



Identidades profesionales heterodoxas: el caso de médicas, médicos y psicólogas que integran medicinas y terapias alternativas en Argentina

Heterodox Professional Identities: The Case of Medical Doctors and Psychologists Who Integrate Alternative Medicines and Therapies in Argentina

Identidades profissionais heterodoxos: o caso de médicos e psicólogas que integram as medicinas e terapias alternativas na Argentina

Betina Freidin* y Pablo Borda**



Ver licencia <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

Recibido: 23.10.14

Aceptado: 10.04.15

RESUMEN

Las sociedades occidentales evidencian mutaciones en los procesos de socialización y en el mercado de trabajo, que tienen su correlato en la formación de la identidad profesional. Conceptualizamos la identidad como un proceso continuo de producciones intersubjetivas en múltiples espacios de socialización e intercambio en un contexto de creciente singularización de las trayectorias personales. Para abordar distintas dimensiones en la dinámica de identificación profesional realizamos entrevistas en profundidad con psicólogas, médicas y médicos que integran enfoques terapéuticos alternativos en el ejercicio de su oficio en el área metropolitana de Buenos Aires. Focalizamos en las experiencias personales y laborales que las/los conducen a realizar resignificaciones y conversiones en el ejercicio profesional distanciándose del paradigma hegemónico de sus respectivas disciplinas. Enmarcamos estas interpretaciones y decisiones de carrera en movimientos profesionales críticos de la formación y prácticas ortodoxas, así como en tendencias socioculturales más amplias que amplían el horizonte para la construcción del proyecto profesional y el trabajo identitario.

Palabras clave: identidad profesional; médicos; psicólogas; heterodoxias; relatos de vida; argentina

ABSTRACT

Western societies experiment mutations in the processes of socialization and the job market, which have ramifications in professional identity-building. We understand identity as a

* Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IGG-UBA-CONICET). E-mail: freidinbetina@gmail.com

** Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires (IIGG-UBA). E-mail: pabloborda@sion.com

continual process of inter-subjective productions in multiple spaces of socialization and of interpersonal interaction, taking into account the larger context of the growing singularization of personal trajectories. In order to address different dimensions of identification with professional work, we conducted in-depth interviews with medical doctors and psychologists who integrated alternative medicines and therapies in their clinical work in Metropolitan Buenos Aires. We focus the analysis on personal and work experiences that lead them to give new meanings to their professional practice and redirect their careers, and in this way depart from the hegemonic paradigm in their respective disciplines. We frame their interpretations and career decisions into intra-professional movements that put into question orthodox training and practice, and larger socio-cultural trends that widen the horizon for professional projects and identity work.

Keywords: professional identity; medical doctors; psychologists; heterodoxies; life stories; Argentina

RESUMO

As sociedades ocidentais mostram mutações no processo de socialização e no mercado de trabalho; com o seu homólogo na formação da identidade profissional. Conceituamos a identidade como um processo contínuo de produções intersubjetivas em vários espaços de socialização e de câmbio em um contexto de crescente singularização das trajetórias pessoais. Para abordar as diferentes dimensões da dinâmica de identificação profissional foram realizadas, em profundidade, entrevistas com psicólogos e médicos que integram diferentes abordagens terapêuticas alternativas, no exercício das suas funções, na área metropolitana da cidade de Buenos Aires. Fazemos foco nas experiências pessoais e profissionais; as mesmas que levam a fazer novos significados e conversões na prática profissional, distanciando o paradigma hegemônico de suas respectivas disciplinas. Emolduramos essas interpretações e decisões de carreira em movimentos profissionais críticos da formação e práticas ortodoxas, bem como socioculturais; com um horizonte cultural mais amplo para a construção do projeto profissional e do trabalho de identidade.

Palavras-chave: identidade profissional; médicos; psicólogos; heterodoxias; histórias de vida; Argentina

SUMARIO: 1. Introducción. 2. El trabajo identitario en el campo profesional. 3. Perspectiva metodológica y características del trabajo de campo. 4. Prácticas médicas heterodoxas y alternativas de identificación con la profesión. 5. Integración terapéutica e identidad profesional en psicólogos heterodoxas. 6. Conclusiones. 7. Bibliografía

1. Introducción

Como Callero lo sintetiza (2003: 115), desde los '80, los conceptos del *self* e identidad han ocupado un lugar central en el debate intelectual de las ciencias sociales y las humanidades. Este debate transcurre en un contexto de mutaciones en los procesos de socialización y la configuración identitaria en las sociedades occidentales contemporáneas (Dubet y Martuccelli, 2000; Giddens, 1995; Hall, 2011). En un ambiente sociocultural caracterizado por procesos de diversificación de las formas de identificación social, crisis y cuestionamientos de modelos normativos, el trabajo de socialización de las instituciones tradicionales se está desplazando en gran parte hacia la experiencia y acción de los mismos agentes sociales. Algunos autores proponen que el relativo relajamiento de los marcos colectivos estructurantes impulsaría a los individuos a configurar sus propias soluciones biográficas frente a las contradicciones estructurales (Beck y Beck-Gernsheim, 2003; Dubet y Martuccelli, 2000). Mientras otros analistas sostienen que la diversificación de opciones de estilo de vida y de sistemas expertos en un contexto de globalización amplía el margen de acción en el trabajo identitario (Giddens,

1995). En este contexto, el significado del proyecto de vida y el posicionamiento en el espacio social devienen una cuestión de esfuerzo y de elección reflexiva (Callero, 2003: 115). En este artículo, abordamos aspectos del trabajo identitario en la esfera de la vida profesional, tomando como caso de estudio a psicólogas y médicos/as cuyas carreras se han “desviado” del modelo normativo en sus respectivas disciplinas. Se trata de profesionales que han optado por formarse en medicinas y terapias “alternativas” a las hegemónicas en sus campos de ejercicio profesional¹. Entendiendo a la identidad profesional como un proceso continuo de producciones intersubjetivas en un contexto de creciente singularización de las trayectorias vitales, nuestra exposición se centra en las decisiones de carrera de psicólogas y médicos/as heterodoxas. Con este foco analítico, exploramos en sus narrativas los significados que otorgan al ejercicio de la profesión, para de este modo poder rastrear cómo construyen su identidad profesional a partir de la decisión de integrar enfoques terapéuticos no convencionales.

