta opera a través de la propia exploración de la red de los restaurantes y de las sugerencias de los conocidos, además del asesoramiento que brindan los especialistas a través de las listas de comercios que distribuyen en las consultas.

Entre los más jóvenes, el círculo más cercano de amigos que comparten elecciones alimentarias no convencionales favorece sostener las rutinas ayurvédicas, como comenta E17: *“En realidad mis más amigos no comen pizza, si te soy muy sincera, como que la gente que tengo más, más cerca, no sé están a full con este tema (...) con Ayurveda y ahora con comida viva a full”*. En su caso, además de evitar comer fuera de su casa por desconfianza en el proceso de elaboración de las comidas, su gusto por cocinar le permite recrear sus vínculos de amistad a través de encuentros culinarios no convencionales en su hogar:

No me interesa pagarle a alguien para que me dé de comer algo que no sé ni qué es, cuando yo puedo hacer acá. Me gusta mucho, mucho, mucho invitar a mis amigos a comer y a todo el mundo le copa mi comida, aunque es un poco picante (...) he hecho grandes reuniones de treinta personas a comer, me encanta y amo eso (E17).

Sin embargo, en el contexto de los encuentros familiares es más difícil ajustar las necesidades y decisiones personales con las expectativas del entorno, aunque con el tiempo algunas entrevistadas comentaron que lograron una mayor aceptación y hasta modificar los hábitos alimentarios de los

padres, por ejemplo, inculcándoles nuevos principios sobre la alimentación saludable como una modalidad de reeducación inter-generacional. Cabe destacar que no es el Ayurveda sino la práctica previa del vegetarianismo lo que inicialmente produce el desajuste en el grupo familiar frente a la cultura alimentaria dominante en nuestro medio que es carnívora por excelencia³⁰. Como Beardstorth and Keil (1992) lo plantean, el ámbito de las relaciones familiares es potencialmente desafiante para los seguidores del vegetarianismo cuando la elección alimentaria resulta disruptiva de los hábitos culinarios transmitidos en la familia. El desajuste puede generar distintas reacciones del grupo, que como relata E9 fueron del cuestionamiento al cambio en el régimen alimentario:

Y a mi familia le costó al principio un poco. Después se dieron cuenta que era simplemente variar el menú, agregar un poco más de verdura, y se adaptaron perfecto, es más, ahora todos en mi familia casi que no comen carne; o sea no es que dejaron completamente, pero no lo tienen como algo habitual, lo hacen en alguna ocasión, porque se da o algo así, y eso es muy loco, tanto mis padres, que cambiaron enorme la forma de alimentación, como mis abuelos, cambiaron. A causa un poco de que, bueno, al estar nosotras siempre había que tener un menú distinto (E9).

Como veremos en el capítulo 4, fuera del espacio del hogar es común que los entrevistados realicen una flexibilización

30 Si bien a medida que se asciende en la escala social se diversifica el patrón alimentario en el AMBA y se atiende a los criterios normativos de consumir alimentos saludables (Aguirre, 2006), todos los sectores sociales son fundamentalmente carnívoros. El consumo de carne roja es en la cultura rioplatense un signo identitario étnico y de pertenencia grupal (Aguirre, 1997), y ocupa el primero lugar en la preferencia de los repertorios culinarios de todas las clases sociales (Traversa, 2011a, b).

situacional de las rutinas alimentarias en vistas a balancear el cuidado personal con las demandas de sociabilidad, y las rutinas y rituales familiares, en un medio socio-cultural que es adverso a varias de las recomendaciones ayurvédicas.

Los beneficios para la salud, el vínculo terapéutico, y las estrategias de complementariedad

Que los seguidores experimenten los múltiples beneficios del Ayurveda es la condición más obvia para sostener la práctica inclusiva. Los beneficios se observan por eficacia puntual para tratar alguna o varias condiciones de salud en un tiempo razonable, así como por los aprendizajes que se logran cultivar para la prevención y el autocuidado, que como vimos se interpretan como un *re-skilling* y empoderamiento. Sostener la práctica del Ayurveda para observar sus beneficios requiere desarrollar varias competencias vinculadas con el autocuidado. El Ayurveda es presentado como el arte de cuidarse uno mismo en la literatura nacional e internacional de divulgación, en Internet y en los cursos y charlas que brindan diversos especialistas de la red local. El autocuidado es un componente central del plan terapéutico cuando la práctica está mediada por la guía de un médico especializado en la disciplina, así como entre seguidores inclusivos del Ayurveda que han recibido entrenamiento profesional y prescinden de tal asesoramiento.

La disposición a embarcarse en dicho proceso de aprendizaje, basado en la auto-observación y en la incorporación progresiva de principios básicos del Ayurveda para mantener la salud o corregir desequilibrios que se manifiestan en signos y síntomas físicos y mentales, o enfermedades específicas, es variable en

términos de alcance y profundidad. Para los seguidores inclusivos estables el proceso de aprendizaje es de largo plazo. Aprenden, mediante la interacción con el médico, y sus propias búsquedas de información y el intercambio con otros especialistas de la red, qué hacer para prevenir desequilibrios y también qué prácticas de autosanación emplear ante malestares menores.

En este proceso resulta central en el seguimiento del Ayurveda el vínculo de confianza que se establece con el médico que guía la práctica. Aquellos que son experimentados seguidores del Ayurveda han forjado un lazo terapéutico basado en la confianza y la admiración por el especialista, por su conocimiento de la disciplina, disposición al diálogo y capacidad didáctica. Valoran que el especialista esté abierto a escuchar sus intereses y preferencias, y posibilidades de implementar los planes de equilibrio atendiendo a los condicionamientos de su vida cotidiana, contemplando estas circunstancias al indicar los planes. La consulta se describe como un encuentro en el que “dialogan”, y en el que el médico sugiere tratamientos y prácticas sin imponerlas unilateralmente sino que se acuerdan de manera consensuada y gradual atendiendo a las necesidades específicas del paciente. Al igual que las entrevistadas “pragmáticas”, la reconstrucción que realizan del vínculo terapéutico humanizado evoca el ideal de una relación centrada en las necesidades del paciente (Heritage y Maynard 2006).

En este grupo algunos destacan el hecho de poder entablar un vínculo menos asimétrico, y de este modo, en la descripción de la relación terapéutica se desdibuja el papel del médico como depositario exclusivo del saber y el del paciente como

un receptor pasivo de indicaciones que debe cumplir. Cuando además se comparten otros saberes e intereses, la posibilidad de intercambio se potencia disminuyendo la distancia profesional-lego como estructurador del vínculo:

Me pareció muy interesante, porque es astróloga también, porque tiene una mirada muy abierta, que no se pone como rígida. También me recomendó, a mí me gustan mucho los cristales y le conté un poco a ella, un comentario, también se genera ese diálogo, eso me gustaba de esta medicina, que no se pone en el papel de yo no soy como vos, o no sé qué, sino que es una cosa que todos tenemos, que es algo natural. Cuando le dije que me gustaban mucho los cristales ella me dijo ‘ah, te voy a presentar a una amiga’ (...)y empecé a trabajar con cristales, que el Ayurveda también tiene, las ramas más antiguas también trabajan con cristales (E8).

E8, justamente, contrasta el vínculo terapéutico basado en un *background* compartido de experiencias e intereses y conceptos de salud, y en el reconocimiento del paciente en su integralidad (Sointu, 2012) con la interacción típica con los médicos convencionales, que cuestionan y descalifican varias de sus elecciones de estilo de vida, en particular las alimentarias. Estas experiencias la han llevado a hacer un uso instrumental de la biomedicina, para chequeos y urgencias, y a recurrir a médicos heterodoxos como primera opción de atención especializada tanto para el cuidado personal como para el de su pequeño hijo de tres años

Pero aún cuando el encuentro con el médico no medie la expectativa de un vínculo menos asimétrico, en cuanto a la dimensión de la autoridad terapéutica, al enfatizar el Ayurveda

fundamentalmente cambios que afectan el estilo de vida, los entrevistados consideran fundamental que el médico no “imponga” tratamientos o prácticas sin contemplar la realidad y preferencias del paciente. Valoran en este sentido que sugieran, orienten y expliquen la racionalidad de las indicaciones. En el caso de E5, vemos cómo la entrevistada acuerda con su médica la gradualidad del plan terapéutico:

Le conté un poco mi modalidad, y que sí yo me ponía a hacer todo, todo lo que había que hacer, iba a dejar en dos meses, y ella me dijo que es cierto, que en general, las personas que hacen todo a full de entrada, hacen un cambio abrupto después no lo podes sostener. Entonces cuando de hecho yo pregunté, cuándo vuelvo, cuándo te pido la próxima hora, me dijo ‘esperá, te va a llevar seis, ocho meses, incorporar esto que ahora te dije. Una vez que lo tengas, y que veas con qué cosas tenés afinidad, con cuáles no y eso, volvemos a replantear (E5).

E5 nos leyó partes de las indicaciones escritas que le entregó la Dra1 en la primera consulta, poniendo especialmente de relieve el carácter no dogmático en la transmisión del enfoque terapéutico y el estilo no paternalista de la consulta y del lenguaje del texto.

Debido a que la mayoría de los entrevistados tiene una larga trayectoria como usuarios de medicinas alternativas, estas experiencias de cuidado constituyen, siguiendo a Sointu (2012), un “capital cultural holístico”. Este capital diferencial actúa positivamente en la interacción con el médico ayurvédico, y en las mutuas expectativas de que el vínculo terapéutico esté orientado al autocuidado y el autoconocimiento, fortaleciendo

el sentimiento de mayor simetría por parte del paciente. A ello se suma que varios entrevistados tienen formación profesional, incluso en el campo del cuidado holístico, lo que también favorece el intercambio entre “pares”.

Para algunos entrevistados, el especialista se convierte en su médico de cabecera –reemplazando la figura del médico clínico– y para otros deviene en un importante referente en su red de médicos y terapeutas alternativos. El patrón pluralista se encuadra dentro del “eclecticismo” documentado en la literatura sobre usuarios de medicinas alternativas (Sharma, 1996), versus lo que podríamos denominar el “purismo” terapéutico alternativo. Para los entrevistados, el eclecticismo cobra sentido en el marco de sus trayectorias de cuidado holísticas previas, paralelas y /o posteriores. Entran en consideración la eficacia de los tratamientos, las prácticas preventivas, el vínculo de confianza con los distintos profesionales, y su interés por explorar distintas modalidades de cuidado sin depositar una lealtad exclusiva en un especialista ni en un único sistema terapéutico. En este sentido, ponen en uso una lógica de complementación y jerarquización de recursos terapéuticos dentro del amplio abanico de las medicinas alternativas. Así por ejemplo, E12 tiene a la Dra 1 “*médica ayurvédica de cabecera*” pero además se atiende con su médico homeópata de confianza, aun cuando su médica Ayurveda integre homeopatía. De manera similar, E16, se trata con homeopatía y Ayurveda porque el Dr 3 incorpora ambas medicinas en su práctica y es su principal referente médico tras décadas de ser su paciente, pero además consulta a un especialista en medicina china que le prescribe una medicación para tratar una hernia hiatal.

Para los más jóvenes que se iniciaron en el Ayurveda desde una lógica de trabajar en el estado de salud y bienestar psico-emocional, o lo que Sointu (2006) denomina “técnicas de bienestar”, el eclecticismo cobra sentido por la complementariedad y sinergia entre los distintos enfoques y su preferencia por explorar – según su posibilidad diferencial de afrontar los costos de consultas y tratamientos– en el variado espectro de lo “alternativo”. Por ejemplo, E9, pese a ser muy joven, está construyendo su red de médicos y terapeutas alternativos, a los que consulta de manera alternada o combinada con distintos propósitos, pero fundamentalmente orientada por el trabajo desde la salud holística:

E9: Me gusta lo alternativo, eh, reflexología, o acupuntura, o no sé, astrología o piedras, varias hice. Sí, sí, no tengo igual ningún problema de salud. Soy más bien de trabajar... [para prevenir]. Siempre me gustó buscar lo alternativo. Por ejemplo, no sé, ir a la San Rafael que es la antroposófica, y ahí hay médicos. Estoy tratando de tener así *mi* sistema médico
 B: ¿Tu sistema que sean médicos *pero* alternativos?

E9: Claro, claro, que mezclen, sí, estoy tratando.

El uso de la biomedicina es suplementario entre este grupo de seguidores del Ayurveda, básicamente con propósitos diagnósticos, chequeos preventivos, y atención de urgencias o emergencias. Por su familiaridad con el uso de varias MAC y/o la experiencia prolongada con el Ayurveda, la mayoría se encuadra en la pauta de elección de medicinas no convencionales como primera preferencia de cuidado. Según trabajos internacionales, constituyen una minoría dentro del grupo de usuarios de MACs y presentan perfiles ideológico-culturales diferenciados en

cuanto a posturas más críticas de la biomedicina y al deseo de ejercer un mayor control personal en el cuidado de la salud (Astin, 1998). Nuestros datos coinciden con esta caracterización, aunque observamos variabilidad en la crítica y en la disposición a recurrir a los tratamientos biomédicos. Así, para una condición crónica como el hipotiroidismo, E16 utiliza medicación alopática, decisión que consensuó con el Dr 3, y E6, tras experimentar con la alimentación ayurvédica por un tiempo sin efectos positivos, recurrió al tratamiento convencional para controlar su trastorno metabólico.

2.3. Algunos dilemas con el seguimiento del Ayurveda: límites en la eficacia y el vínculo terapéutico cuestionado

Aquellos que con el tiempo experimentan un “techo” en el plan terapéutico ayurvédico para un problema de salud crónico pueden poner en duda los beneficios de la práctica y el vínculo con el especialista, reclamando el lugar de autoridad terapéutica del médico, y cuestionando en términos más generales los límites de la implementación del Ayurveda como sistema médico en nuestro medio.

Como muy pertinentemente lo plantea Sharma (1994:92), en las medicinas que favorecen el *strong holism* la responsabilidad terapéutica puede variar a lo largo del tiempo de un polo al otro de la díada médico-paciente. Más que una situación de suma cero, opera una suerte de balance entre el empoderamiento que el paciente cultiva para ejercer control sobre su salud, y la confianza y dependencia en la *expertise* del especialista para guiarlo en diferentes momentos y situaciones de su trayectoria terapéutica. Sólo un entrevistado atravesó una situación

conflictiva en este sentido tras una larga trayectoria como practicante de Ayurveda. Se trata de E10, quien a través de la homeopatía y el Ayurveda (además del uso complementario de medicina china) trató un problema de infertilidad con éxito, y había logrado controlar también su hipercolesterolemia genética por años. Además de la alimentación, rutinas diarias de ejercicio, y medicación homeopática, utilizaba un preparado ayurvédico (*trikatu*) que él mismo elaboraba para mantener bajos los niveles de colesterol:

Es una cucharada que te lo tomás de tres pimientas juntas, con un poquito de agua tibia, lo tomás así, parece una ginebra Bols, que te... todo el cuerpo, te agarra una reacción en todo el cuerpo, pero de calor, como que eso barre placas de colesterol y ayuda al metabolismo de las grasas. Eso entre otras cosas, semillas de lino, semillas de girasol, semillas de chía, semillas de... salvado de avena, lecitina de soja, limón... Pero me bajaba cien puntos [el valor del colesterol en sangre] (E10).

Cuando lo entrevistamos, estaba experimentando el límite en la eficacia del tratamiento y evaluando con el Dr3 la posibilidad de recurrir a la medicación alopática convencional para el control de este factor de riesgo:

Es un momento bisagra exactamente éste, porque yo me siento muy bien, durante todos estos años, cada vez que tenía un síntoma físico se me ha ido con hierbas, con medicaciones, no tomo medicamento alopático, nunca en mi vida he tomado, en cuarenta años, tomé el año pasado uno por primera vez casi te diría, que tenga memoria. Llegamos [a esa decisión con el Dr3] porque, viste, un dolor de garganta profundo que no se iba (E10).