Sociólogos y antropólogos han puesto de relieve los procesos de fractura y el dinamismo que caracterizan el campo profesional del cuidado de la salud contemporáneo (Williams y Calnan, 1996; Scheper-Hughes y Lock, 1987; David-Floyd y St. John, 2001). La biomedicina, que se constituyó como modelo médico hegemónico desde finales del siglo XIX y principios del XX en las sociedades occidentales, producto de un proceso histórico de alianza política de las organizaciones médicas con las elites dirigentes y de la utilización del método científico como fundamento de sus reclamos de jurisdicción exclusiva en materia de salud y enfermedad (Cant y Sharma, 1999: 11; Freidson, 1988; Starr, 1982; Sarfatti Larson, 1977; Menéndez, 2009), coexiste actualmente con una variedad de enfoques y paradigmas alternativos. Algunos autores postulan que el pluralismo terapéutico ha sido la norma en lugar de la excepción en términos de la diversidad de especialistas y las preferencias de los pacientes en los países centrales (Goldstein, 2004; Baer, 2004; Cant y Sharma, 1999; Sandoz, 2010). El aumento de la utilización de medicinas no convencionales desde los años ´60 en dichos países, o de las medicinas alternativas y complementarias (MACs) como las agencias gubernamentales y los organismos internacionales (OMS, 2002) las han denominado desde los ´90, es considerado un fenómeno re-emergente con características nuevas respecto del pluralismo del siglo XIX. En Latinoamérica, y en Argentina en particular, el pluralismo ha sido ampliamente documentado (Di Liscia, 2008; Menéndez, 2009; Idoyaga Molina, 2002; Palmer, 2003, entre otros), al igual que la diversificación de la oferta de medicinas alternativas en las últimas décadas (Luz, 2005; Barros, 2008; Carozzi, 2000; Freidin y Ballesteros, 2011).

Si bien los enfoques no biomédicos han sido excluidos legalmente y marginalizados institucionalmente en los sistemas de salud en distintos contextos nacionales, crecientemente estas terapéuticas han atraído no sólo a pacientes sino también a médicos descontentos con los límites de la alopátia para comprender el proceso de salud-enfermedad, y con las condiciones del ejercicio profesional en el sistema de salud. Como Williams y Calnan (1996) lo destacan, en el escenario contemporáneo en el que la mayoría de los dominios de la vida social son susceptibles de ser objeto de revisión crítica a la luz de nuevos conocimientos y los contextos sociales cambiantes, la medicina en sí misma como institución de la modernidad tardía deviene en una empresa reflexiva en lo que respecta a su base de conocimientos, su organización social, y la naturaleza del quehacer médico cotidiano: “*La práctica médica contemporánea esta deviniendo intrínsecamente fracturada con elementos de alta tecnología médica (...) yuxtapuestos con formas de sanación más biográficas u holísticas en un mercado médico crecientemente pluralista*” (Williams y Calnan 1996: 1612). De manera similar, Scheper-Hughes y Lock (1987) destacan el creciente interés de los profesionales de la salud por enfoques superadores del dualismo mente-cuerpo y del reduccionismo biologicista que impregna el paradigma biomédico.

Distintos movimientos dentro de la profesión reflejan la pluralidad de intereses y el dinamismo del campo de la atención médica. David-Floyd y St Johns (2001) distinguen el

¹ El término medicinas alternativas ha sido criticado en la literatura académica por su carácter residual respecto de la biomedicina, y por los enfoques divergentes que se agrupan bajo esa categoría (ver Freidin y Ballesteros, 2012). Compartiendo la crítica, en este trabajo lo usamos instrumentalmente para distinguir de manera genérica a enfoques heterodoxos en los campos disciplinarios que abordamos.

movimiento humanista y el holístico que se desarrollaron como respuestas críticas al modelo biomédico tecnocrático. El paradigma humanista se asocia con el modelo biopsicosocial propuesto por Engels a fines de los '70, y que en las décadas posteriores se convirtió en sinónimo de la unificación progresista de las ciencias médicas y del comportamiento (Scott Dowling, 2005:2039) al incorporar las dimensiones psíquicas, sociales, y psicológicas en el proceso de salud-enfermedad-atención (David- Floyd y St. Johns, 2001; Borell-Carrio, Suchman, y Epstein, 2004; Kleinman, 1987). El movimiento holístico, que comenzó a expandirse en los '70, abarca a una variedad de medicinas alternativas y complementarias (MACs) que tienen una historia de utilización u orígenes por fuera de la medicina occidental moderna (NCCAM, 2013), y que mayormente no se enseñan en las facultades de medicina ni están integradas en el sistema de salud (Eisemberg et al., 1993). Davis-Floyd y St Johns (2001) destacan la variabilidad de perspectivas y disciplinas en el modelo holístico, pero remarcan la preferencia por terapéuticas menos intrusivas y que actúan en un nivel energético, que respetan la individualidad del paciente, y que integran la dimensión espiritual en el cuidado de la salud (también Sharma, 1994; Baer, 2004).

En las últimas décadas, se han desarrollado procesos emergentes de integración selectiva y *mainstreaming* de enfoques no biomédicos, especialmente en los países centrales, evidenciando un cambio en la respuesta de la comunidad biomédica hacia las MACs. Varios factores han impulsado dichos cambios. Entre ellos se destacan la insatisfacción de los pacientes con la medicina convencional y la despersonalización de la relación médico-paciente, y la competencia en la oferta de servicios de salud comprehensivos y con menor costo en un mercado de la salud liderado por la medicina corporativa y gerenciada. El movimiento de la medicina basada en la evidencia también ha favorecido la integración selectiva a través de la investigación clínica para testear la eficacia y mecanismos de acción de las MACs, así como lo ha hecho la inclusión de oferta de cursos en las facultades de medicina y la apertura de clínicas holísticas (Ruggie, 2005). Algunos autores refieren a la emergencia de un nuevo paradigma de medicina integrativa que busca la cooperación entre la biomedicina y los enfoques no biomédicos de gran demanda (Baer, 2004). La mayoría de los analistas observan este proceso desde una dinámica de cooptación que reproduce las relaciones de dominación de la biomedicina. Sin embargo, también es posible visualizar el movimiento de la medicina integrativa como un escenario de legitimación de prácticas y saberes para los médicos heterodoxos. Varios estudios, de hecho, muestran que la legitimidad científica es un recurso que movilizan los grupos heterodoxos en la profesión médica para elevar el estatus de su práctica, independientemente de las explicaciones personales sobre su valor, las que generalmente se fundamentan en epistemologías divergentes a la biomédica (Dew, 2000; Freidin, 2007, 2013).

En el contexto latinoamericano, la OMS (2002) y la OPS (2001) han promovido estrategias para la organización y prestación de sistemas de salud integrales, especialmente en el área de la atención primaria, sin embargo son pocos los países que las han implementado (México, Perú, y Brasil, y Chile, entre otros). La Argentina se encuentra rezagada en el desarrollo de una política sanitaria nacional de integración, y sólo unas pocas jurisdicciones han avanzado en la materia. Existe sin embargo una larga tradición de práctica de MACs en círculos médicos, especialmente de la Homeopatía y la Acupuntura, con un importante desarrollo de asociaciones profesionales y escuelas de formación de posgrado, algunas de las cuales han logrado respaldo universitario en la última década (Vijnovsky, 2008; Freidin, 2013). Si bien la Homeopatía hasta la fecha no ha logrado reconocimiento oficial, la Acupuntura lo obtuvo en el año 2002, cuando fue reconocida como acto médico por el Ministerio de Salud de la Nación (Freidin, 2013; 2010). Resumiendo, el campo de la práctica médica tanto global como local, aunque dominado por la biomedicina se caracteriza por el dinamismo y yuxtaposición de perspectivas y paradigmas. Aunque con un estatus marginal en su carácter de heterodoxias médicas, las MACs amplían el horizonte de posibilidades de desempeño profesional y de formas de identificación con el ejercicio de la medicina para los médicos disconformes con la formación y práctica médica convencional.

En lo que respecta al campo de la Salud Mental, y más específicamente al campo profesional de las psicoterapias, el mismo también se caracteriza por la heterogeneidad de prácticas y saberes expertos. En él coexisten múltiples perspectivas sobre la enfermedad mental

y el tratamiento del sufrimiento psíquico provenientes de diferentes disciplinas, la psiquiatría, el psicoanálisis, y la psicología. Varios autores dan cuenta de las transformaciones del campo médico psicológico en los países centrales donde el modelo basado en el psicoanálisis freudiano fue dominante hasta mediados del siglo XX, entrando luego en crisis debido a movimientos contraculturales (como el del potencial humano y la psicología humanística) que cuestionaron su efectividad, dando lugar al surgimiento de nuevas terapias (Castel et al., 1980; Castel, 1984; Illouz, 2010). La actual diversificación de la oferta terapéutica relacionada con la búsqueda de bienestar y el tratamiento del sufrimiento psíquico hace que el modelo tutelar de la medicina mental clásica conviva e interactúe con lo que Castel (1980 y 1984) denomina el *modelo del crecimiento psíquico*, el cual propone desarrollar el potencial humano desde técnicas que valorizan la re-naturalización del cuerpo y la fe del paciente en sí mismo como participe responsable del proceso de sanación y la búsqueda de armonía y equilibrio psico-emocional (Castel, 1984; Ehrenberg, 2000). El lenguaje psicoterapéutico se ha diversificado y entrelazado con los imperativos culturales contemporáneos de la búsqueda de felicidad y bienestar, la confianza en el potencial interior y la creencia en la capacidad de auto perfeccionamiento (Illouz, 2010).

En el campo argentino de la salud mental, si bien el mismo sigue conservando posturas organicistas, registrándose un aumento de prescripciones psicofarmacológicas en los tratamientos (Galende, 1983), la influencia del psicoanálisis desde la década de 1930 en adelante modificó sustancialmente la psiquiatría, las psicoterapias y el campo de la salud mental en general (Plotkin 2003). A ello se sumó la promoción de alternativas biopsicosociales y comunitarias como un abordaje más integral de las enfermedades mentales (Faraone, 1993 y 1995; Galende, 1983; Guinsberg, 2007; Jervis, 1972) frente a la “psiquiatrización” de la vida cotidiana, conjuntamente con el movimiento de la “desmanicomialización”. Paralelamente a las transformaciones del campo institucionalizado de la salud mental, desde los ‘80 se expandieron una variedad de terapias “alternativas” en el marco del movimiento de la Nueva Era (Carozzi, 2000). Estas se proponen como instancias de auto-conocimiento y auto-transformación, que promueven la autonomía del paciente, su protagonismo en la sanación y una reducción del rol central del terapeuta. Aspiran a que el individuo se encuentre consigo mismo, con su “interior perfecto”, minimizando los sentimientos de culpabilidad, y valorizando la conexión del individuo con la naturaleza como motor de la salud y transformación, tanto individual como colectiva (Carozzi, 2000).