Con antecedentes familiares de enfermedades

cardiovasculares, E10 estaba muy atento a su condición y ponía en cuestión hasta cuándo apostar al Ayurveda. Por un lado, atribuía un efecto de ineficacia a su propia duda sobre los límites experimentados con el tratamiento, “*yo no sé cuánto tiempo puedo mantener el campo vibracional y quedarme en ese tratamiento; en el punto en que yo dudo, mi sistema está creando colesterol, está sosteniendo la patología*”. Por el otro, cuestionaba, el alcance de la responsabilidad e iniciativa del médico para cambiar el curso de acción en un contexto de falta de eficacia, frente a la autonomía del paciente para decidirlo. “*Hasta acá llega el Ayurveda*”—comenta E10 que le dijo su médico, lo que lo ha llevado a cuestionar no el enfoque en sí sino los límites de su potencial de aplicación en nuestro medio. La falta de desarrollo institucional, por un lado, y la escasa legitimidad social de no considerar a la biomedicina como primer recurso para esa condición de salud, siendo la respuesta normativa la medicación alopática, dificultan a su entender seguir apostando al Ayurveda:

No hay una clínica ayurvédica donde yo podría ir, interactuar, donde haya acciones sobre el medio social, donde esto se pueda sostener (...). Vos tenés el colesterol alto, vas a cualquier reunión y te dicen *‘pero andá al médico, te dan una pastilla’* (...) ¿Por qué hay una respuesta que tranquiliza para la alopátia, y no hay una respuesta que tranquilice para el Ayurveda? Porque no hay un sistema, y el médico se corre, cuando tiene que jugarse, no, entonces hasta acá llega el Ayurveda (...). Entonces yo sé que caigo en la alopátia quizás ahora (E10).

3. El tránsito por una consulta médica y la intermitencia en el seguimiento del Ayurveda: eclecticismo, contingencias e imposibilidades prácticas

Dos entrevistadas realizaron una consulta médica Ayurveda con una gran motivación por interiorizarse en el enfoque, pero diferentes circunstancias contextuales, contingencias, y decisiones personales las llevaron a discontinuar las consultas y la práctica misma del Ayurveda.

E14 se interesó en el Ayurveda por la centralidad que otorga a la alimentación alternativa individualizada en el cuidado de la salud, y porque quería encontrar un “médico alternativo de cabecera” que la guiara en el camino de la medicina alternativa, y complementara la orientación que le brindaba su maestra de trabajo corporal, principal orientadora hasta ese momento en su red personal de sus exploraciones en prácticas corporales y alimentarias. Realizó para ello una consulta con un médico en un centro donde trabajan varios especialistas, eligiéndolo por el menor tiempo de espera y costo de la consulta. Teniendo ella un estilo de vida saludable desde la perspectiva ayurvédica, su plan consistió en sugerencias para individualizar la dieta, la incorporación de tés y tisanas de hierbas y especias, así como ejercicios físicos, rutinas de automasaje y la regulación de los horarios de las comidas y descanso. Para E14, con 26 años, la consulta le sirvió como una instancia de “chequeo” de su estilo de vida. Pese a su disponibilidad para realizar una segunda consulta médica, una serie de contingencias y factores organizacionales hicieron que no la concretara: el médico que la había atendido estaba de viaje, y ella decidió no consultar con otro especialista, a lo que se sumó nuevamente la falta de disponibilidad de turnos, *“yo hubiera vuelto, pero cuando voy a pedir el turno la secretaria me dice que no tenían turnos hasta marzo, esto*

era octubre”. Retrospectivamente evalúa la experiencia con el Ayurveda como una instancia más de exploración en el mundo de las medicinas holísticas, siendo que con posterioridad utilizó medicina china para un problema alérgico, y también probó con homeopatía. Su tránsito por distintos mundos terapéuticos le permitió poner la experiencia con el Ayurveda en perspectiva, concluyendo que no practicaba Ayurveda, sino que lo consideraba como un conjunto de recursos y herramientas que puede activar según las necesidades de cuidado y el contexto (incluyendo a la biomedicina en el repertorio terapéutico):

No me casé con eso [el Ayurveda], digamos, como que fue como ah, bueno, vengo bastante bien, bárbaro, me fijé si había algo que me servía, en un tiempo...(…). Lo tengo presente, pero desde ese lugar, desde el lugar de herramienta, digamos, ¿no?, cuando siento que algo de eso me puede servir o ayudar, en ese momento lo uso, pero no es que ‘ah, yo practico Ayurveda’, digamos, no. (...)Seguí otro camino, hice otras cosas, también, nada, la cosa me fue llevando a que lo que fui necesitando (E14).

Tras relatarnos su experiencia con otras medicinas alternativas posteriores al encuentro con el Ayurveda, le preguntamos si había finalmente encontrado un médico alternativo de cabecera. Su conclusión fue que uno tiene que convertirse en su propio médico de cabecera, respuesta que encierra varias ideas muy interesantes acerca del holismo radical (Sharma, 1994). En la búsqueda de balancear la ecuación de responsabilidad en el cuidado, E14 desmitifica la autoridad absoluta del médico y humaniza su rol, a la vez que deposita en el paciente una importante cuota de responsabilidad y autonomía. Se trata de un proceso de aprendizaje que se logra a través del tránsito por

distintas experiencias terapéuticas y de la auto-evaluación de las necesidades cambiantes de atención especializada. Tránsito que se realiza en interacción con los otros significantes en las redes personales de cuidado (Pescosolido, 1992). Lo que la literatura habitualmente identifica como un comportamiento “consumista” para dar cuenta de la experimentación con las medicinas no convencionales, para E14 consiste en un proceso de aprendizaje en interacción con sus consejeros de confianza sobre cómo identificar necesidades diferenciales de cuidado y hacer uso de variados recursos terapéuticos a lo largo del tiempo³¹. Se trata de un patrón de cuidado construido en torno al valor de autonomía que cobra significado en la trayectoria más amplia de experiencias terapéuticas (Sharma, 1996)³². Por su parte, Sointu (2012: 127-128) caracteriza a este estilo de seguidores como *empowered pragmatics*, que como buscadores eclécticos toman de cada terapia y especialista lo más conveniente para ellos a partir de su propio juicio calificado sobre lo que es apropiado para sus proyectos vitales. La reflexión de E14 encuadra con dicho perfil de experimentador:

Creo que es uno el que en un punto mejor se conoce, y el otro

31 En la experiencia que reconstruye E14 sobre su itinerario terapéutico no median enfermedades crónicas serias ni episodios de enfermedades graves, situaciones vitales en las que el sentimiento de vulnerabilidad tiende a exacerbar la dependencia emocional y la fe en la competencia técnica del médico (Lupton, 1996c).

32 E18, con 53 años también tuvo un tránsito ocasional por el Ayurveda, tras realizar una consulta con la Dra 7 para que lo guiara en su iniciación en el veganismo. Debido a que la Dra7 no concordaba con su elección de régimen alimentario y le sugirió una dieta ovo-lacto-vegetariana, E18 no siguió el plan terapéutico indicado ni realizó una segunda consulta. Experimentado usuario de medicinas alternativas, practicante y activista del vegetarianismo, su decisión claramente expresa un comportamiento de “consumidor insatisfecho” que se distancia de la lógica de humanizar la relación médico-paciente y replanteo de responsabilidades en el cuidado articulada por E14.

tiene herramientas que claramente te pueden ayudar, pero es eso, son ayudas y son aportes, pero quien está en uno es uno, digamos, en un punto, entonces está buenísimo, y la mirada del otro es súper rica y súper necesaria, o sea, no... es peligroso por ahí eso... no es desde un lugar de...(...) es desde un lugar de conciencia, ¿no?, y de poder realmente ser uno y otro, y poder entrar en diálogo con eso.(...) Es un lugar también de actividad y de responsabilidad, me parece, ¿no?, y también en un punto de madurez y adultez, me parece, de no esperar que sea otro siempre el que nos solucione y nos dé las respuestas de todo, ¿no?, de poder trabajar en conjunto con otro, ¿no?. Yo voy buscando en función de por qué sea (...) Todos son posibles, por eso te digo que en realidad creo que... Y también consulto mucho a [X, su maestra de alineamiento corporal] que ella también tiene como una trayectoria muy...Un camino de búsqueda, y de trabajo personal muy grande (...). Y ahora que yo ya tengo... más recorrido y conozco a varios, también yo hago ese ejercicio (...). También me parece que es humanizar... bueno, por ahí me voy en... pero es también me parece humanizar al otro, ¿no?, en este sentido de que, bueno, tiene... [sus] límites también (E14).

E13, con 31 años, comparte una concepción similar acerca del tránsito por distintas medicinas alternativas como un camino de autoconocimiento en la que se busca no “convertirse” en un adepto a un sistema particular sino en un experimentador y conocedor de diferentes opciones de cuidado, por su eventual complementariedad y sinergia. Previo a su encuentro con el Ayurveda había utilizado homeopatía, acupuntura, osteopatía, reiki, astrología, terapias florales y shamánicas por su “*gusto por lo alternativo*”, pero también, a diferencia de E14, para tratar un problema específico de salud: un blefaroespasmo en su ojo izquierdo, condición viral crónica originada por una situación de estrés que padecía desde hacía unos cuatro años. Su búsqueda de tratamientos alternativos se debía a que inicialmente le habían

propuesto una cirugía cerebral a la que se resistía de plano:

Yo lo miraba [al neurocirujano] diciendo ¿vos te creés que yo me voy a abrir el cráneo para que vos me pongas un pedazo de tela? No, de ninguna manera (...) empecé a indagar rechazando lo alopático y hurgando entre todas las medicinas alternativas posibles.

Realizó una consulta médica Ayurveda atraída por la comida ayurvédica que compartía con una compañera de la facultad durante las horas de estudio, y porque entendía que el régimen alimentario sería beneficioso para su problema de salud. E13 entabló un muy buen vínculo terapéutico con la Dra 1 tras la primera consulta. A estas circunstancias facilitadoras y motivación personal se sumaron las de contar con una pareja con la que compartía el gusto por la cocina y la posibilidad de compatibilizar los cambios sugeridos en la alimentación, además de tener un círculo de amigos afines a sus preferencias alimentarias. E13 mantuvo el régimen de vida ayurvédico a “*rajatabla*” por seis meses (cambios en la alimentación, horarios de descanso y de las comidas, práctica del yoga y meditación). Los beneficios fueron inmediatos:

Nunca me sentí tan bien físicamente, liviana, viste, como esta sensación de terminar de comer y no sentirte llena, que es como la costumbre del argentino (...) yo dije ¿cómo voy a incorporar el curry, la cúrcuma, cosas que son muy poco comunes?, y me fascinaron, o sea, de repente la canela a la mañana es como...(...) Y empecé a disfrutar muchísimo del comer. Cuando te hacés la comida como va, como dice el libro y te sentás a comer así, es mágico (E13).

Pese a su entusiasmo e interés en profundizar la práctica, los

beneficios experimentados y las condiciones facilitadoras en el hogar, los impedimentos de su trabajo la obligaron con el tiempo a “*caducar*” con las prácticas ayurvédica. A ello se sumaban las costumbres culinarias locales y el ritmo general de vida en Buenos Aires, lo que la llevó a evaluar que varias prácticas eran inviábiles fuera del ámbito del hogar y del círculo más reducido de pares con quienes se comparten regímenes alimentarios afines:

En el contexto laboral, era levantarme una hora antes, prepararme lo de media mañana, el almuerzo, lo de media tarde, si es que no llegaba a mi casa a la noche después de cenar también la cena; entonces te hace circular como a contramano de muchas cosas Y empezás a ver los hábitos alimenticios de los argentinos y es un desastre (...). Salís de lo [de la Dra 1] y ipero me tengo que ir a vivir a Suiza!(...) nunca dejé la rutina de las bases de las comidas y la forma de cocinar en mi casa, pero sí empecé a caducar en lo social (E13).

Pese al *intermezzo* en las rutinas ayurvédicas, E14 estaba planificando realizar una nueva consulta para “reencauzar” su práctica, que evaluaba que había sido una modalidad de seguimiento de “pacotilla”. Esperaba de este modo recobrar un mayor equilibrio en su estilo de vida (más allá de su problema puntual de salud que decidió tratar con botox como alternativa a la cirugía, si la obra social cubría los costos): “ *fueron seis meses de rajatabla y cuatro meses de hacer cualquiera otra vez, y recién ahora estoy como volviendo a encontrar un equilibrio*” (E13).

4. El desencanto con el Ayurveda

A diferencia de las entrevistadas que discontinuaron el

seguimiento del Ayurveda por imposibilidades prácticas, contingencias, o impedimentos externos, dos entrevistados iniciaron la práctica del Ayurveda de manera inclusiva y tras sostenerla por unos pocos meses la abandonaron por desencanto con el enfoque y/o un vínculo problemático con el especialista. En el caso de E1, buscaba interiorizarse en una práctica alimentaria con fines depurativos y espirituales; y en el de E7, solucionar un problema médico específico, para el cual no obtuvo buenos resultados.

E1, pese a tener una gran afinidad y experiencia previa con varias medicinas y prácticas alimentarias alternativas e interés en la filosofía hindú, experimentó el estilo de vida ayurvédico como muy rígido, al punto de “*no soportarlo*”. Recuerda su interés en el Ayurveda como una exploración más en el marco una trayectoria de prácticas vinculadas con la espiritualidad y el cuidado del cuerpo de origen oriental:

Hice todo tipo de exploración que tuviera que ver con lo espiritual, con la meditación, con no comer carne (...) Siempre me gustó esto de estar sana, y la sensación del cuerpo limpio, depurado. (...) A los treinta y cuatro años, treinta y cinco, a partir de una gente conocida, quise explorar lo que era, y fui a un médico Ayurveda. Me pareció súper interesante por toda la ideología hindú que yo tenía en ese momento, más ligada a lo filosófico que a lo alimentario (E1).

Aunque rememora con ironía la experiencia de incursión en el Ayurveda, “*pretendía ‘iluminarme’ a través de la alimentación*”, su relato pone de relieve que las elecciones alimentarias y la atención a las necesidades del cuerpo han sido componentes centrales de su construcción identitaria, otorgando coherencia narrativa a su trayectoria vital (Giddens, 1991:75; Lupton,

1996a): “*siempre unía algo que tuviera coherencia entre lo que uno come, lo que uno hace, de lo que uno trabaja, digamos, que tuviera una coherencia*” (E1).

La experiencia con el Ayurveda transcurrió mientras seguía utilizando otro enfoque médico alternativo, la antroposofía, con el que había experimentado beneficios para problemas puntuales de salud. Es llamativo que la entrevistada diferencie la antroposofía como sistema médico, de las expectativas limitadas que había depositado en el Ayurveda como una modalidad de ascetismo alimentario³³. Se trata de una variante de “jerarquización” y demarcación en el marco del eclecticismo alternativo que veníamos comentando para los seguidores estables del Ayurveda: “[*no dejé la antroposofía*] *porque una cosa es la alimentación y otra cosa es... lo médico, digamos*”. En el caso de la trayectoria de cuidado de E1, lo “médico” está asociado a tratar una patología (alergias que sufría desde niña, y que anteriormente había tratado con homeopatía), demarcando con esta distinción el dominio de prácticas de tratamiento médico de sus variadas experiencias de purificación alimentaria. Explorar el camino propuesto por el Ayurveda cobraba sentido además por su interés en la cultura de la India y su gusto por la cocina étnica.

33 Howell (1995; 176) al analizar procesos contemporáneos de difusión cultural de Oriente a Occidente, señala cómo el interés por el misticismo oriental, particularmente en las tradiciones del hinduismo y del budismo, se corresponde con el vegetarianismo como un medio de obtener una mente y un cuerpo saludables. Puglisi (2009) da cuenta de estas preferencias alimentarias entre seguidores de Sai Baba en Argentina.