En Argentina, la psicología como profesión, careció en sus inicios de una organización interna como disciplina. Los primeros psicólogos debieron afrontar el desafío de conformar una identidad profesional nueva en un campo disciplinario dominado por médicos psiquiatras y psicoanalistas. Estos últimos solían ser convocados como profesores en los inicios de la carrera de psicología, lo que complicó la identificación de las primeras camadas de psicólogos con un rol profesional claro (Diamant, 2009; Plotkin, 2003; Rossi, 2006). Estudios sobre la situación actual del espacio profesional de la psicología (Lodieu y Scaglia, 2006; Torricelli y Leibovich de Duarte, 2005) evidencian un predominio de la orientación clínica como ámbito de elección profesional. Lodieu y Scaglia (2006) utilizan el concepto de Modelo Psicológico Psicoanalítico Hegemónico para dar cuenta de esta orientación dominante. Se caracteriza por un modelo asistencial individual basado teóricamente en las premisas del psicoanálisis. Así la representación social y profesional hegemónica del psicólogo se ve objetivada en una serie de imágenes (el consultorio, el diván, el sillón) que materializan la disciplina psicológica, anclando la psicología en el campo de la clínica médica y en la terapéutica propuesta por el psicoanálisis (Lodieu y Scaglia, 2006). Aún cuando el campo de las psicoterapias se presenta como un conglomerado de prácticas heterogéneas, la institucionalización del psicoanálisis en la Argentina y su gran difusión en los sectores medios profesionales (Plotkin, 2003), connotó de manera particular el campo de la psicología y la conformación de la identidad profesional de los psicólogos, generando que la mayoría de los mismos se identifique con la figura del psicoanalista y su práctica clínica (Lodieu y Scaglia, 2006).

2. El trabajo identitario en el campo profesional

Para dar cuenta del trabajo identitario de médicos/as heterodoxos/as y psicólogas integramos perspectivas constructivistas sociológicas y de la psicología social con perspectivas post-estructuralistas de los estudios culturales, enmarcando esta integración en debates más generales sobre la construcción identitaria y los procesos del yo en la modernidad tardía. Siguiendo a Callero (2003), entendemos que esta integración es teóricamente posible por los supuestos no esencialistas y procesuales compartidos por dichas perspectivas, haciendo la salvedad que mientras los enfoques constructivistas inspirados en el pragmatismo social priorizan la reflexividad y la agencia humana, los estudios culturales priorizan las relaciones de poder y los sistemas discursivos para comprender la subjetividad y la existencia del *self*.

Concebir la construcción de la identidad como un producto histórico y social, implica epistemológicamente desnaturalizar la lógica moderna del sujeto auto-centrado, al tiempo que nos permite reconocer la existencia de diversas multiplicidades en lo que a producciones de subjetividad respecta (Fernández, 2007). Desde la perspectiva de los estudios culturales, la identidad en las sociedades contemporáneas no sería algo fijo, ni permanente en esencia, sino un proceso en continua construcción, transformación y fragmentación que da origen a la multiplicidad (Stuart Hall, 2011). La unidad del yo tendría cierto carácter ficcional, producto de una narrativa identitaria que le otorgaría una coherencia narrativa (Ricoeur, 1986 y 1996). Si bien el proceso de construcción identitaria se presenta descentrado, fragmentado y en continuo proceso de formación, los sujetos viven su identidad como un todo mediante la narración de tramas argumentales que hacen inteligible su existencia, para sí y para los demás, realizando un trabajo activo sobre sus recuerdos a través de la *memoria-acción* (Ricoeur, 1986; 1996; 2004). La identidad es una construcción nunca acabada, abierta a la temporalidad y la contingencia, una posicionalidad relacional sólo temporalmente fijada en el juego de las diferencias y en el proyecto reflexivo del sí mismo (Giddens, 1995; Hall, 2011). La dimensión narrativa de la identidad nos muestra que la misma se construye desde la interdiscursividad social (Arfuch, 2002).

Refiriéndose a las particularidades que adquiere el proceso de identificación en el trabajo de construcción identitaria contemporáneo, Claude Dubar (2002) describe cómo, en las experiencias biográficas y relacionales de los individuos, conviven e interactúan identificaciones orientadas "para otros" con otras orientadas "para sí". Las primeras forjarían una forma identitaria de tipo comunitaria y estatutaria, donde predominaría el nosotros sobre el yo, el cual se configuraría como un "yo nominal" producto de la pertenencia a un grupo local y la herencia cultural, definiendo su identidad en y por las interacciones en un sistema social instituido y jerarquizado. Las segundas se caracterizan por los cuestionamientos que los individuos pueden llegar a realizar sobre las identidades atribuidas socialmente debido a la identificación con un estilo de vida y al ejercicio de una conciencia reflexiva. El compromiso con un proyecto de vida cargado de sentido subjetivo implicaría la identificación con un grupo de pares que comparten un mismo estilo de vida². En este caso, la unidad del yo referiría a la capacidad discursiva del sujeto para argumentar la identidad reivindicada desde su propia reflexividad (Dubar, 2001 y 2002; Giddens, 1995). Según Dubar (2002) en la actualidad tomarían mayor protagonismo las formas de identificación y socialización de tipo societaria, permitiendo que en las relaciones yo-nosotros exista un mayor espacio para el yo, configurándose así una preeminencia de la *identificación "para sí"* sobre la *identificación "para otros"*.

Al igual que otros autores que analizan la agencia social, Dubar (2002) considera que actualmente el proceso de apropiación de recursos y de construcción de referencias en los procesos de identificación se complejiza debido a que los mecanismos de identificación son cada vez más diversos. Dadas la actual pluralización de valores y la creciente heterogeneidad de los estilos de vida, la identidad personal resulta una configuración dinámica de un conjunto de identificaciones a las que el proyecto de vida articulado narrativamente les otorga coherencia interna (Dubar, 2002; Giddens, 1995).

² Los otros significativos en términos de Mead (1973).