Tras su experiencia frustrada con el Ayurveda, agrega otra distinción entre sistemas médicos: los que pueden universalizarse por el uso de medicación, y las prácticas terapéuticas que se sostienen en la alimentación, siendo esta segunda esfera de experiencias culturales más difíciles de transferir e implantar con éxito en otro medio socio-cultural. En este punto, la visión de E1 se opone a las de otros entrevistados que, por el contrario, ponen de relieve la transferibilidad del Ayurveda y las condiciones facilitadoras para su localización.

Fueron los horarios de las comidas y de descanso recomendados donde E1 encontró mayor incompatibilidad con su rutina laboral, y los ritmos urbanos de sociabilidad:

Era comer a las ocho o comer a las ocho, no podías comer a las diez de la noche, si te pasabas hasta las diez, o sea no comías. Tenía que pasar determinada cantidad de horas, tenías que consumir determinadas cosas en determinados momentos, entonces para mí era imposible de hacer (...) Para mí fue una exploración, de un tiempo (...). Si hubiera vivido en el campo, en otro lado, hubiera estado bien, porque realmente es como muy... como fuera de cualquier cuestión social y hábito que uno ya tenga, no se puede insertar (E1).

Las recomendaciones ayurvédicas, además de los horarios, incluían algunas restricciones en bebidas y alimentos, incorporación de hierbas y especias en la dieta, meditación, ayunos, té, y masajes. Su experiencia fue hace unos 15 años, cuando era más difícil conseguir algunos productos que se comercializaban en unas pocas dietéticas del circuito alternativo porteño, lo que agregaba una dificultad adicional a su práctica. A ello se sumaba la vivencia de aislamiento social y

el cuestionamiento de su entorno inmediato por seguir una dieta diametralmente opuesta a la cultura alimentaria dominante, constituyendo “*una rareza*” para su círculo social:

Vos tenés que tener tu comida, que tiene determinadas especias, temperaturas, combinaciones de alimentos, que habitualmente no son los que están en cualquier lugar donde uno va. (...) Era horrible la situación, explicar lo que hacés ...siempre hay como un cuestionamiento ‘¿y para qué lo hacés?’ (...) lo que implique la alimentación, en un desfasaje social complejo (E1).

El carácter individualizado de la dieta le creaba aún más escollos en la vida diaria, para compatibilizar las comidas con la de sus hijas pequeñas: “*es más como un medicamento la comida, digamos, porque es para vos*” (E1). Tras seguir las rutinas por unos meses, paradójicamente, rememora que llegó a sentirse “*una tirana con su cuerpo*”. Incluso llegó a cuestionar la “rigidez” del diagnóstico *doshico* frente a la incomodidad que sentía con algunas rutinas, y lo que ella entendía como cierta superficialidad en el traspaso de un enfoque de cuidado de la salud enraizado en otra cultura. En la ecuación beneficio-esfuerzo en el seguimiento del Ayurveda, E1 reconoce que no teniendo un problema de salud que tratar, no tenía sentido sostener las prácticas sugeridas.

En la experiencia de E7, el desencanto con el Ayurveda resulta de la ineficacia del tratamiento para solucionar un problema de salud puntual, y del vínculo conflictivo con la especialista. Secundariamente entran en juego las dificultades cotidianas para sostener el estilo de vida ayurvédico. E7 realizó una consulta ayurvédica para tratar un problema de obstrucción

nasal por cornetes hipertrofiados asociado con cuadros alérgicos. Su médico clínico le había pronosticado inicialmente que tenía que convivir con las molestias ocasionadas por el problema respiratorio; pero tiempo después, tras consultar a un especialista, descubrió que el diagnóstico era erróneo y que sus molestias eran consecuencia de una desviación del tabique nasal y que tenía una solución quirúrgica. Su experiencia con el Ayurveda transcurrió aproximadamente unos cinco años atrás, tiempo después de haber recibido el primer diagnóstico y pronóstico biomédico que posteriormente resultó ser equivocado, o al menos incompleto. En este contexto rememora críticamente varios aspectos de la interacción con la Dra1, especialmente la rigidez del diagnóstico *dóshico*, y lo que él considera fue una falta de criterio clínico a la hora de evaluar su problema nasal sin recurrir a herramientas de diagnóstico diferencial de la biomedicina:

Me había dado, seguramente conocen las esencias de Just, para ponerme y olerlas, y entre eso y ordenar mi *tridosha*, supuestamente mis cornetes iban a volver a su posición, sin haber, obviamente, preguntado cómo estaba el tabique, eso no lo contempló de ninguna manera. Entonces yo me encontraba con una especie de..., de planteo rígido. A mí me parece que no hizo un diagnóstico cabal de mi situación (...) para este problema puntual, perdí tiempo (E7).

A su cuestionamiento y frustración, se sumaba el descreimiento del médico acerca de la correcta práctica del paciente:

Con eso [la eliminación de los lácteos] era muy estricta, y a veces la llamaba, y por ejemplo era el mediodía, entonces el mediodía supuestamente es el horario donde *pitta* está...El máximo de *pitta*, por el sol, el calor, entonces se supone que

la mucosidad, la congestión, que es *kapha*, baja; y a mí me notaba con la voz nasal, tomada, y también, era como que me retaba, no me creía qué hacía, “¿pero vos estás comiendo lácteos? ¿qué estás haciendo?” (E7).

La exigencia del plan terapéutico para implementarlo en la vida cotidiana, especialmente congeniar la temporalidad del cuidado personal con los ritmos de la vida social, fue otro factor que lo fue alejando del Ayurveda. Sin embargo, a pesar del desencanto (incluso bajó de peso cuando quería recuperar kilos) E7 reconoce algunos beneficios y aprendizajes. En particular, haberse iniciado en la práctica de la meditación (aunque, como veremos en el capítulo 4, tiene una visión crítica de la adopción en Occidente de tradiciones orientales re-significadas como técnicas anti-estrés y de la comercialización de su transmisión), y haber enriquecido la alimentación.

CAPÍTULO 4

FLEXIBILIZACIONES Y CRÍTICAS AL AYURVEDA LOCALIZADO

En el capítulo anterior hemos visto las variaciones en las modalidades de seguimiento del Ayurveda, diferenciando la práctica más acotada de la más inclusiva, y su temporalidad en términos de estabilidad, intermitencias y discontinuidades, producto estas últimas del desencanto con el enfoque y/o el especialista. En este capítulo abordamos dos cuestiones complementarias. Primero, y en el marco de las estrategias exitosas para el seguimiento del Ayurveda, damos cuenta de lo

que denominamos los márgenes de flexibilización de la práctica que todos los entrevistados remarcaron como condición *sine qua non* para su continuidad en el contexto de vida local, y atendiendo a las realidades más específicas de sus mundos de vida. Segundo, abordamos una serie de objeciones de tipo general articuladas por los entrevistados en términos de una crítica sociocultural al Ayurveda localizado, así como una visión también crítica sobre las relaciones de poder y luchas profesionales que estructuran el campo de la salud en Argentina y relegan a las medicinas “alternativas” a un lugar de marginalidad, situación que repercute negativamente en restringir el acceso a recursos de salud a aquellos que solo pueden consumirlos en el sector privado. Si bien no todos nuestros entrevistadores aludieron a aspectos críticos en la difusión e implementación del Ayurveda en nuestro medio, varios de ellos los observaron, perteneciendo ellos o no al circuito profesional de las medicinas alternativas. Reflexionan de este modo sobre factores institucionales y estructurales que limitan o habilitan sus prácticas de cuidado, y que más allá del impacto individual, reproducen condiciones sociales de inequidad en el acceso a recursos de salud.

1. Flexibilizando la práctica del Ayurveda

Todos los entrevistados remarcaron que desde que iniciaron su experiencia con el Ayurveda, o a lo largo del tiempo, flexibilizaron su práctica. Si bien hemos dado cuenta en el capítulo anterior de las estrategias que implementaron para poder sostener las rutinas cotidianas de cuidado en distintas esferas de la vida cotidiana, en un medio socio-cultural que es en gran medida adverso a los preceptos del Ayurveda sobre la buena salud

y el buen vivir, así como de varias condiciones facilitadoras con las que cuentan algunos, lo cierto es que los entrevistados también enfrentan dificultades que les resultan difíciles de sortear, o bien se preservan un margen de decisión acerca de las sugerencias de los especialistas sobre las rutinas de cuidado a implementar. La flexibilidad se relaciona con la posibilidad y el deseo de compatibilizar la práctica del Ayurveda con los ritmos familiares, sociales y laborales, la accesibilidad de algunos de los productos y servicios profesionales, y también con ciertas preferencias alimentarias muy enraizadas en nuestra cultura y gustos personales en torno de la comida que prefieren preservar, aun cuando sean poco saludables.

A través de la flexibilización los entrevistados buscan alcanzar un equilibrio entre la práctica *ideal* del Ayurveda y la *posible*. En este balance toman como referente las sugerencias de los especialistas y la literatura, lo que ellos imaginan que es la versión “*auténtica*” del estilo de vida ayurvédico en India (o la que tuvieron oportunidad de observar en viajes a dicho país), y/o condiciones imaginadas como ideales para la práctica en otros contextos nacionales, evaluando lo que ellos están dispuestos o efectivamente pueden hacer bajo los condicionamientos de su vida cotidiana y las formas de vida local. La distancia entre la práctica ideal y la posible, por supuesto, varía según las condiciones facilitadoras y obstáculos o dificultades por sortear en cada historia personal. Así en un extremo, E19 considera que es imposible seguir un estilo de vida ayurvédico “*puro*” en Buenos Aires, por ser el Ayurveda una práctica terapéutica trasplantada desde otro entorno sociocultural y que exige para su seguimiento adaptaciones que en el contexto de su realidad cotidiana, lo que

la lleva a constantes flexibilizaciones:

Hay cosas que digo bueno, sí, si estuviera en Kerala lo podría hacer, acá en el tipo de vida que tengo me es imposible aplicarlo tal cual, o sea despertarse cuando sale el sol y seguir los ritmos biológicos no me es fácil, pero por momentos que le puedo prestar más atención o estar más consciente de eso sí me resulta. Incluso tomar algunas medicaciones ayurvédicas que tengo como en stock y me las voy administrando. (...) tengo presente qué cosas sí me hacen bien, qué cosas me hacen mal, estoy bastante atenta a si tengo más un elemento que otro porque, me doy cuenta o porque me siento mal o me siento incómoda, o lo que fuere; tengo material de consulta que puedo chequear si tengo alguna duda... pero no sigo un régimen de vida ayurvédico ‘puro’, digamos (E19).

De manera similar, E13, cómo veíamos en el capítulo anterior, al referirse a que practicaba un Ayurveda de “pacotilla” también explicita la dificultad de sostener el estilo de vida ayurvédico, yendo a contramano de las costumbres alimentarias porteñas, la temporalidad laboral, y los ritmos locales de sociabilidad.

Para todos los entrevistados, en mayor o menor medida, la posibilidad de flexibilizar la práctica del Ayurveda ha sido una condición necesaria para poder incorporarla de manera sostenida en la vida cotidiana. En este sentido, fue común que mencionaran que llevan adelante su práctica sin “*fundamentalismos*” ni “*fanatismos*”; por ejemplo, E9 recalcó que “*no me pongo así obsesiva, si no, no podría vivir*”. Debido a la centralidad del régimen alimentario en los planes terapéuticos, el dominio de la práctica que más se flexibiliza es el de las rutinas en torno a la alimentación, y mayormente se vincula con factores contextuales limitantes. A través de las flexibilizaciones los entrevistados

buscan compatibilizar el ideal alimentario ayurvédico con las demandas de la vida social, laboral y familiar, además de entrar en juego la accesibilidad de determinados productos de la dieta, tanto en términos económicos como de cercanía del circuito de abastecimiento. Debido a que seguir ciertos principios ayurvédicos implica “desviarse” en gran medida de la cultura alimentaria dominante porteña (principalmente carnívora, con la cena como principal comida y en un horario tardío, con muy poca variedad de especias, etc.), seguir el régimen alimentario recomendado ocasiona tensiones con las expectativas culinarias locales. Estas tensiones se manifiestan fundamentalmente en rituales y rutinas familiares y sociales organizadas en torno a la comensalidad.

Los antropólogos y sociólogos han mostrado cómo la comida trasciende la esfera de lo natural o biológico para convertirse en una práctica socio-cultural, a través de la cual los sujetos encuentran un medio para afirmarse a sí mismos, como también para indicar la pertenencia a determinado grupo social, étnico y cultural, ya que los alimentos y las prácticas culinarias poseen un extraordinario poder en la definición de los límites entre un “nosotros” y “ellos” (Lupton, 1996: 23-26; Mintz y Du Bois, 2002). Como lo sintetiza Fonseca (2008:29), las prácticas de consumo alimentario tienen la capacidad simbólica de representar la afiliación a determinados grupos y estilos de vida, y generar un sentimiento de identidad compartida, así como de establecer demarcaciones de estatus social (ver Bourdieu, 1984; Aguirre, 2006; 1997). Cuando la dieta de “estilo de vida” (Astin, 1998) indica la afiliación a una minoría o subcultura alimentaria, las negociaciones y ajustes contextuales en el marco de la vida

cotidiana y las relaciones sociales cobran particular relevancia. Variar patrones alimentarios afecta de manera significativa la interacción social, y la pertenencia a un grupo alimentario minoritario puede despertar rechazos, críticas, o aceptación en las redes familiares y sociales (Beardsworth y Keil, 1992; Murcott, 1995; Douglas y Gross, 1981).

Las situaciones de comensalidad potencialmente conflictivas y que conducen a estrategias de flexibilización en el marco de nuestro estudio son rituales sociales y familiares fuertemente arraigados en nuestra cultura como compartir un asado, cuyo carácter celebratorio es universal y aplicable a diferentes situaciones sociales (Traversa, 2011b), brindar por algún acontecimiento, o juntarse con amigos a tomar un café. A las que se agregan situaciones más cotidianas que exigen negociaciones para compatibilizar el régimen alimentario individual con las rutinas familiares, o con los diferentes entornos para comer fuera del hogar (restaurantes, bares, lugar de trabajo) en lo que respecta a horarios, componentes de la dieta, y expectativas sobre consumo de bebidas. Como la comida y la bebida no sólo constituyen un medio para mantener o alterar mecanismos de sociabilidad e identidad colectiva, sino también un vehículo de placer y autoindulgencia frente al imperativo socio-cultural de la dieta saludable (sea éste construido desde el discurso y prácticas más convencionales o de los regímenes alternativos), como veremos, la flexibilización sigue en ocasiones la lógica de “darse un gusto” relajando la disciplina (Lupton, 1996a; Connors et al., 2001).

Sin embargo, la flexibilización que llevan a cabo los

entrevistados trasciende la esfera de la alimentación y se aplica sobre otras recomendaciones en el marco del Ayurveda, tales como rutinas higiénicas diarias, la realización de prácticas corporales, energéticas y espirituales (incluyendo variantes de yoga y meditación), y el uso de medicación. Asimismo, las indicaciones sobre los horarios cruzan todas las esferas, ya que no sólo se busca sincronizar los horarios de sueño y vigilia con los ciclos diarios de la naturaleza, sino que las recomendaciones también se extienden sobre los horarios adecuados para realizar las distintas prácticas, desde las comidas hasta la toma de medicamentos. En este sentido, el margen de maniobra para ajustar el ritmo individual de vida a los preceptos ayurvédicos en cuanto a la temporalidad de diversas rutinas de cuidado cotidianas, también conduce a flexibilizaciones cuando ésta entra en conflicto con la organización temporal de rutinas familiares, sociales y laborales (Jastran et al., 2009). En determinadas circunstancias, la flexibilización horaria obedece a la elección de conformar las expectativas normativas de temporalidad social (Flaherty, 2011: 85-86), por ejemplo, reunirse a cenar con amigos en horarios razonables para las convenciones locales pero “inconvenientes” desde el punto de vista ayurvédico. En otras, responde a cuestiones de practicidad y menor deliberación, como modificar el horario para tomar medicación ayurvédica, por olvido o descuido en el marco de las tareas domésticas que se superponen temporalmente con el horario de la toma. En esta sección desarrollamos las modalidades que adopta la flexibilización en las distintas esferas de la vida cotidiana y la racionalidad que subyace a las mismas.