El imperativo cultural que promueve un tipo de "individuo trayectoria" (Ehrenberg, 2000), el cual se ve impulsado a la conquista de su identidad personal bajo un contexto social signado por diversidad cultural y la multiplicidad de opciones de estilo de vida, habilita nuevas formas de relación con el trabajo. En este contexto se puede resignificar el destino colectivo impuesto por un tipo de titulación profesional, posibilitando así nuevas y diversas maneras de pensar, sentir y vivir la actividad en la conformación de las identidades de oficio (Giddens 1995; Dubet y Martuccelli, 2000; Dubar, 2002). Como Emirbayer y Mische (1998) lo enfatizan, la participación de los actores en contextos culturales, socio-estructurales y psicosociales múltiples impactan en la diversidad de sus expectativas y conducen a una mayor reflexión en los cursos de acción a seguir, creando las condiciones para un trabajo identitario personal y ocupacional más autónomo. Deaux y Martin (2003) plantean de manera similar que los sujetos pueden asumir las identidades normativas asociadas a una categoría social (en este caso el rol profesional), o bien buscar nuevas formas de identificación sobre la base de su participación en diversos contextos interpersonales y grupales. Las autoras destacan de este modo la posibilidad de la "negociación identitaria", entendiéndola "como un proceso dinámico de motivación enmarcado en oportunidades y limitaciones estructurales, pero no limitado por ellas" (Deaux y Martin, 2003: 105).

Partiendo de las conceptualizaciones sintetizadas en los párrafos precedentes, nosotros planteamos que para comprender los procesos de identificación con el rol profesional es asimismo central, atender al dinamismo propio de los campos profesionales contemporáneos que nos ocupan en este artículo, el que ha ampliado el horizonte de intereses y posibilidades de desempeño profesional. Enmarcamos este supuesto en las perspectivas sociológicas constructivistas que han puesto de relieve el carácter procesual y dinámico de los grupos profesionales, atendiendo a sus procesos de segmentación y diferenciación interna a través del seguimiento de movimientos profesionales, las conformación de especialidades, subdisciplinas, y subculturas (Bucher y Strauss, 2001). Los segmentos que componen las profesiones están organizados alrededor de relaciones de poder y prestigio que estructuran el acceso diferencial a recursos materiales, simbólicos y privilegios profesionales (Bucher y Strauss, 2001; Shaffir y Pawluch, 2003; Martin, 2004). Se analizan los procesos colectivos de diferenciación y legitimación así como dinámicas microsociales de identificación con la profesión, la conformación de ideologías, identidades, y significados en torno al trabajo (Becker y Casper, 1956; Shaffir y Pawluch, 2003). En este artículo focalizamos el análisis en los aspectos referidos a la construcción identitaria.

3. Perspectiva metodológica y características del trabajo de campo

El análisis que sigue a continuación proviene de dos estudios realizados por los autores de este artículo. En un caso, se trata de una investigación en curso con psicólogas; en el otro, de un trabajo finalizado sobre médicos y médicas formadas en Homeopatía, Ayurveda, y Acupuntura³. Ambos se enmarcan en el paradigma interpretativo que busca comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida de los sujetos. Para ello realizamos entrevistas en profundidad siguiendo la perspectiva biográfica de los relatos de vida (Bertaux, 1993).

El trabajo de campo con los médicos se realizó en el AMBA desde fines del año 2009 hasta principios del año 2012, entrevistando en total a 21 médicas y 21 médicos que practicaban Homeopatía, Ayurveda, y/o Acupuntura. El recorte de estas medicinas responde a su relativa difusión en círculos médicos. La Homeopatía y la Acupuntura tienen una larga tradición de práctica e importante desarrollo institucional, así como de demanda de tratamientos. El Ayurveda, un sistema médico tradicional originario de la India, fue introducido más tardíamente

³ El estudio con los psicólogos corresponde a la Beca UBACyT de Doctorado otorgada a Pablo Borda, *Construcción identitaria y sufrimiento psíquico: la búsqueda de alivio y bienestar desde el uso de terapias alternativas en las sociedades contemporáneas*. La investigación con los médicos corresponde al proyecto PIP-Conicet, 11420080100159, *La práctica de la medicina integrativa en Argentina*, dirigido por Betina Freidin.

en el país pero también ha logrado una rápida diseminación en ambientes médicos, y creciente interés por parte de seguidores y pacientes de clase media y alta en el AMBA (Freidin, Ballesteros y Echeconea, 2013). Aunque no existen registros oficiales, se estima que en la Argentina entre 800 y 1500 médicos practican Acupuntura (Zachino, 2005:51), 3000 médicos ejercen la Homeopatía, y 200 se han formado en Ayurveda⁴. Para entrevistar a los médicos contactamos a las principales escuelas, fundaciones y asociaciones profesionales vinculadas con las disciplinas seleccionadas, y también localizamos a algunos médicos a través de nuestras redes personales y profesionales. Incluimos en la muestra a médicos que diferían en edades y experiencia profesional en el campo de las medicinas alternativas, desde aquellos que estaban completando su formación en alguna de las MACs seleccionadas hasta profesionales con décadas de experiencia laboral como médicos heterodoxos. Las entrevistas duraron entre una y dos horas, y en el caso de dos entrevistados trascurrieron a lo largo de dos encuentros. Fueron grabadas digitalmente y desgrabadas *verbatim*. Con excepción de una entrevistada que ejercía su actividad profesional exclusivamente en la ciudad de La Plata, el resto se desempeñaba en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano. Todos los médicos practican MACs de manera independiente en el ámbito privado, y en unos contadísimos casos en el sector público, brindando tratamientos de acupuntura en establecimientos hospitalarios. La mayoría los entrevistados tenía formación en más de una de las MACs incluidas, y/o en varias otras modalidades terapéuticas no convencionales. Tres entrevistados no siguieron una especialización biomédica, y otros tres no concluyeron la formación de postgrado en programas de residencia o concurrencia hospitalaria por el encuentro con las MACs en esa etapa formativa. Por otra parte, algunos médicos tenían más de una especialidad alopática.