La flexibilización de las rutinas alimentarias

Los cambios en las rutinas alimentarias pueden ser demandantes, ya que además de la incorporación de nuevos elementos a la dieta y la eliminación de otros, se suman sugerencias sobre los modos de cocinar, como también sobre los horarios y el ambiente apropiados para comer. Es por ello que el ámbito de las prácticas alimentarias es el terreno en donde los entrevistados más flexibilizan las recomendaciones ayurvédicas. No obstante, como vimos, varios de nuestros entrevistados llegaron al Ayurveda contando con experiencia en el seguimiento de otras prácticas alimentarias heterodoxas, y esta afinidad hizo posible que algunos de ellos pudieran seguir las rutinas recomendadas sin la necesidad de realizar cambios abruptos. Aún así, hay situaciones y momentos en los que relajan la disciplina relativa a las preferencias alimentarias para no caer en “fundamentalismos” social y culturalmente inviables. E11 provee varios ejemplos de flexibilizaciones para darse algunos gustos con alimentos poco saludables, y también como una modalidad de adaptación a situaciones más excepcionales en el contexto de su vida cotidiana donde no puede seguir sus preferencias perteneciendo ella a una minoría alimentaria:

Yo tampoco soy muy obsesiva de los *doshas*, o sea, trato de comer sano, y qué sé yo, es algo lógico, en invierno como cosas más calientes, en verano como más ensaladas, pero si me quiero comer un chocolate me lo como, galletitas como, y bueno, y si me hacen mal, como a veces, no pasa nada. Como un día y otro día ya después me limpio con una ensaladita y ya está (...) Tampoco soy, por ejemplo, una vegetariana estricta que le dan un sándwich de miga, jamón y queso y no puede, me lo como, entonces tampoco tengo problemas – no me voy a comer un bife—(...)pero como generalmente estoy acá y

cocino acá [en su casa], no tengo [mayores problemas] (E11).

La lógica que sostiene la flexibilización alimentaria es que ésta opera en situaciones excepcionales que no alteran el patrón alimentario saludable al que adhieren; a la vez, que debido al proceso de aprendizaje sobre la alimentación apropiada que han cultivado, pueden ejercer control sobre el potencial perjuicio de la desviación. En palabras de E16:

No participo de fundamentalismos. Porque yo soy vegetariana, pero de vez en cuando un sándwich de jamón como, no es que soy absolutamente... ¡ah! Satanás, ¿no? Quiero decirte, sé que es mejor para mi cuerpo, para mi alma, una alimentación de este tipo, pero no se me caen las medias si de vez en cuando la altero (...) sé cómo volver. Por eso yo creo que el tema es educativo, (...) no se puede hacer Ayurveda si uno no estudia qué es el Ayurveda, no hay manera (...) tenés que aprender a reconocer cómo sos, qué es lo que te conviene y qué es lo que no te conviene (E16).

Algunas licencias con la comida se justifican desde el funcionamiento fisiológico del cuerpo habituado a una alimentación sana y con la capacidad de eliminar las toxinas cuando se comenten transgresiones, sin comprometer los beneficios terapéuticos de la práctica; incluso este relajamiento puede acordarse con el especialista. Tal es el caso del “*día libre*” de la dieta ayurvédica que siguen E2 y E3, o la experiencia de E10:

B ¿Y hay algo que sabés que no va pero lo comés porque te gusta?

E10: La castaña, un alfajor de Havanna de chocolate ... Café, hay veces que te invitan a cenar, vamos a comer afuera, y...

No, está bien, yo como...Sí, porque [el Dr 3] me decía hay un porcentaje que está considerado que vos podés comer y que eso se elimina, y coincide justo con dos, tres comidas en el fin de semana (...) apartarte de la dieta... Esa rutina que uno elige, que tiene placer, igualmente apartarse y comer otra cosa está incluido dentro de la dieta ayurvédica.

Sin embargo, negociar las flexibilizaciones con el especialista deriva en ocasiones en mutuas concesiones. Tal es el caso de E13, a quien la Dra 1 le recomendó que evitase dentro de su dieta tomar mate y comer *sushi*. La entrevistada le mencionó a su médica que no resignaría esos productos, el primero por cuestiones de sociabilidad e identidad cultural, y el segundo por gusto personal. No obstante mantuvo sus pequeños placeres y rituales realizando ciertos ajustes a partir de las recomendaciones, como sustituir la yerba común por orgánica y espaciar los momentos en que comía *sushi*:

¡No, pará, pará, soy argentina, pará un poco! Pero yerba orgánica, y tampoco... siempre compartido, (...) sí, a la tarde tomo mate con gente porque, no sé, es parte de mi... (...) [Y] a mí me pierde el *sushi* (...) Yo le digo mirá [a Dra. 1], yo no voy a dejar de comer *sushi* de ninguna manera. Tampoco porque lo coma como si fuese... pero digo de vez en cuando me gusta; me dijo no, no, el salmón... ojalá no fuese de criadero. Y con esa excusa durante los meses de rajatabla una vez por mes no podía faltar el *sushi* (E13).

Si para E13 el mate es una bebida no negociable de ser excluida de la dieta por ser un símbolo de nuestra identidad cultural y un ritual cotidiano de intercambio social, para E19 varios componentes de la dieta le resultaron difíciles de incorporar por su poca resonancia con las costumbres locales,

como desayunar con leche de avena o almendras. La distancia cultural la llevó a combinar la dieta sugerida por el osteópata y algunas indicaciones de la Dra1, tratando que esa hibridación además de ser saludable fuese lo más familiar posible:

[La Dra 1] me aportó un montón de información, pero lo vi como algo que no siempre es practicable, qué sé yo, hacerme a la mañana una leche de avena con... cosas que... que sé que no las voy a hacer todos los días (...) [La dieta del osteópata] me pareció una versión mucho más criolla, ¿no?, el desayuno era un té con leche con un poco de azúcar integral, por ejemplo, porque el azúcar le hace bien al hígado. Y después un par de tostadas con queso o con dulce o con lo que fuere. Y después eran cosas como más de que las comidas estuvieran bien balanceadas, que tuvieras todo, proteína, hidrato, vegetales (E19).

Los procesos de flexibilización de ciertas indicaciones llegan a hacerse incluso a escondidas de la opinión del médico— aunque esta modalidad sólo fue mencionada por una entrevistada— indicando un rasgo habitual de no adhesión a regímenes terapéuticos documentado en el ámbito de la medicina convencional (Conrad, 1985; Denham, 2003, entre otros). Observamos en este caso que se reproduce un patrón paternalista en lugar de operar una instancia de negociación e intercambio más fluido que suele caracterizar el encuentro ayurvédico. Así E15, prefiere controlar su tendencia a tener presión arterial baja comiendo papas fritas en lugar de tomar agua como le indicó el Dr6, y comenta que le “miente” sobre esta pequeña transgresión. Cabe destacar que además de ser parte del cocimiento popular de cuidado de dicha condición de salud, se trata de una sugerencia realizada por su médico clínico convencional, lo que pone en

evidencia que su “desvío” además de estar motivado por un gusto personal está legitimado desde otro sistema experto.

Sobre las tensiones entre los regímenes alimentarios y los placeres por alejarse de ellos, Lupton (1996a: 150-151) plantea que en las sociedades contemporáneas occidentales existe una contradicción entre el discurso dominante promovido por la biomedicina y las ciencias de la nutrición acerca de la alimentación saludable, la disciplina y el autocontrol que los sujetos en posiciones sociales ventajosas mayormente han internalizado, y la ética que alienta la expresión de los impulsos y las emociones, que conduce a la autoindulgencia y a valorizar prácticas hedonistas. A pesar de esta tensión cultural, que Lupton pone de relieve siguiendo a Featherstone (1991), si bien la comida puede ser una gran fuente de culpa, frustración y angustia, es posible encontrar placer tanto en adherir a las normas propias del autocontrol, como en transgredirlas. En el caso del Ayurveda, observamos que cuando el régimen alimentario recomendado se experimenta principalmente como una *restricción* dietaria (como es el caso típico de la modalidad de seguimiento pragmática), los entrevistados ponen de relieve la dualidad entre disciplina/esfuerzo e indulgencia vía desviaciones. Cuando el régimen ayurvédico es afín con elecciones alimentarias previas y/o los entrevistados resaltan que *disfrutan* de la alimentación siguiendo los principios ayurvédicos, el placer se asocia tanto con la disciplina como con las pequeñas transgresiones ocasionales. E8, justamente expresa el estado ideal de conciliar deseo con necesidad como un aprendizaje a aspirar a través de la práctica del Ayurveda, ideal que se condensa en la noción de cultivar la “intuición” en las elecciones alimentarias: “[La Dra 1]me

decía que había un estado de súper ideal, que era llegar a la verdulería e intuir qué querías comer, pero no porque ‘¡qué ganas tengo de papas fritas!’, sino sentir que quería papa pero porque lo sentía intuitivamente” (E8).

Además de las flexibilizaciones contextuales y las concesiones para satisfacer pequeños placeres personales, la selectividad de las prácticas lleva a que se eliminen de la dieta ciertos productos que desde la perspectiva ayurvédica deberían componer la dieta. E17 mantiene una dieta de alimentos frescos, y se autopresenta como “*anti freezer y anti microondas*”, sin embargo, cuestiona la relevancia del consumo orgánico. El factor económico, sumado a que no le gusta el sabor de algunos productos y cierta desconfianza sobre las certificaciones de los mismos y las condiciones locales de producción, la llevaron a discontinuar su consumo.

Por otra parte, la dieta ayurvédica puede implicar costos que no todos pueden afrontar. Si bien el precio de la comida no es elevado si se elabora en el hogar, sobre todo comparado con el precio de una dieta con fuerte contenido de carne, los costos se encarecen notablemente, como vimos, si los productos son orgánicos o también si se consumen alimentos preparados o viandas, o se incluyen en la dieta algunos ingredientes de comercialización muy restringida, como algas, *ghee*, leche de coco y almendras, determinadas legumbres y especias que además de tener costos elevados son de difícil provisión por su carácter “exótico”. Incluso, incluir en la dieta productos de tipo más convencional como los frutos secos de precios altos puede resultar privativo. Así E3, dejó de comer almendras, y E20 en

lugar de comer tartas elaboradas en comercios que utilizan productos orgánicos, consume las que se venden en el comedor de la empresa donde trabaja que son considerablemente más baratas. No obstante, cuando la flexibilización tiene su origen en motivos económicos, muchas veces no se elimina el producto de la dieta sino que se reduce su consumo. Tal es el caso de E19, para quien ir al mercado orgánico en el barrio de Palermo, pese a la cercanía a su hogar, constituye una salida familiar especial y no una práctica de consumo rutinario: *“esporádicamente sí las uso, me encanta, no sé, nos vamos al mercado orgánico, compramos algunas cosas, sí, me divierte, pero es como un programa... no es mi día a día eso”* (E19).

Por otra parte, existen impedimentos propios de la organización de la vida cotidiana o exigencias de la vida laboral que llevan a un proceso de flexibilización también más impuesto que electivo. Tanto la elección de los productos como el modo en que se prepara la comida y las condiciones para almacenar los alimentos son tenidos en cuenta en las recomendaciones del plan equilibrante, pero no siempre pueden cumplirse. E2 es muy elocuente al respecto: *“no sé qué harán otras mujeres que tal vez tengan más dedicación a la cocina, no es mi caso, yo no tengo tiempo, por consiguiente nada, agarré la dieta, y vi cómo la podía adaptar a mi ritmo de vida. Mucha ensalada...”*. Como vimos, la estrategia de simplificación en la elaboración de las comidas para ella y sus hijos adolescentes le permitió seguir las sugerencias del Dr 2; sin embargo, las flexibilizaciones son habituales en las rutinas alimentarias de E2. Por ejemplo, en lugar de comprar pescado fresco y eliminar los enlatados sigue un criterio de conveniencia por sobre la práctica ideal, *“la lata*

de atún es muy práctica, sí, yo la he incorporado, la lata de atún es mi amiga". Fuera del hogar también tiene muy poco margen de maniobra para regular el horario del almuerzo por su ritmo laboral:

Respetar el tema del almuerzo entre las doce y la una, parar para comer, cosa que yo no hacía, porque yo comía mientras trabajaba o no comía, o comía a las tres de la tarde. No, tenía que respetar el tema de comer en el horario del almuerzo, y parar, dejar de laburar. Eso me costó más que incorporar la semillita y todo eso (...) hay momentos en los que podía hacer y momentos que no, momentos que por mi laburo no puedo (E2).

E20, que estaba incursionando en el Ayurveda para bajar de peso, también experimentó fuertes restricciones para incorporar productos y respetar los horarios de las comidas, debido a su condición de empleada jerárquica full-time en una empresa multinacional y madre separada con un niño en edad escolar. Si bien su padre la ayuda con las rutinas cotidianas para preparar las comidas y el cuidado del hijo, a ella le resulta muy difícil planificar las compras y organizar los horarios para seguir determinadas rutinas sugeridas por la Dra 8, tanto en el hogar como en el trabajo: *"Como toda dieta requiere que planifiques, a veces eso cuesta. (...). Son esas cosas que requieren dedicarle tiempo. Por eso, es cambiar aun más el estilo de vida, y en eso si vos me decís, ¿fui estricta?, no, la verdad es que no, no empecé cien por ciento el cambio"* (E20).

A las dificultades de organización de la vida cotidiana se agregan en ocasiones transiciones biográficas que alteran y re-significan rutinas y prioridades personales. El nacimiento

de su primer hijo llevó a E8 a desviarse de algunas de las recomendaciones ayurvédicas sobre la alimentación, comenzando a congelar comidas en vez de comerlas frescas. La Dra 1 apoyó esta decisión, entendiéndola como un medio para mantener el equilibrio emocional en un contexto biográfico de nuevas prioridades:

Ayurveda aconseja no congelar (...) pero ella misma me decía 'bueno, ahora tenés que congelar', como que no es... por eso me gusta, que no es que... es como relativo, si no tenés tiempo y estás angustiada porque no podés más con tu hijo, congelás porque es mejor que te angusties menos; esas ideas un poco más humanas (E8).

Para los entrevistados más experimentados y conocedores del Ayurveda, entre ellos E8, la posibilidad de flexibilizar las prácticas no es entendida como ir en contra del espíritu de esta medicina sino, al contrario, como respetar su esencia. Se lo concibe como un enfoque médico sensible y adaptable a las variadas circunstancias biográficas y del contexto "*Eso es lo lindo de Ayurveda también, que es re adaptable*" (E9). E8 utiliza reiteradamente el término "orgánico" para dar cuenta de su plasticidad y adaptabilidad tanto para incorporarlo en el plano de la práctica individual como para dar cuenta de la perdurabilidad histórica del Ayurveda, "*no se vuelve rígido, eso me parece re interesante, porque es tan orgánico que consigue ser eterno, ¿no?, es humano*". Es más, considera que practicar rígidamente el Ayurveda en determinadas circunstancias puede generar angustias desvirtuando el contenido humanista de esta medicina.

Cuando las recomendaciones ayurvédicas entran en conflicto con las prácticas habituales del entorno del seguidor, muchas veces esto genera flexibilizaciones en pos de encontrar un equilibrio entre el cuidado personal, y las actividades y las demandas de la vida social y familiar. En esta lógica de balance se considera como una elección de vida saludable sostener pequeños placeres que giran en torno a la comida y la bebida, y a través de los cuales se recrean lazos familiares y de amistad. E9, por ejemplo, disfruta mucho de la dieta ayurvédica, pero también le gusta beber alcohol en distintas ocasiones, incluyendo los encuentros semanales con su abuelo, *“a mí me gusta la cerveza, y me gusta el vino, y me gusta tomarme un vino con mi abuelo todos los jueves, o sea trato de no tomarme un montón de copas, pero no dejo ese ritual, a pesar de que no me va bien con el alcohol, porque soy pitta”* (E9). En el caso de E17, si bien vimos que le resulta sencillo mantener las rutinas alimentarias en su entorno de amistades más cercano debido a que comparten preferencias similares, existen ocasiones sociales en las que salirse de la disciplina elegida le resulta inevitable para mantener vínculos con amigos que no están en la misma búsqueda. Al igual de las experiencias detalladas más arriba, se trata de desvíos ocasionales que no desvirtúan la “filosofía de vida” que da coherencia al régimen alimentario de preferencia:

El fin de semana pasado largo me pasó, que me fui de acá el viernes y volví el lunes, que me hizo re-bien también ver amigos que no veía hace un montón, y comí harinas, comí de todo, y nada, lo comí, y todo bien, fui feliz, me encantó comer todo eso, lo disfruté, pero no es mi base regular, o sea, yo estoy en otra filosofía de vida y es lo que yo hago y me gusta estar en ese equilibrio, entonces la gente que me quiere, me conoce, o está en la misma, y los que no, me respetan (E17).

En ocasiones sociales como los asados, si bien se pueden poner en práctica estrategias de acomodamiento cuando la dieta ayurvédica sigue un patrón vegetariano (comer sólo las ensaladas que acompañan a las achuras y los distintos cortes de carne), éstas no siempre son viables en determinados entornos familiares, y llevan a flexibilizaciones para evitar conflictos. E13, tras rechazar varias veces compartir a pleno el ritual familiar del asado, terminó accediendo a la invitación de su anfitrión, *“en el afuera se me cayó todo, porque al cuarto asado que a mi suegro le rechacé la mollejita con limón ya se me empezó a complicar. Decí que nos queremos mucho, pero ya era como ‘dale, qué te hacés...’, como una cosa de... sí, socialmente fue... es difícil”*. Las recomendaciones horarias sobre la cena y el descanso nocturno también resultan un inconveniente para los intercambios sociales y las rutinas familiares de comensalidad. Así, E19 comenta las dificultades de compatibilizar horarios en reuniones con amigos y la organización de la cena con su marido y pequeña hija, *“es muy difícil, voy a contramano de todo, te querés juntar a comer con amigos, o mismo en tu casa, no puedo hacer la cena a las seis porque me matan directamente, es como... Irte a dormir antes de las once, bueno, a veces lo lográs pero la mayoría de las veces yo no”*. Efectivamente, cuando el cambio en los horarios de sueño se convierte en un hábito puede ocasionar incompatibilidades con los ritmos habituales del entorno social, y lleva en algunos casos a flexibilizar y negociar horarios de encuentros, y en otras a mantener las rutinas de cuidado que suelen generar ciertas “incomodidades” sociales. E5 nos proporciona ejemplos:

Sí, me trajo algunos problemas, porque soy medio un opio, claro imagínate que te invitan a comer. Lo que pasa es que no me llega a traer un problema porque yo voy a comer. Pero si lo quisiera hacer todo, socialmente te complica, y además cuando vas entrando mucho en el ritmo lo que me pasa es lo que me pasa es que sí me invitan algo a las diez de la noche es un muy mal programa para mí (...) si estoy despierta, estoy con ganas de estar durmiendo o sea que ahí si hay un, lo que pasa es que ahí haces las cuentas, que preferís perder (...) en el balance prefiero perder la comida de la noche, de ir a comer afuera, claro porque entonces, digo no el sábado al mediodía o sea trato de encontrar otras alternativas pero eh, si vos hace una elección que va distinto de cómo va el ritmo, en general te trae inconvenientes (E5).

Más allá de la alimentación: flexibilizando otras rutinas de cuidado

Si bien hasta aquí hemos observado distintas modalidades de flexibilizar las recomendaciones que giran en torno a la esfera de la alimentación, a continuación veremos que un proceso similar ocurre en relación a otras prácticas y rutinas recomendadas. Entre ellas se encuentran la actividad corporal y las prácticas mente-cuerpo. E20, por ejemplo, no tomó clases de yoga por falta de tiempo y motivación personal:

Me recomendó unos lugares, pero que no negocié en esta primera instancia; no me gusta la actividad física... más la falta de tiempo, es como la combinación perfecta para no hacerlo, entonces me dijo cerca incluso de mi oficina hay gente que hace creo que me dijo yoga, pero no, la verdad es que no, todavía no (E20).

Independientemente de restricciones externas y motivaciones personales para aceptar ciertos componentes del plan terapéutico, algunas de las sugerencias no son seguidas dado que carecen de sentido para los entrevistados, mientras que otras son reemplazadas con prácticas que venían realizando o con las que tienen mayor afinidad. Estas dos cuestiones se ven en el caso de E5. Ella decidió no realizar una de las sugerencias recomendada por la Dra 1, limpiarse diariamente la lengua para eliminar *ama*, dado que le parece un “*mito*”, mientras que en lugar de hacer diariamente una asana recomendada de hatha yoga, el saludo al sol, practica *kum nye*, una disciplina tibetana que la entrevistada seguía desde hacía años. En este caso se trata de sustituir prácticas compatibles que comparten el propósito de incrementar la conciencia a través de ejercicios corporales y mentales.

Un caso similar de sustitución por continuidad y afinidad con prácticas previas lo encontramos en E10, quien acompañado por la opinión del Dr 3, continuó practicando chi kung y tensegridad, “*el símil de lo que sería el pranayama o la práctica de yoga*”. De manera análoga, E16 utiliza una técnica de automasaje que no es ayurvédica, “*yo tengo una formación de masaje, porque en una época yo era instructora de trabajo corporal y hacía masajes a la gente, auto masaje, etcétera, entonces todavía tengo esa ejercitación interna, pero de otra escuela, no de la escuela ayurvédica*” (E16).

En la toma de medicamentos ayurvédicos también ocurren flexibilizaciones que llevan a relajar la constancia en su utilización y los horarios recomendados, lo que no difiere

de algunas modalidades de alteración en los tratamientos convencionales (Conrad, 1985):

Yo he tomado medicina ayurvédica, y como soy bastante rebelde y muy poco constante, tomo durante un tiempo y después dejo. Después me di cuenta de que todos hacemos lo mismo, no soy sólo yo, es casi común eso, uno vuelve diciendo “ay, no, no tomé la medicación,” ya sé, uno toma durante el primer mes y después... (E16).

En el caso de E9, había traído medicación de su viaje a India para complementar el tratamiento de *panchakarma*. En la clínica le resultaba fácil respetar los horarios ya que no debía ocuparse de esa cuestión: “*ni tenías que tener reloj ni saber nada, ellos te tocaban la puerta, te traían la medicación, te tocaban, un té, te tocaban, el almuerzo, así, todo con los horarios fijos*”; sin embargo, en su vida cotidiana, no siempre puede cumplir los horarios ideales por distracciones propias de la organización de las tareas domésticas, o relajamiento en el horario para despertarse:

Tengo que tomar un medicamento de la clínica que se toma a las seis, porque a las seis de la mañana y de la tarde se abren los canales del cuerpo, entonces es el horario para tomar medicamentos, o hacer algunos tratamientos, a las seis de la mañana. A veces no me levanto a las seis, o me colgué dándole de comer a los bichos [los animales que tiene en su casa], lo hago a las siete...(E9).

E5 tiene una dificultad similar con una medicación ayurvédica que trajo de Estados Unidos, y que tiene que tomar dos veces por día: “*la de la noche me la suelo olvidar. Yo siempre pienso que es mejor algo, que nada*”.

Como vimos, las recomendaciones en torno a los horarios atraviesan las rutinas alimentarias y la toma de medicamentos, sin embargo cabe mencionar que otro eje importante en el estilo de vida ayurvédico son los horarios de sueño y vigilia, que suelen generar algunos trastornos en la organización de la vida cotidiana. E19 luego de su primera consulta con Dra1, además de las sugerencias en torno a la dieta, tomó con gran convicción las sugerencias sobre los horarios de descanso. La entrevistada comenzó la práctica con un alto nivel entusiasmo y disciplina, pero debido a su ritmo de vida la fue relajando:

E19: los primeros días me ponía el despertador a las seis de la mañana. Me duró muy poco, o sea como que al toque dije no, estoy rota, no puedo más con esto, o sea, porque no lograba acostarme más temprano, qué sé yo, tampoco me... Igual cuando ella me decía muchas cosas yo me daba... estaba, viste, pensando al mismo tiempo cómo adaptarlo.

B: ¿Y vos le comentaste que te iba a ser por ahí complicado hacer esa rutina?

E19: No, no, no. Es que cuando te lo dicen te parece tan fabuloso, que me fui como 'sí, está buenísimo, y tiene lógica, sale el sol, y a esta hora hay que comer, y a esta hora...' , viste, como que... pero después, bueno, es como que... Sobre todo viviendo en lugares como este, me imagino que... por eso me parece que también es más fácil si uno vive donde esto es común, bueno, te adaptás, entrás en el ritmo común, pero viviendo en una ciudad como Buenos Aires...

Lipworth, Hooker y Carter (2011), en un trabajo sobre estrategias de balance vinculadas con el cuidado de la salud que llevan a cabo los sujetos en su vida cotidiana, destacan que dichas estrategias responden a valores culturales, compromisos

y demandas sociales en conflicto, y que través de ellas se ponen en juego componentes de la identidad personal. En el caso que nos ocupa, la práctica flexibilizada de Ayurveda es una condición necesaria para sostenerla en el tiempo, y el producto de un balance realizado por el seguidor entre lo apropiado, sus posibilidades y las circunstancias del contexto. La práctica conserva elementos propios de la recomendación ideal ayurvédica, pero se conjuga con elementos aportados por las elecciones y negociaciones de cada seguidor, en un marco de balance entre sus decisiones y gustos personales, las demandas de sociabilidad y la cultura local. A ello se suman los condicionamientos estructurales y transiciones biográficas que amplían o reducen el margen de maniobra para lograr el equilibrio entre beneficios, preferencias, prioridades, y posibilidades.

2. La crítica socio-cultural al Ayurveda localizado y la inequidad en el acceso a los recursos de salud alternativos

Hemos visto que algunos entrevistados cuestionan las posibilidades de transferir una modalidad de cuidado de la salud enraizada en otro medio socio-cultural, y relativizan en consecuencia su práctica del Ayurveda, poniendo en cuestión las limitaciones inherentes a la dinámica de apropiación cultural de esta medicina foránea. Ha sido E10 quien más elocuentemente planteó esta duda en términos de distancia cultural al comparar la versión “auténtica” milenaria del Ayurveda con *similes* locales:

Yo tenía la palabra Ayurveda en el oído, digamos, y lo consideraba como algo inalcanzable, porque era un sistema de vida (...). Yo siento que, inclusive hoy, rasco un poquito

el Ayurveda, esa es mi... no sé si habla mi exigencia con las cosas, o que realmente es así, todavía no lo sé. (...) Porque yo sé que tiene que ver el Ayurveda con los Vedas, el conocimiento milenario de los Vedas, que incluye masajes, que incluye respiración, que incluye pensamientos, que incluye meditación, que incluye yoga, *pranayama*, alimentos; de hecho yo hago todo eso, pero igualmente no siento que tengo una relación con Ayurveda cercana... no sé, es raro (E10).

Pero más allá de las dudas y cuestionamientos de algunos respecto del propio seguimiento del Ayurveda, la crítica se extiende en algunos casos al circuito comercial de transferencia de determinadas actividades y prácticas espirituales orientales reconfiguradas como técnicas anti-estrés para occidentales, observando cómo esta modalidad opera en algunos nichos del circuito ayurvédico local. Así E7, tras su experiencia con un instructor de meditación ayurvédica —emparentada con el método de la meditación trascendental— considera que si bien la técnica es beneficiosa para la salud en términos holísticos, cuestiona la comercialización de un saber ancestral³⁴, “*esta práctica de meditación, o sea, integra algo que sí, que es genuino, un registro de experiencia genuino ligado a una tradición milenaria, con, digamos, una empresa comercial,*

34 Maharishi Mahesh Yogi fundó el movimiento de meditación trascendental (MT), y en 1985 introdujo en sus enseñanzas una forma de Ayurveda que se ha difundido globalmente, llamada Maharishi Ayur-Ved. La MT fue recibida en Estados Unidos como una técnica sencilla anti-estrés y para el crecimiento personal, relegando su propósito espiritual a un segundo plano (Jeannotat, 2008). El programa de MT se imparte en todo el mundo bajo la supervisión de la Maharishi Vedic University. En Argentina, los cursos están coordinados por la Asociación Argentina de Meditación Trascendental (<http://www.mt.org.ar>). Si bien E7 fue crítico de la MT, su experiencia de primera mano fue con técnicas de meditación ayurvédica, que también es promocionada en Internet como una técnica de meditación sencilla y universal para reducir el estrés.

y con un discurso aggrornado contra el estrés que prende muchísimo” (E7).

Al igual que varios entrevistados, E7 es crítico de los costos de las consultas médicas, y también lo es del emplazamiento del circuito de profesionales del Ayurveda, especialmente los consultorios médicos ubicados en los barrios de clase media alta y alta de la ciudad de Buenos Aires y el corredor norte del Conurbano. Varios entrevistados refirieron especialmente a los elevados costos de las consultas, que en el periodo que realizamos el trabajo de campo oscilaban entre los \$120 y los \$400. Al no estar cubiertas por los planes médicos prepagos ni las obras sociales representan un gasto de bolsillo que a veces es difícil de erogar para personas pertenecientes a los sectores medios menos acomodados, especialmente entre los más jóvenes que están dando su primeros pasos en el mercado laboral y logrando independencia económica respecto de sus padres, y para aquellos que tienen otras prioridades o necesidades de gasto personales o familiares. El factor económico incide en el espaciamiento de las consultas, especialmente cuando los tratamientos requieren consultas más frecuentes. Sobre esta circunstancia E2 comenta:

Está cobrando ciento cincuenta pesos [a principios de 2011]. Hay momentos en los que a mí se me complica. Bueno, por eso tampoco voy con mucha asiduidad, porque hay momentos en los que puedo pagarlos y hay momentos en los que no. (...) Y hoy por hoy hay meses en los que ciento cincuenta pesos digo no, no. A eso le sumás si te da alguna medicación, no es cara la medicación homeopática, pero igual, digamos, es un plus. Todo suma y llegás a los doscientos mangos mínimo. Sí, no, no es barato. Bah, para mi bolsillo, qué sé yo, para otro tal vez no. Y hay gente que, yo me acuerdo cuando empecé a ir, que me comentaban, qué sé yo, hay gente que va todos

los meses (E2).

Sin embargo, varios entrevistados comentaron que el costo elevado de las consultas no es privativo del Ayurveda sino de las medicinas y tratamientos alternativos en general, constituyendo una barrera en el acceso a los recursos de salud que no son parte del sistema oficial. En este sentido, medicinas populares en sus lugares de origen se convierten en un consumo elitista restringido a quienes pueden pagarlas en el sector privado: *“Para mí es el peor escollo de la medicina alternativa, esta cosa de que es para pocos”*, comenta E13, factor que en su caso determinó que no pudiera seguir el tratamiento de acupuntura aunque fue muy beneficioso para su problema de salud crónico, *“Una vez por semana una sesión doscientos pesos, no podía, o sea era... después venir cada quince días, voy una vez por mes...”*. E9, si bien destaca que en su caso puede costear las consultas en su extensa red de médicos y terapeutas alternativos, e incluso un viaje a India para profundizar su experiencia con el Ayurveda, no es la situación de varias de sus amigas a quienes recomendó hacer una consulta ayurvédica pero no pudieron afrontar los costos:

Yo creo que también la gente no lo elige por eso. Tengo amigas cercanísimas que ni se les ocurre, a pesar de que se los propongo, que se los sugiero (...) Con Ayurveda es una, hacés una consulta que ya creo que te sirve todo el año o más. Pero sí, es muy caro (E9).