El trabajo de campo de la investigación en curso sobre psicólogas, el mismo está siendo realizado en el AMBA desde diciembre del año 2012. Entrevistamos a 8 psicólogas, de entre 28 a 65 años de edad. Todas son Licenciadas en Psicología, recibidas en universidades de nuestro país, que han integrado a su práctica profesional múltiples técnicas y terapias alternativas. Salvo la entrevistada de 28 años, quien tiene 4 años de ejercicio de la profesión, el resto de las entrevistadas tienen entre 10 a 41 años de ejercicio terapéutico profesional. Todas las entrevistadas, en algún momento de su trayectoria profesional, ejercieron su profesión en el área de la psicoterapia clínica, en diferentes instituciones del campo de la salud mental como hospitales públicos, clínicas privadas y programas de intervención. Algunas de ellas inclusive han formado parte de asociaciones profesionales de las psicoterapias ortodoxas en Argentina. Debido al profundo arraigo de la escuela psicoanalítica en el campo psicoterapéutico argentino, la formación profesional de la mayoría de las entrevistadas estuvo orientada desde los lineamientos teóricos del psicoanálisis freudiano en su vertiente lacaniana; solo uno de los casos había adquirido una formación orientada primordialmente hacia el conductismo. Al momento de ser entrevistadas todas ellas desarrollaban su profesión en consultorios privados en la Ciudad de Buenos Aires, habiendo integrado a su práctica terapéutica múltiples y variadas terapias alternativas, como ser: técnicas de visualización, meditación, ejercicios energéticos, yoga, reiki, reflexología, técnicas de relajación corporal, flores de Bach, aromaterapia, constelaciones familiares, grafología, prácticas espirituales relacionadas con filosofías y religiones orientales como el budismo, hinduismo, entre otras. En todos los casos habían primero probado, en carácter de usuarias, diversas terapias alternativas, para luego incorporar algunas de estas técnicas a los tratamientos terapéuticos brindados a sus pacientes. En todos los casos las entrevistadas valoran y conservan las herramientas ortodoxas adquiridas en su formación académica profesional para la realización de un psicodiagnóstico inicial, el cual consideran vital para el desarrollo de sus tratamientos y el ejercicio de integración entre las psicoterapias convencionales y las terapias alternativas. Para contactar a las psicólogas utilizamos nuestras

4 Los datos sobre la cantidad de Homeópatas provienen de estimaciones de las asociaciones profesionales, según se especifican en los Fundamentos del Proyecto de Ley: Homeopatía-Acto Médico (presentado en el Congreso de la Nación en el año 2006) y en Crespo Duberty (2007). Las cifras estimadas de médicos formados en Ayurveda provienen de consultas a instituciones que imparten formación de postgrado en la disciplina.

redes personales y profesionales. Las entrevistas tuvieron entre una hora a dos horas de duración, fueron grabadas digitalmente y desgrabadas *verbatim*.

En ambos trabajos, para preservar el anonimato y la confidencialidad en la presentación de los entrevistados, omitimos sus nombres y la información que permitiría identificar su afiliación institucional. En el caso de los médicos y médicas identificamos a los entrevistados como “Dr” o “Dra” seguido por el número asignado (1 a 42). Para las psicólogas utilizamos nombres ficticios.

4. Prácticas médicas heterodoxas y alternativas de identificación con la profesión

Mientras algunos autores consideran a los médicos que practican MACs como “miembros desviados” (Dew, 2000), “rompedores de reglas” (Almeida, 2012), o “convertidos” (Barros, 2008), nosotros nos inclinamos por el término “miembros críticos” de la profesión. Entendemos que esta caracterización permite dar cuenta de la variabilidad de prácticas, perspectivas, y formas de autoidentificarse con el trabajo profesional a partir de un rasgo común que es la distancia crítica respecto del paradigma biomédico y la preferencia por el holismo terapéutico. A partir de esta aspiración profesional compartida, observamos variabilidad en la forma de categorizar su trabajo sobre la base de su formación dual en biomedicina y en MACs. Al preguntárseles cómo definirían la medicina que practican, la mayoría de los entrevistados optaron por utilizar términos como integradora, integrativa y complementaria; algunos incluso descartaron explícitamente el adjetivo medicina alternativa. Unos pocos resistieron etiquetar su modalidad de trabajo bajo una rúbrica determinada, cuestionando la relevancia de la pregunta; mientras otro grupo escogió una categoría de identificación profesional que sugiere una conversión paradigmática, especialmente cuando profundizaron su formación en una MAC determinada a lo largo de su carrera en lugar de desarrollar diversas modalidades de eclecticismo terapéutico. Optaron en consecuencia por autoidentificarse como médico o médica Ayurveda, homeópata, o acupuntor/a.