Como las consultas médicas ayurvédicas no son frecuentes, especialmente cuando no se está tratando un problema de salud que requiera de visitas seguidas en el consultorio, y con el tiempo se transforman en encuentros de “chequeo” de tipo más

preventivo que se realizan una o dos veces por año, la ecuación costo-beneficio relativiza el gasto. A lo que se suma la posibilidad de intercambio telefónico fuera del espacio del consultorio. Así E12 enfatiza que si bien la consulta es una erogación significativa para su presupuesto, constituye una “inversión” en salud vía el autocuidado y la prevención que en el largo plazo resulta más económica que moverse en el circuito convencional y seguir una lógica de cuidado de tipo curativo:

Es caro pero es menos frecuente (...) por ahí ha pasado por ahí un año que no la veo [a la Dra 1], un año y la llamo por teléfono, o por ahí puede haber un año que la tenga que ver tres veces en el año. Pero para mí siempre a la larga es más barato, es más barato vos ser más médico tuyo, digamos, tener más conocimiento vos, entonces gastás menos remedios de los otros (...) Invertir en calidad al final es más barato, todo es más barato, gastás menos energía... pero tenés que tenerla la plata, qué sé yo. Pero cada uno me parece que ahí... hacer sus cuentas de en qué gasta energía, en qué gasta... Pero no es accesible a todo el mundo, obvio, no es una medicina accesible a todo el mundo como nada es accesible, de estas cosas (E12).

La relativización del costo de la consulta ayurvédica también se vincula con el tiempo dedicado al paciente y el aporte de cada encuentro según el estilo de práctica del especialista, quien incluso puede entregar remedios y productos ayurvédicos sin costo adicional. A lo que se suma que las consultas de seguimiento son menos costosas:

Me salió trescientos pesos [en el 2010] pero estuve dos horas y media hablando con ella; y me dio todas las Flores [de Bach] gratis, me regaló un gel para la piel, me escuchó durante una hora y media y después miró mi carta [astral] y fue como

combinando cada cosa que yo decía con el tránsito de todos los planetas de mi carta. (...) No tenés que ir una vez por mes, además no lo... bah, yo no lo podría costear. Y después la consulta dos y la consulta tres salían en aquel entonces ciento ochenta pesos. Vas como a hacer un control (E13).

Aquellos que pueden costear planes de medicina pre-paga de manera privada que incluyen reintegros por consultas médicas homeopáticas, o bien acceden a ellos vía sus empleos, y sus médicos tienen la doble formación en esta medicina y Ayurveda, logran disminuir los costos de bolsillo. En nuestro estudio, sólo dos entrevistadas contaban con este recurso, y se trataba de un mecanismo de reintegro con un máximo anual³⁵.

Aunque la temporalidad típica de las consultas ayurvédicas favorecería en términos de costos relativos frente a tratamientos alternativos que demandan visitas más frecuentes, no obstante ello, la caracterización compartida es que se trata de una modalidad de cuidado alternativo que se encuadra en un patrón de consumo terapéutico, regímenes alimentarios y prácticas de bienestar al que acceden los sectores más privilegiados:

Mirá te voy a hacer sincera hay todo un tema con lo que es macrobiótico, [comida] ayurvédica, qué sé yo, que como no es algo popular, ¿no es cierto? es algo difícil, porque la consulta con estos médicos y todas estas cosas son bastantes caras, no cualquiera puede decir voy a hacer Ayurveda y pagar 350 una consulta con una médica (E4).

Incluso se objetan modas o cierto esnobismo y frivolidad

35 Ver Bordes (2012) sobre la oferta de terapias alternativas en planes médicos privados en un contexto de creciente privatización de la atención de la salud.

dentro del circuito alternativo, tal como lo señala E6 respecto de los masajes, *“en general es caro todo lo de las propuestas esas, el masaje... digamos que está medio... hay como un boom de la boludez, en una palabra (E6).*

En este marco de consumo de lujo, algunos esperan que la ampliación del mercado profesional del Ayurveda contribuya a disminuir los costos para los pacientes en un contexto de mucha demanda, poca oferta de especialistas y ausencia de mecanismos institucionales de regulación de sus honorarios: *“Por eso está bueno a medida que se van difundiendo, mientras no baje la calidad, ¿no?, que suele pasar eso, pero bueno, que empiece a tener más difusión” (E12).* Otros, además apuntan a la conveniencia de que las medicinas alternativas se integrasen al sistema de salud para que deje de ser un consumo terapéutico de élite:

Es un presupuesto [pagar varias consultas médica anuales], yo te hablo desde una persona que...yo soy clase media, vivo al día, no, no tengo, entonces pienso mucho en ese tipo de o inclusive los que tienen menos, porque no me gusta mucho el tema que sea solamente para privilegiados (...) para mí, sería fabuloso que hubieran alternativas que tuvieran estos médicos, que son fantásticos, que justifican mucho lo que cobran, pero que también, hubiera una rama en la que la gente pudiera tener un acceso más (...) en los centros de salud, este, bueno cobertura médica, estamos a años luz [de eso] (E4).

Sobre la posibilidad de incorporación del Ayurveda al sistema de salud también se apunta a las relaciones de poder y competencia entre los grupos profesionales que estructuran el campo de la salud en Argentina y relegan a las medicinas

alternativas a un lugar de marginalidad, en un contexto de dominancia profesional e institucional de la biomedicina (Menendez, 2004; Freidin, 2008). Fue E13 quien planteó esta situación como un factor macrosocial que incide en la inequidad en el acceso a recursos de salud, haciéndolo desde su propia posición de subordinación como trabajadora en el campo de la salud. Siendo musicoterapeuta, compara la situación de falta de reconocimiento de las medicinas y terapias alternativas con las de su propia disciplina, revelando las relaciones de poder diferencial y la concepción de salud que defienden los grupos dominantes frente a las heterodoxias terapéuticas:

Para mí igual tiene que ver con un concepto de salud, en ese sentido es lo mismo que nos pasa a los musicoterapeutas, digamos, esto de que sólo los psiquiatras admiten, derivan, dan de alta; pero bueno, somos una disciplina joven y recontra hippie (...) Pero bueno, estaría buenísimo que cambie el sistema de salud desde lo conceptual, para que haya acceso (...). Lo mismo que sufrieron los psicólogos con los psiquiatras ahora lo sufrimos nosotros con los psicólogos y... (...) después los que hacen cuencos tibetanos lo van a sufrir con nosotros porque les vamos a decir que las vibraciones no son música (E13).

Aquellos que participan del circuito ayurvédico con un rol especializado destacaron que se resisten a reproducir prácticas elitistas. Así es que E11, con poca experiencia profesional en el circuito cobra honorarios razonables por sus masajes ayurvédicos, diferenciando su trabajo terapéutico del de los spas donde se brindan tratamientos a costos muy poco accesibles:

Yo creo que lo estoy cobrando más o menos lo que vale un masaje común. (...) tampoco me gusta darle esta onda elitista

y spa, no sé, no me parece que se tenga que cobrar más caro, pero hay lugares donde lo cobran muy caro, sí. (...) Sí, una vez yo había preguntado en un lugar en Olivos, y sí, me acuerdo que lo cobraban como ciento ochenta y hace un año y pico, sí. No, no sé, a mí no me parece que tenga que salir tan caro. (...) Es que también mi intención con este espacio es como también hacer esto accesible a todo el mundo, ¿no? (E11).

De manera similar, E4, teniendo un micro-emprendimiento de viandas ayurvédicas comentó que trata de mantener precios económicos teniendo en cuenta el bajo costo de los productos, diferenciándose también de este modo del nicho más exclusivo de la alimentación saludable:

Las dietéticas, los restaurantes que de golpe te presentan un menú ayurvédico, que sé yo, viste, pero no es real eso, porque no es caro el producto, no es tan cara la materia prima para hacer el producto, o sea a los precios que estamos comiendo hoy la carne y una serie de cosas o sea... sí, es verdad que una harina integral orgánica sale un poco más cara que la harina blanca [pero] no justifica un precio demasiado exagerado... (E4).

Las observaciones de los entrevistados que hemos comentado en esta sección ponen de relieve dos cuestiones centrales para comprender la dinámica de localización del Ayurveda. Primero, un cuestionamiento a la apropiación de medicinas enraizadas en otros contextos socio-culturales desde la propia mirada de algunos de sus seguidores, o de aquellos que en algún momento se han sentido atraídos por la medicina Ayurveda. Segundo, una visión también crítica de nichos del circuito ayurvédico que convierten a determinados productos y servicios en una mercancía accesible a los sectores más privilegiados. La

literatura crítica sobre el acceso a las medicinas alternativas ha remarcado que un sistema de salud pluralista y auténticamente holístico tendría que garantizar el acceso universal a los recursos de salud, entendiéndolo como un derecho de ciudadanía y no como un privilegio para unos pocos (Baer, 2004; Sharma, 2000). Los entrevistados más atentos a los mecanismos de reproducción de la desigualdad social en el acceso a la salud en el circuito holístico, y en el ayurvédico en particular, mantienen una distancia crítica respecto de dicho circuito; y aquellos que brindan servicios especializados buscan diferenciar sus prácticas de los nichos más mercantilizados de la red local.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En las páginas introductorias destacamos que los estudios internacionales y nacionales indican que existe una gran diversidad en por qué y cómo la gente utiliza medicinas no convencionales³⁶. Nuestra investigación con seguidores del Ayurveda en el Área Metropolitana de Buenos Aires reafirma dicha pluralidad, teniendo en consideración las razones y caminos a partir de los cuales se acercan a esta medicina, y al diferenciar modalidades de seguimiento. La medicina Ayurveda atrae a una variedad de seguidores que la adoptan como modalidad de cuidado personalizada, sea desde una lógica pragmática de eficacia puntual para un problema de salud o

³⁶ En particular, Saizar (2009) da cuenta de dicha diversidad entre seguidores del yoga, y Freidin y Abrutzky (2010; 2011) para el caso de usuarios de acupuntura.

para regular el peso, e interés limitado en su potencialidad y fundamentos teórico-filosóficos como medicina holística, o desde una lógica de afinidad cultural por la formación profesional y/o experiencias previas como usuarios de medicinas y terapias alternativas. Distinguimos la práctica más acotada de la más inclusiva, y su temporalidad en términos de estabilidad, intermitencias y discontinuidades.

En la primera modalidad observamos un desinterés explícito por profundizar en los principios terapéuticos ayurvédicos más allá de que sus seguidores esperan alcanzar con el tiempo un *know how* práctico orientado al tratamiento de alguna condición de salud crónica, complementado por medicación natural sin efectos adversos, y con el beneficio de mantener el peso equilibrado a partir de la dieta ayurvédica personalizada. Esta modalidad de seguimiento responde al perfil de usuarios pragmáticos (Sharma, 1996; Fadlon, 2005; Quah, 2008) que incursionan en las medicinas alternativas como *outsiders*, incluso con escepticismo y sin demasiada “fe”, y que buscan en ellas un complemento del cuidado biomédico. Con el tiempo, encuentran en el Ayurveda una medicina mente-cuerpo que les permite solucionar una problemática puntual. En el vínculo terapéutico prevalece el componente humanístico por la capacidad de escucha del especialista y la individualización del cuidado. Se trata de elementos de un modelo de interacción centrado en las necesidades del paciente (Heritage y Maynard, 2006), en el que coexisten elementos de autonomía y paternalismo. La autonomía se evidencia en los límites negociados por el paciente de hasta dónde llegar con el Ayurveda para tratar distintos padecimientos según sus principios de jerarquización de recursos terapéuticos;

y el paternalismo se hace visible al delegar el proceso limitado de enculturación en una medicina foránea a la tarea educadora del especialista (como también lo han observado Frank y Stollberg, 2002), o bien, cuando los seguidores le ocultan al médico que no cumplen con algunas de las recomendaciones sugeridas (como es habitual en la medicina convencional).

A diferencia de esta modalidad más acotada y pragmática de seguimiento del Ayurveda, la mayoría de los entrevistados entiende al Ayurveda como un conjunto de principios-guía de un estilo de vida orientado al cuidado holístico de la salud. Enfatizan el concepto de “práctica” de cuidado de la salud reflexivamente construida para potenciar el autoconocimiento, sostenida en una noción integral que incluye los planos físico, emocional, y espiritual. En esta variante se encuentran personas con una amplia experiencia en regímenes alimentarios no convencionales y en el uso de medicinas alternativas, y que incorporan el Ayurveda como medicina preventiva y/o curativa, y porque en complementariedad con otras terapéuticas les permite profundizar y potenciar el cuidado holístico y el bienestar. Junto a ellos, otros seguidores menos experimentados, se acercan al Ayurveda atraídos por la posibilidad de interiorizarse en el mundo de la sanación alternativa y de la alimentación saludable. Algunos adoptan esta medicina como el principal enfoque ordenador de sus prácticas de cuidado, y el especialista que los guía deviene en su médico alternativo de cabecera; otros, incursionan en el Ayurveda como seguidores eclécticos (Sharma, 1996) sin construir lealtades exclusivas en un paradigma terapéutico alternativo. Estos últimos, pueden tipificarse como *empowered pragmatics* (Sointu, 2012) que transitan la oferta de

cuidado alternativo priorizando la autonomía en la elección, los aprendizajes y beneficios resultantes de distintas experiencias terapéuticas, y que re-significan el vínculo con los especialistas según los momentos vitales y las cambiantes necesidades de cuidado.

Entre los seguidores inclusivos, los más jóvenes articulan el concepto de “trabajo desde la salud” como un conjunto de prácticas integradas en un estilo de vida en el que ocupan un rol central la alimentación y las disciplinas corporales que generan mayor conciencia o una conexión “desde adentro” con el cuerpo, y que los lleva a circular por una red extensa de especialistas del circuito de las terapias alternativas que los asisten en sus prácticas y exploraciones. Por su parte, los seguidores de mayor edad y trayectoria en el mundo de las medicinas alternativas articulan una idea de compartimentalización para distintas dolencias en el que cada disciplina alternativa ocupa un rol complementario, así como los especialistas a los que consultan. Para estos entrevistados, jóvenes y no tanto, su primera opción de cuidado es la medicina alternativa, y recurren a la biomedicina de manera instrumental, para estudios diagnósticos, controles de rutina, cuadros agudos y emergencias, y como último recurso para tratar problemas crónicos en los que las medicinas alternativas muestran límites en cuanto a su eficacia puntual. Construyen con el médico Ayurveda un vínculo terapéutico centrado en las necesidades del paciente, en el que se refuerza el principio de autonomía en el proceso de incorporación de los principios del Ayurveda. Si bien generalmente la enculturación comienza y se retro-alimenta en el espacio educador de la consulta, la competencia para el seguimiento del Ayurveda la cultiva el

paciente con lecturas, su propia experimentación a través de la práctica, y el intercambio con otros especialistas de la red. Unos pocos que pueden costear viajes y tratamientos extienden esta exploración a experiencias en el exterior a través del turismo médico tradicional en India (Kangas, 2010; Langford, 2002). En el vínculo terapéutico suele disminuir la asimetría en la relación especialista-lego por la amplia experiencia en el uso de medicinas alternativas que enfatizan la responsabilidad individual en el cuidado a través del estilo de vida y formas radicales de holismo terapéutico (Sharma, 1994); a ello se suma en varios casos la formación profesional en el campo de la salud alternativa de esta variante de paciente ayurvédico. Este *stock* de experiencias, conocimientos y competencias constituyen un *capital cultural en salud holística* (Sointu, 2012), que redundando positivamente en la relación terapéutica para generar un intercambio menos asimétrico.