Es importante destacar que aún aquellos que se volcaron de pleno al ejercicio de una heterodoxia médica, articularon un compromiso con la integración de recursos diagnósticos y de tratamiento biomédicos. La práctica de integración, a través de modalidades directas e indirectas, es vista como una forma de evitar posturas fundamentalistas y dogmáticas en pos a no incurrir en estrecheces paradigmáticas y actitudes omnipotentes que critican en sus pares ortodoxos respecto de las MACs. La integración se lleva a cabo de manera directa cuando los entrevistados emplean ellos mismos los medios diagnósticos y terapéuticos de la biomedicina en la consulta, y/o de manera indirecta, a través de una división de trabajo de hecho y de responsabilidad profesional por los pacientes con sus colegas ortodoxos. Debido a la falta de desarrollo institucional de la medicina integrativa en Buenos Aires, la integración indirecta se realiza de manera informal, sea porque los entrevistados indican a sus pacientes —y en algunos lo establecen como requisito— consultas con médicos de distintas especialidades ortodoxas, o bien, porque la mayoría de los pacientes llegan a las consultas con diagnósticos biomédicos previos y con tratamientos prescritos por los otros especialistas con los que se atienden. La integración de recursos biomédicos está guiada por el principio ético profesional de “*primum non nocere*”. A partir de este criterio de buena praxis, la prioridad es buscar la solución para un problema de salud jerarquizando los recursos que ofrece cada medicina. El compromiso con la medicina integrativa implica en, este sentido, orientar a los pacientes hacia prácticas pluralistas aconsejándolos sobre qué expectativas depositar en cada paradigma médico, especialista, y contexto de atención. Este trabajo orientativo tiene lugar especialmente cuando los pacientes esperan “curas mágicas” al recurrir a las MACs, o se “fanatizan” con ellas a lo largo de tiempo.

Son diversas las razones y motivaciones, experiencias personales y profesionales de la etapa formativa así como de desempeño en el mercado del trabajo médico que conducen a los entrevistados a construir la “distancia crítica” respecto del modelo normativo de desempeño profesional y a interesarse en medicinas holísticas, configurando o replanteando su proyecto profesional y su compromiso con el ejercicio de la medicina. Se destacan en sus relatos los límites que perciben en el paradigma biomédico para la comprensión del proceso de salud-enfermedad, así como el descontento con los aspectos tecnocráticos, burocráticos, y de

mercantilización de la tarea asistencial en distintos subsectores del sistema de salud y contextos organizacionales que afectan la relación médico-paciente.

Sharma (1994: 86) distingue dos modalidades en la ideología holística invocada por los practicantes de las medicinas alternativas y complementarias: la débil (*weak*), que interpreta los síntomas que presentan los pacientes no de manera aislada sino en su totalidad e interrelaciones, considerando además de los aspectos orgánicos, las circunstancias vitales de los sujetos, preferencias, y estados mentales; y la modalidad más radical o fuerte (*strong*) que promueve una mayor responsabilidad del paciente para mantener o mejorar su salud a través del autoconocimiento y el autocuidado. Ambas nociones subyacen en las construcciones del holismo terapéutico de los entrevistados, a lo que se agrega la dimensión espiritual y energética en el proceso de salud-enfermedad, aunque el componente radical está más presente en los médicos formados en Ayurveda, un enfoque de cuidado integral que pone un gran énfasis en el estilo de vida y la prevención. La Dra 1, una médica familiar sintetizó la visión holística de la medicina Ayurvédica en su motivación para formarse en la disciplina:

Yo me dediqué a la medicina por una cuestión de prevención, esto de llegar antes de que la persona se enferme. Y en nuestro sistema nos preparan solamente para ver la enfermedad y no hacen una formación más sólida en lo que es prevención, tanto en el pregrado como en el posgrado (...) [El Ayurveda] trabaja con cosas básicas, que es el autocuidado, en donde te dice cómo te tenés que alimentar, por qué tenés que hacer actividad física, por qué tenés que respetar el biorritmo... la parte fisiológica. Te enseña técnicas para mantener el equilibrio, trabaja mucho con el tema del equilibrio y desequilibrio, e incorpora esta cuestión de una mirada integral más allá de la cuestión física o mental, o sea te dice que el ser humano es una manifestación del macrocosmos, el microcosmos sería el ser humano, todo lo que pasa afuera también pasa adentro, y de alguna manera la interacción nuestra con el exterior va produciendo modificaciones en nuestra salud, en nuestro comportamiento, en nuestras emociones, y abarca un poco más que la mirada occidental de la medicina, porque incorpora el lugar donde vivís, la familia como núcleo primario, los cambios climáticos, el modelo social en el cual está inmersa la persona, el tipo de trabajo que realiza, o sea, suma todos esos aspectos. (...) Y lo otro que tiene el Ayurveda es que te da la esfera espiritual, o sea el sentido de por qué vos tenés que cuidar tu cuerpo, para qué, y trabaja con el tema de la calidad a nivel mental, o sea de tus pensamientos, de tus cualidades, de tus emociones, y que todo lo que vos hagás va a tener un impacto, una repercusión física, emocional y mental (Dra 1, 38 años)

De manera similar la Dra 36, médica formada en medicina biológica y acupuntura, refiere a la visión integradora de la medicina china frente a la visión reduccionista de la biomedicina:

Empecé a incursionar con Acupuntura, y entonces allí es donde me sentí más cómoda porque empecé a ver que estas medicinas cubrían una parte que era un bache para la medicina convencional, entonces, además consideraban al individuo desde una manera mucho más completa y abarcativa, porque no es solamente -sobre todo la Medicina China- no es solamente el individuo, o una parte, o una enfermedad, sino que es el individuo con relación al medio social, familiar, y con el medio ambiente; entonces toda esa consideración toma un montón de otras interrelaciones que la medicina convencional no la contempla, con lo cual hay cosas a las cuales no tiene respuestas (Dra 36, 60 años).