En la estabilidad, intermitencia, y discontinuidad del seguimiento del Ayurveda, intervienen un conjunto de circunstancias personales y del contexto, y la propia experiencia terapéutica con el Ayurveda y con el especialista que los guía en la práctica. Las intermitencias ocurren cuando el ritmo laboral y de sociabilidad impiden ajustar las rutinas cotidianas a las exigencias de cuidado ayurvédico –pese a los beneficios observados y la afinidad con la propuesta ayurvédica–, o por el propio eclecticismo terapéutico que lleva a que la consulta médica sea una instancia más de exploración y prueba en la trayectoria más amplia de búsqueda de bienestar y cuidado holístico. A estas circunstancias se suman algunas contingencias, por ejemplo, que el médico no esté disponible para una consulta

o las demoras en conseguir un turno cuando no media una condición de salud que lo requiera con cierta premura. La discontinuidad de la práctica es producto del desencanto con los planes de equilibrio por ineficacia puntual, y del cuestionamiento de la competencia del especialista para tratar un problema de salud. Paradójicamente, la vivencia de las rutinas ayurvédicas como “antinaturales” para el caso personal y por la distancia cultural con las formas de vida local lleva a algunos a dejar las prácticas y los tratamientos.

Dimos cuenta de cómo las redes sociales conducen a una consulta médica ayurvédica por los beneficios reportados por sus seguidores a través del boca en boca, y cómo ciertas actividades y prácticas actúan como “puentes” para despertar interés en el Ayurveda y consultar a un especialista. Se destaca la práctica del yoga, sea porque los instructores mantienen vínculos profesionales y personales con médicos Ayurveda, y/o comienzan a formarse en la disciplina, o porque la práctica misma despierta entre sus seguidores el interés de complementarla con los principios médicos del Ayurveda dadas sus raíces filosóficas y cosmológicas comunes. Otra práctica típica que conduce al Ayurveda son los regímenes alimentarios alternativos, a partir de los cuales sus seguidores comienzan a educarse en aspectos vinculados con la nutrición, acercándose al Ayurveda para profundizar en el principio de la alimentación como medicina e individualizar el régimen alimentario. Algunos de los profesionales de la salud que son parte del circuito alternativo se inician en el Ayurveda porque comparten con los médicos actividades e intereses comunes.

Debido a que sólo entrevistamos a tres hombres nos es muy difícil poder establecer comparaciones por género en cuanto a modalidades de incorporación del Ayurveda y sus significados. La mayoría de los estudios cualitativos internacionales con usuarios de medicinas alternativas se basan en las experiencias femeninas, fundamentalmente porque los trabajos cuantitativos muestran que la mayoría de las usuarias son mujeres. Con las limitaciones señaladas, nosotros no identificamos temas específicos por género en las dimensiones exploradas en este estudio³⁷.

Tras la consulta médica e iniciada la práctica, la red personal, y el circuito comercial y profesional del Ayurveda permiten sostenerla y profundizarla, así como lo hace la profusa literatura de autores nacionales y extranjeros. Según su interés, tiempo personal, capacidad de consumo y disposición para recurrir a dichos servicios especializados y productos, así como por la accesibilidad territorial, los seguidores circulan de manera diferencial por este circuito comercial y profesional que se encuentra en expansión, y que involucra la interacción y un mecanismo cruzado de referencias entre diversos especialistas de la red. Dichos especialistas son una fuente complementaria de información y consejos, junto con la guía y orientación que provee el médico ayurvédico y el intercambio de experiencias que se entabla con otros pacientes/seguidores de las redes sociales. A ello se agrega el acceso diferencial a productos extranjeros y experiencias terapéuticas en el exterior. Asimismo, los libros,

³⁷ El estudio paralelo realizado con médicos y médicas que practican Ayurveda en Buenos Aires (Freidin, 2010, 2012) tampoco indica diferencias por género en cuanto a sus motivaciones para formarse en la disciplina y experiencias personales como seguidores de sus principios terapéuticos.

las revistas especializadas, la prensa, y la información que se disemina sobre el Ayurveda en Internet contribuyen a acercar este enfoque médico foráneo a la vida cotidiana de sus seguidores locales, proporcionando marcos interpretativos y soportes prácticos para guiar su práctica.

En términos más generales, nuestro estudio muestra cómo los seguidores del Ayurveda adhieren al imperativo cultural del cuidado de la salud y de búsqueda de bienestar como una meta personal a ser alcanzada a través del esfuerzo y la responsabilidad individual (Crawford, 2006; Lupton, 1996 a y b). En este marco interpretativo, y al igual que otras medicinas holísticas que enfatizan la responsabilidad personal en el cuidado (Sointu, 2012; Bendelow, 2009; Sharma, 1996; Lowenberg y Davies, 1994), la práctica del Ayurveda es definida por sus seguidores estables como *empowering*, al proporcionar herramientas prácticas y principios terapéuticos para el autocuidado. Se trata de una dinámica de *re-skilling* (Giddens, 1991) cuyo alcance varía según las modalidades de práctica.

Frente a los procesos de individuación que caracterizan a las sociedades occidentales contemporáneas y la concomitante construcción reflexiva de la identidad personal, con sus ramificaciones en la salud, el cuidado del cuerpo, y las prácticas alimentarias, el Ayurveda es apropiado por sus seguidores locales, y presentado en la literatura internacional y local de divulgación, así como por los especialistas con los que interactúan, como un marco interpretativo de la individualidad y del cuidado personalizado. Como Langford (2002: 58) lo ha señalado, el entusiasmo por la medicina holística ocurre

en un contexto de valorización de la individualidad que debe desarrollarse en su máximo potencial a través del cultivo de la auto-observación y la auto-expresión. Como lo sintetiza dicha autora, *“el holismo implica una profunda exploración por parte de la persona de su espacio interior. (...) [El sujeto moderno] crecientemente imagina la sanación como la exploración y eventual expresión de su verdadero ser interno”*.

El seguimiento del Ayurveda se inscribe en dicho anhelo más general respecto del potencial de las medicinas alternativas. Los seguidores del Ayurveda en Argentina, especialmente aquellos más interesados en profundizar en sus principios como forma de vida, encuentran en esta tradición médica foránea un camino que los acerca a este ideal de autoconocimiento. Carozzi (2000) ha mostrado cómo estos valores culturales se interpretan en el circuito de la Nueva Era y las terapias alternativas, que se expandió en el AMBA en los años ´80 y ´90. Entre dichos valores se destacan el de la autonomía personal como constitutivo del proceso de autoconocimiento, y el poder transformador y sanador de lo “natural” como fuente de conocimiento y energía sutil frente a los condicionamientos culturales y los riesgos de la tecnología moderna sobre el cuerpo, la salud y el medio ambiente.

El Ayurveda no incluido en el estudio de Carozzi, probablemente porque esta medicina adquirió difusión más recientemente en círculos de la Nueva Era así como fuera de dichas redes socio-culturales, ofrece un lenguaje dentro del repertorio holístico para confirmar la individualidad y una serie de principios y prácticas para el retorno a lo “natural”. Tal como

lo documenta Langford (2002: 59), los occidentales buscan en el Ayurveda una receta para explorar en su individualidad a través de la identificación de la constitución personal –que incluye aspectos físicos, emocionales y mentales– expectativa que está ausente, de acuerdo a la autora, entre los pacientes de médicos ayurvédicos en India. El Ayurveda no sólo es presentado en Occidente como una medicina tradicional que reconoce la individualidad sino también como un enfoque de cuidado que invita a una vuelta a la naturaleza. Se acomoda de este modo a la sensibilidad terapéutica occidental contemporánea que revaloriza y respeta lo “natural” frente a los riesgos de la biomedicina occidental tecnologizada y farmacologizada, y la alimentación industrializada (Douglas, 1996; Giddens, 1991). Si bien, como lo plantea Melucci (1996: 22), la naturaleza constituye una realidad interpretada culturalmente, en la actualidad *“traer a la existencia a la naturaleza y encontrarla con respeto significa que nuestro campo de experiencia se amplía para incluir la conciencia de nuestros ritmos biológicos y los ciclos fundamentales dentro y fuera de nosotros”*. El Ayurveda, como otras medicinas orientales, comparte una visión holística y complementaria entre el individuo o microcosmos y el entorno o macrocosmos (Scheper-Hughes y Lock, 1987; Luz, 2012), buscando un equilibrio entre ambos a través de las rutinas de cuidado y las intervenciones médicas. Sus seguidores dispuestos a profundizar en esta cosmovisión, por un lado, resignifican procesos fisiológicos y estados emocionales de manera acorde a dichos procesos de correspondencia. Por el otro, acomodan rutinas alimentarias buscando incorporar alimentos no procesados industrialmente y orgánicos, y se inclinan por intervenciones terapéuticas que prescinden de los fármacos de

síntesis. Como lo destaca Melucci (1996: 23), *“tenemos que elegir y “crear” la naturaleza (empezando por nuestro respeto por ella) a través de una productiva expansión de la cultura y de nuestra conciencia sobre el presente que comienza en nuestro espacio y tiempo cotidianos”*. Las rutinas ayurvédicas permiten cultivar dicha conciencia e implementar prácticas que amplían el horizonte cultural de modalidades más “naturales” de cuidado.

En el contexto contemporáneo de diversificación de opciones de cuidado y estilos de vida, debido a la legitimidad otorgada a las medicinas orientales y a sus verdades universales por sus seguidores occidentales –lo que Giddens (1991) conceptualiza como una dinámica de re-tradicionalización frente al estatus provisorio y revisable del conocimiento científico occidental –, el Ayurveda constituye un cuerpo de principios que permite “anclar” las prácticas de cuidado sobre bases más seguras en el proyecto de construcción de la identidad personal. De manera similar, Sointu (2012) muestra cómo la noción de “sabiduría oriental” actúa como un elemento organizador y legitimador de prácticas holísticas originarias de Asia para sus seguidores occidentales, en tanto reconocen en Oriente no sólo una supremacía espiritual sino también médica (Harrington, 2008, citado en Sointu, 2012: 143).

Sin embargo, vimos que la adopción del Ayurveda en tanto medicina de estilo de vida conlleva diversas dificultades para sus seguidores locales. Debido a que los planes de equilibrio implican modificaciones en la alimentación y la organización temporal de rutinas alimentarias y de descanso, en ocasiones las alteraciones entran en conflicto con la vida laboral, familiar,

y las distintas esferas de sociabilidad. Las adaptaciones, concesiones, y negociaciones —que globalmente llamamos flexibilizaciones— son instrumentadas por sus seguidores para alcanzar un balance entre el cuidado personal de la salud y los condicionamientos y demandas del entorno social y cultural. A ello se suman desviaciones en el consumo alimentario saludable que responden a relajar la disciplina por autoindulgencia (Lupton, 1996a). Algunos impedimentos del contexto ligados al tipo de trabajo y el ritmo laboral hacen muy difícil sostener las prácticas ayurvédicas, limitando la capacidad de agencia de su seguidor, a lo que se agregan transiciones biográficas, aspectos materiales y objeciones ideológicas sobre qué prácticas adoptar, que conducen a procesos de variación y selección dentro del repertorio ayurvédico de prácticas ideales.

Estos procesos indican que la adopción de un estilo de vida saludable resulta del interjuego entre elecciones personales y la interacción con los otros significantes en las redes sociales y familiares, que está condicionado por las posibilidades materiales de consumo así como de disponer de tiempo para invertirlo en el cuidado personal. Cuando la medicina de estilo de vida es importada de otro medio sociocultural y se sostiene en prácticas alimentarias y rutinas temporales que se distancian de las formas de vida local y expectativas culturales de comensalidad y sociabilidad, sus seguidores buscan equilibrar las lealtades culturales y grupales, con las elecciones personales del estilo de vida saludable (Jastram et al., 2009; Flaherty, 2011). Si bien la flexibilización contextual y ocasional es necesaria para incorporar el Ayurveda en la vida cotidiana, algunos llegan a cuestionar las posibilidades de apropiación de medicinas enraizadas en otros contextos socio-culturales, imaginados y recreados a través de lecturas

o vivenciados en viajes a India, relativizando el alcance de los “símiles” frente a versiones construidas como más “puras” o “auténticas”.

Por último, destacamos que varios entrevistados articularon una visión crítica de nichos del circuito ayurvédico local que convierten a determinados productos y servicios profesionales en un consumo elitista. La literatura crítica sobre el acceso a las medicinas alternativas, a la que adherimos plenamente, ha remarcado que un sistema de salud pluralista y auténticamente holístico tendría que garantizar el acceso universal a los diferentes recursos de salud, entendiéndolo como un derecho de ciudadanía y no como un privilegio para unos pocos (Baer, 2004; también Sharma, 2000; Freidin y Abrutzky, 2011). Los entrevistados más atentos a los mecanismos de reproducción de la desigualdad social en el acceso a los recursos de salud en el circuito holístico, y en el ayurvédico en particular, mantienen una distancia crítica respecto de dicho circuito; y, entre ellos, los que brindan servicios especializados buscan diferenciar sus prácticas de los nichos más mercantilizados de la red local.

Referencias bibliográficas

Andrade, J.T y Almeida da Costa, L.F (2010). Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde e Sociedade*.19 (3), 497-508.

ALAMES (2008). *Taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud*. Documento para la Discusión, 20 de setiembre a 2 de octubre. Elaboración colectiva del Comité Organizador. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana. <http://es.scribd.com/doc/8765653/Taller-DSS-Relatoria>

Alter, J. S. (2005a). Introduction: The Politics of Culture and Medicine. En J. S. Alter (Ed.), *Asian Medicine and Globalization* (pp. 1-20). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Alter, J. S. (2005b). Ayurvedic Acupuncture-Transnational Nationalism: Ambivalence about the Origin and Authenticity of Medical Knowledge. En J. S. Alter (Ed.), *Asian Medicine and Globalization* (pp. 21-44). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Aguirre, P. (2005). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Aguirre, P. (1997). Patrón alimentario, estrategias de consumo e identidad en la Argentina. En M. Alvares y L. V. Pinotti, *Procesos socioculturales y alimentación*, (pp.161-187). Buenos Aires: Ediciones del Sol.

Astin, J. A. (2000). The Characteristics of CAM Users: A Complex Picture. En M. Kelner, B Wellman, B. Pescosolido y M. Saks (Eds.), *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change* (pp. 101-114). Amsterdam: Harwood.

Astin, J. A. (1998). Why Patients Use Alternative Medicine? Results of a National Study. *JAMA*. 279 (19), 1548-1553.

Baarts, C. A y Pedersen, K. (2009). Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*. 31(5), 719–733.

Baer, H. (2003). *Toward an Integrative Medicine: Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek: Altamira Press.

Barnes, L. (2005). American Acupuncture and Efficacy: Meanings and their Points of Insertion. *Medical Anthropology Quarterly*. 19 (3), 239-266.

Barnes, L. (1998). The Psychologizing of Chinese Healing Practices in the United States. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 22, 413-443.

Beardsworth, A. y Keil, T. (1992). The Vegetarian Option: varieties, conversions, motives and careers. *The Sociological Review*. 40, 253-293.

Bendelow, G. (2009). *Health, Emotion and the Body*. Cambridge: Polity.

Blanco Gil, J. y Lopez Orellano, O. (2007). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción. En E. J. Carillo Soto y E. Guinsberg (Eds.), *Desafíos de Salud Colectiva* (pp. 103-125). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Barros, N. F. (2008). *A Construção Da Medicina Integrativa: Um Desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothchild Editores.

Bode, M. (2006). Taking Traditional Knowledge to the Market: The Commoditization of Indian Medicine. *Anthropology & Medicine*. 13 (3), 225-236.

Bordes, M. (2012). *Construcciones y transacciones de sentido en torno al cuidado de la salud en el contexto de una terapia no-convencional: la Reflexología*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Argentina.

Bourdieu, P. (1984). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

Carini, C.H (2010). Ritual, tiempo sagrado y espacio en el budismo zen argentino. *Avá Revista de Antropología*, (16). Recuperado 4 de diciembre de 2012 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942010000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Carozzi, M.J. (2000). *Nueva Era y Terapias Alternativas*. Buenos Aires: UCA.

Chen, N.N. (2009). *Food, Medicine, and the Quest for Good Health: Nutrition, Medicine, and Culture*. New York: Columbia University Press.

Cockerham, W. C. (2010). Health Lifestyles: Bringing Structure Back. En W.C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 159-183). London: Wiley-Blackwell.

Cockerham, W. C. (2000). The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles. En C.E. Bird, P. Conrad, y A.M. Fremon (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 159-172). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Connors, M., Bisogni, C.A., Sobal, J. y Devine, C.M. (2001). Managing Values in Personal Food Systems. *Appetite*. 36, 189-200.

Conrad, P. (1994). Wellness as Virtue: Morality and the Pursuit of Health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 18, 385-401.

Conrad, P. (1985). The meanings of Medications: Another Look at Compliance. *Social Sciences and Medicine*. 20, 29-37.

Coreil, J, Levin, J.S. y Jaco, E. G. (1985). Life Style: an Emergent Concept in the Sociomedical Sciences. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 7 (4), 663-80.

Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*. 10 (4), 401-420.

Csordas, T. S. (2011). Modos somáticos de atención. En A. Citro (Ed.), *Cuerpos plurales: antropología de y desde los cuerpos* (pp. 83-104). Buenos Aires: Biblos.

Chopra, A.S. (2008). Practicing Ayurveda in the Western World: A case study from Germany. En D. Wujastic y F. Smith (Eds.), *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms* (pp. 243-255). New York: Suny

Denham, S. (2003). Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. *Journal of Family Nursing*. 9 (3), 305-330.

Denzin, N. (1989). *Interpretative Biography*. London: Sage.

Douglas, M. (1996). *Thought Styles: Critical Essays on Good Taste*. London: Sage.

Douglas, M. y Gross, J. (1981). Food and Culture: Measuring the Intricacy of Rule Systems. *Social Science Information*. 20 (1), 1-35.

Eilan, N., Bermúdez, J.L. y Marcel, A. (1998). Self-Consciousness

and the Body: An Interdisciplinary Introduction. En J. L. Bermúdez, A. J. Marcel, y N. M. Eilan (Eds.), *The Body and the Self* (Pp.1-28). Cambridge: MIT Press.

Elder, C.R. (2011). Integrating Natural Medicine into Conventional Clinical Practice: The Example of Vedic Medicine. *Integrative Medicine*. 10 (2), 56-60.

Fadlon, J. (2005). *Negotiating the Holistic Turn: The Domestication of Alternative Medicine*. New York: Suny.

Fiese B., Tomcho, T., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S. y Baker, T. (2002). A Review of 50 years of Research on Naturally Occurring Family Routines and Rituals: Cause for Celebration?. *Journal of Family Psychology*. 16 (4), 381-390.

Flaherty, M. (2011). *The Textures of Time: Agency and Temporal Experience*. Philadelphia: Temple University Press.

Fonseca, M. J. (2008). Understanding consumer culture: the roles of food as an important cultural category. *Latin American Advances in Consumer Research*. 2, 28-34.

Frank, R. y Stollberg, G. (2004). Conceptualizing Hybridization: On the diffusion of Asian Medical Knowledge to Germany. *International Sociology*. 19 (1), 71-88.

Frank, R. y Stollberg, G. (2002). Ayurvedic Patients in Germany. *Anthropology and Medicine*. 9 (3), 223-244.

Freidin, B. (2011, agosto 20-23) Incorporating Ayurveda into medical practice in Buenos Aires: a case of transformative hybridization. En *Social Conflict: multiple dimensions and arenas*. 106th Annual Meeting of the American Sociological Association (ASA).

Freidin, B. (2010, octubre 6-9) Difusión cultural,

integración y adaptaciones locales: el caso de la medicina Ayurveda en Argentina. En *Crisis, Response, and Recovery*. XXIX International Congress of the Latin American Studies Association (LASA).

Freidin, B. (2008). *Acupuncture Worlds in Argentina: Contested Knowledge, Legitimation Processes, and Everyday Practices*. Tesis de Doctorado no publicada, Brandeis University, Departamento de Sociología, Waltham, MA, Estados Unidos.

Freidin, B. y Ballesteros, M. (2012). La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina. *Papeles de Trabajo*. 9, 1-32

Freidin, B. y Abrutzky, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 15 (37), 505-18.

Freidin, B. y Abrutzky, R. Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios. *Documentos de Trabajo*. N° 54, marzo 2010. Recuperado el 1 de junio de 2012 de <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt54.pdf>

Freidin, B. y Timmermans, S. (2008). Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care. *Qualitative Health Research*. 18, 43-55.

Freidin, B. Ballesteros, M. y Espigares, L. (2011, 6-10 septiembre). Negociando la incorporación de prácticas de cuidado de la salud no convencionales: el caso de la Medicina Ayurveda desde la perspectiva de los médicos y los pacientes/seguidores. En *Fronteras abiertas de América Latina*. XXVIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología.

Frohlich, K., Corin, E. y Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health and Illness*. 23 (6), 776-797.

García, B. (2010). *Ayurveda: Un mundo en equilibrio*. Córdoba: Buena Vista.

Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.

Goldstein, M. (2000). *The Growing Acceptance of Complementary and Alternative Medicine*. En C. E. Bird, E. P. Conrad, y A. Fremont (Eds.), *A Handbook of Medical Sociology* (pp. 284-297). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Guptill, A., Copleton, D. y Lucal, B. (2012). *Food and Society: Principles and Paradoxes*. Cambridge: Polity.

Heredia, S. (2011). *Ayurveda, la vida en equilibrio: un camino natural hacia la salud*. Buenos Aires: Imaginador.

Hannerz, U. (1996). *Transnational Connections: Culture, People, Places*. London: Routledge.

Heelas, P., Woodhead, L., Seel, B., Szerszynski, B. y Tusting, K. (2005). *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Oxford: Blackwell.

Heritage, J. y Maynard, D. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*. 32, 351-74.

Hog, E. y Hsu, E. (2002). Introduction. *Anthropology & Medicine*. 9, 205-221.

Holstein, J. A. y Gubrium, J. F. (1995). *The Active Interview*.

Thousand Oaks: Sage.

Howell, S. (1995). Whose knowledge and whose power? A new perspective on cultural diffusion. En Fardon, R. (Ed.). *Counterworks: Managing the Diversity of Knowledge* (pp. 164-181). London: Routledge

Huberman, M. A. y Miles, M. B. (1994). Data Management and Analysis Methods. En Denzin, N. y Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp.428-444). Thousand Oak: Sage.

Inda, J. X. y Rosaldo, R.(2002). Introduction: A World in Motion. En J.X. Inda y R. Rosaldo (Eds.), *The Anthropology of Globalization* (pp. 1-34). London: Blackwell.

Idoyaga Molina, A. (2002). *Culturas, enfermedades y medicinas: reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de la Argentina*. Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional de Arte.

Idoyaga Molina, A. y Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina*. 65 (5), 390-394.

Jastran, M. M., Bisogni, C. A., Sobal, J., Blake, C. y Devine, C. (2009). Eating Routines: Embedded, value based, modifiable, and reflective. *Appetite*. 52, 127-136.

Jennotat, F. (2008). *Maharishi Ayur-Ved: A controversial model of global Ayurveda*. En D. Wujastic y F. Smith (Eds.), *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms* (Pp.285-308). New York: Suny.

Jonas, W. (2002). Policy, the Public, and Priorities in Alternative Medicine Research. Global Perspectives on Complementary and Alternative Medicine. *The Annals The American Academy of Political and Social Sciences*. 583, 29-43.

Kangas, B. (2010). Traveling for Medical Care in a Global World. *Medical Anthropology*. 29 (4): 344-362.

Kelner, M. y Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: medical and alternative therapies. *Social Science & Medicine*. 45 (2), 203- 212.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Culture*. Berkeley: University of California Press.

Langford, J.M. (2002). *Fluent Bodies: Ayurvedic Remedies for Postcolonial Imbalance*. Durham: Duke University Press.

Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lee-Treweek, G. (2002). Trust in complementary medicine: the case of cranial osteopathy. *The Sociological Review*. 50 (1), 48-68.

Lipworth W., Hooker, C. y Carter, S. (2011). Balance, Balancing, and Health. *Qualitative Health Research*. 21 (5), 714-725.

Low, J. (2004). Managing safety and risk: the experiences of people with Parkinson's disease who use alternative and complementary therapies. *Health*. 8 (4), 445-463.

Lowenberg, J. y Davies, F. (1994). Beyond medicalisation-demedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health and Illness*. 16 (5), 579-599.

Lupton, D. (1996a). *Food, the Body and the Self*. London: Sage.

Lupton, D. (1996b). *The imperative of Health*. London: Sage.

Lupton, D. (1996c). Your life in their hands: trust in the medical encounter. En V. James, y J. Gabe (Comps.), *Health and the Sociology of Emotions, Sociology of Health and Illness*. (pp.157-172). London: Blackwell.

Luz, M. (2012). Estudio comparativo de racionalidades médicas: medicina occidental contemporánea, homeopática, china e ayurvédica. En M. T. Luz y N. Filice de Barros (Comps.), *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos* (pp. 25-48). Río de Janeiro: CEPESC.IMS-UERJ, Abrasco.

Luz, M. T. (2005). Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 15, 145-176.

Marques, E. R. (2012). Racionalidades médicas: a medicina ayurvédica. En M.T. Luz y N. Filice de Barros (Comps.) *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos* (pp. 153-184). Río de Janeiro: CEPESC.IMS-UERJ, Abrasco.

Melucci, A. (1996). *The playing Self. Person and Meaning in the planetary society*. Cambridge: Cambridge University Press

Menéndez, E.L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Mintz, S. y Du Bois, C. M. (2002). The Anthropology of Food and Eating. *Annual Review of Anthropology*. 31, 99-119.

Murcott, A. (1995). Social Influences on food choice and dietary change: a sociological attitude. *Proceedings of the*

Nutrition Society. 54, 729-735.

NCCAM (2009) *Ayurvedic Medicine: An Introduction*. Disponible en http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D287_BKG.pdf

OMS (2001). *Legal status of traditional and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. Washington DC: World Health Organization.

OMS (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pescosolido, B. (1992). Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance. *Advances in Medical Sociology.* 2, 161-184.

Phelan, J. C., Link, B. G. y Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior.* 51, 128-140.

Pitluk, R. (2006). Selección terapéutica y resignificación de medicinas exóticas en Buenos Aires. *Scripta Ethnologica.* 28, 65-78.

Polich, G., Dole, C. y Kaptchuk, T.J. (2010). The need to be a little more “scientific”: biomedical researchers investigating complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness.* 32 (1), 106-122.

Puglisi, R. (2009). La meditación en la luz. Sai Baba como performance ritual: acceso corpóreo-experimental a dios. *Religião e Sociedade.* 29 (1), 30-61.

Quah, S. R. (2008). Epilogue: In pursuit of health: Pragmatic acculturation in everyday life. *Health Sociology Review*. 17 (4), 419-422.

Reddy, S. (2002). Asian Medicine in America: The Ayurvedic Case. *The Annals The American Academy of Political and Social Sciences*. 583, 97-121.

Robertson, R. (2000). *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage.

Ross, C. y Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*. 60, 719-745.

Ruggie, M. (2004). *Marginal to Mainstream: Alternative Medicine in America*. Cambridge: Cambridge University Press.

Saizar, M. (2009). *De Krishna a Chopra: filosofía y prácticas del yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia.

Sautu, R. (2011). *El análisis de las clases sociales: teorías y metodologías*. Buenos Aires: Luxemburg.

Sharma, U. (2000). Medical Pluralism and the Future of CAM. En M. Kellner y B. Wellman (Eds.), *Complementary and Alternative Medicine*. (pp. 211-222). Amsterdam: Harwood

Sharma, U. (1996). Using Complementary Therapies: A challenge to Orthodox medicine? En S. Williams y M. Calnan (Eds.), *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences* (pp 230-254). London: UCL Press.

Sharma, U. (1994). The equation of responsibility: complementary practitioners and their patients. En S. Budd y U. Sharma (Eds.), *The Healing Bond: the Patient-Practitioner Relationship and the Therapeutic Responsibility* (pp. 82-105). London: Routeledge.

Scheper-Hughes, N. y Lock, M. M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. 6, 41.

Singh Khalsa, K. P. (2008). The Practitioner's Perspective: Introduction to Ayurvedic Herbalism. *Journal of Herbal Pharmacotherapy*. 7 (3-4), 129-142.

Shneirov, M. y Geczik, J. D. (1996). A Diagnosis of Our Times. *The Sociological Quarterly*, 37 (4), 627-644.

Smith, F. y Wujastic, D. (2008). Introduction. En D. Wujastic y F. Smith (Eds.), *Modern and global ayurveda: pluralism and paradigms* (pp. 1-27). New York: Suny.

Sointu, E. (2012). *Theorizing Complementary and Alternative Medicines: Wellbeing, Self, Gender, Class*. New York: Palgrave.

Sointu, E. (2006). Recognition and the Creation of Wellbeing. *Sociology of Health and Illness*. 40 (3), 493-510.

Stults, C. y Conrad, P. (2010). Medicalization and Risk Scares: The Case of Menopause and HRT. En D.W. Light (Comp.), *The Risk of Prescription Drugs* (pp. 116-138). New York: Columbia University Press.

Strauss, A. (1999). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Svodoba, R. (2006). *Ayurveda: descubrir la propia constitución, vivir según ella, y prevenir o curar enfermedades*. Barcelona: Kairós.

Tesser, Ch. D. (2012). Pesquisa e institucionalização das practicas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. En *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde:*

estudios teóricos e empíricos (pp. 251- 284). Río de Janeiro: CEPESC.IMS-UERJ, Abrasco.

Traversa, O. (2011a). Hábitos alimentarios y construcciones discursivas. En O. Traversa (Comp.), *Comer, beber, hablar: semióticas culinarias* (pp.155-168). Buenos Aires: La Crujía.

Traversa, O. (2011b). El asado escrito: lo dicho y el decir en torno a una práctica culinaria. En O. Traversa (Comp.), *Comer, beber, hablar: semióticas culinaria* (pp. 31-38). Buenos Aires: La Crujía.

Trawick, M. (1992). Death and Nurturance in Indian Systems of Healing. En C. Leslie y A. Young (Eds.), *Path to Asian Medical Knowledge* (pp. 129- 158). Berkeley: University of California Press.

Valente, T. W. (2000). Social Networks and Mass Media: The `Diffusion´ of CAM. En M. Kellner y B. Wellman (Eds.), *Complementary and Alternative Medicine* (pp. 131-142). Amsterdam: Harwood.

Viotti, N. (2007). Entre el cuerpo y el alma. Enfermedades graves y terapias ´holistas´ entre sectores medios de Buenos Aires. En A. Idoyaga Molina (Ed.), *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad* (pp. 175-195). Buenos Aires: CAEA-UINA.

Warrier, M. (2011). Modern Ayurveda in Transnational Context. *Religion Compass*. 5, 80-93.

Warrier, M. (2009). Seekership, Spirituality and Self-discovery: Ayurveda Trainees in Britain. *Asian Medicine*. 4 (2), 423-451.

Wellman, B. (2000). Partners in Illness: Who Helps When You Are Sick? En M. Kellner y B. Wellman (Eds.).

Complementary and Alternative Medicine (pp. 143-161). Amsterdam: Harwood.

WHO (2005) *Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. Geneva: World Health Organization.

Williams, J. S. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*. 17(5), 577-601.

Williams, J. y Calnan, M. (1996). The 'Limits' of Medicalization? Modern Medicine and The Lay Populace in 'Late' Modernity. *Social Sciences and Medicine*. 42 (12), 1609-1620.

Wujastyk, D. (2003). *The Roots of Ayurveda*. London: Penguin Books.

Zerubavel, E. (1997). *Social Mindscapes: An Invitation to Cognitive Sociology*. Cambridge: Harvard University Press.

Zysk, K. G. (2001). New Age Ayurveda, or what happens to Indian medicine when it comes to America. *Traditional South Asian Medicine*. 6, 10-26.