Siguiendo a Kleinman (1981), a través de la incorporación de enfoques holísticos los médicos buscan crear otras “realidades clínicas”, que implican cambios cognitivos en los modelos explicativos del proceso de salud-enfermedad, y en la construcción del lazo terapéutico con los pacientes a partir de re-humanizar la relación médico-paciente, y en el caso del Ayurveda en particular, revertir rasgos paternalistas del modelo biomédico de atención. Good (1996), partiendo del análisis de Foucault sobre el desarrollo de la medicina occidental

moderna y de Cassirer sobre la cultura como construcción simbólica y mediadora de la realidad, plantea que la biomedicina construye su objeto de conocimiento y práctica sobre los principios del materialismo individualista, donde la realidad fundamental la constituye la biología humana. Aunque los aspectos sociales y culturales integran una pequeña parte de la educación médica, estas dimensiones generalmente son marginalizadas, consideradas sólo en casos excepcionales, o ignoradas de plano (Good, 1996: 84). Scheper-Hughes y Lock (1987: 9), en la misma dirección analítica, sostienen que el pensamiento biomédico se sostiene en una serie de supuestos sobre la oposición entre la materia y el espíritu, el cuerpo y la mente, la naturaleza y la cultura, y últimamente entre lo real y lo irreal. Las medicinas alternativas se sostienen en supuestos epistemológicos y ontológicos que difieren de los de la biomedicina, y no es sorprendente que los médicos utilizaran a lo largo de las entrevistas imágenes cognitivas y perceptuales como “abrir la cabeza”, “abrir los ojos”, o la necesidad de realizar un “cambio mental” para poder comprender y aceptar otras realidades clínicas y transitar la transición paradigmática tras la socialización profesional ortodoxa.

Si bien algunos médicos señalaron la afinidad entre su formación alopática y las MAC, cuando la primera favorece una mirada más integral del paciente y los aspectos preventivos del trabajo médico (medicina general, familiar, pediatría y ginecología), de todos modos, remarcaron la insuficiencia de la educación médica en el área de la atención primaria de la salud al excluir a las medicinas alternativas de la currícula del grado. Asimismo, refirieron a los límites del paradigma biomédico para la comprensión y tratamiento de enfermedades crónicas y en el área de cuidados paliativos, donde las MACs en un contexto de trabajo interdisciplinario acompañan al paciente y a sus familiares en el proceso de un buen morir. En estos casos los médicos buscan ampliar su repertorio de conocimientos y herramientas terapéuticas para poder ayudar a sus pacientes frente a los límites que comienzan a percibir en la formación ortodoxa. Se embarcan en un proceso de aprendizaje y vivencias de formas alternativas de sanación y cuidado a través del cual resignifican su compromiso con el trabajo médico y su rol en el proceso terapéutico. El caso de la Dra 5 es ilustrativo. Se trata de una médica pediatra con una trayectoria hospitalaria de casi tres décadas, que junto con un grupo de colegas del hospital donde trabaja, un centro de alta complejidad y referencia, comenzaron por interesarse por conocer las prácticas de cuidado de las familias:

Y empezó todo un cambio de lo que aprendimos desde la facultad, porque de la facultad vos salís con instrucción científica, pero la medicina es una medicina humanitaria (...). Es como que uno llegaba a una pared y decía ¿y qué más puedo hacer? tuvimos un grupo que estuvimos en una sala muchos años de pacientes oncológicos, formamos un grupo re-lindo que nos apoyábamos entre todos, todo esto de lo social que preguntábamos, que conocíamos, le hinchábamos a los residentes para que hicieran lo mismo (Dra5, 52 años).

La experiencia de contacto con los saberes familiares y comunitarios la motivó para formarse en distintas MACs. Por entonces, ya se habían formalizado los primeros cursos de postgrado en Ayurveda organizados por colegas del campo de la pediatría y con respaldo de la Universidad de Buenos Aires, lo que facilitó que la Dra 5 se enterara de su existencia a través de los órganos de difusión de su especialidad. Tras formarse en Ayurveda lo hizo en Reiki, siguiendo las experiencias de otros colegas del Hospital, y estaba completando un curso universitario de fitoterapia local. A partir de estas experiencias formativas y replanteo de intereses profesionales, la Dra 5 se definió como “una pediatra que trata de integrar cuerpo, mente y espíritu”. En otros casos, el interés por ampliar el campo de conocimientos terapéuticos surge de la curiosidad que despierta la información que circula de manera informal en sus redes profesionales sobre la eficacia de las MACs para tratar determinadas dolencias, o incluso de la creciente disponibilidad de investigación biomédica sobre sus mecanismos de acción y eficacia, especialmente en el caso de la acupuntura. O bien actúan como disparadores los testimonios de efectividad terapéutica transmitidas por familiares, conocidos y pacientes con tratamientos de acupuntura y homeopatía. Se trata en principio de un interés intelectual o pragmático por modalidades terapéuticas alternativas al darse cuenta de que “algo se están

perdiendo” con la formación médica ortodoxa. Esta limitación los impulsa a formarse en distintas MACs, proceso que generalmente es acompañado por una disonancia cognitiva inicial y credibilidad condicional. Con el tiempo, las experiencias contundentes de eficacia observadas en sus pacientes, o en ellos mismos, y el progreso en la comprensión teórica de la disciplina en cuestión, constituyen las condiciones facilitadoras para la conversión o integración paradigmática.

Los médicos Homeópatas pusieron en primer plano como razón para formarse en la disciplina su concepción integral y la centralidad del vínculo terapéutico. “*La Homeopatía no trata a la enfermedad sino a la persona*” fue una frase recurrente que los entrevistados utilizaron para sintetizar los principios humanistas y holísticos del enfoque homeopático y contrastarlo con el biomédico. Varios entrevistados relataron el encuentro o “descubrimiento” de la Homeopatía como una experiencia transformadora que les permitió ver que otra forma de hacer medicina era posible. Enfatizan su deseo de humanizar el vínculo terapéutico y de formarse en un enfoque más integral del paciente. Se trata de una expectativa de ejercicio de la profesión que resulta incompatible con la organización de los servicios de salud que limita la atención médica a aspectos técnicos, conduce a la mecanización y estandarización de la tarea asistencial, y en la que prevalece el enfoque fragmentado, sintomático y farmacológico para tratar la enfermedad. Varios médicos emplearon la metáfora del “vacío” para describir su insatisfacción con el ejercicio de la medicina convencional como motivación para formarse en terapéuticas alternativas. Como lo señalamos, la transformación del vínculo terapéutico con los pacientes es una motivación central que lleva a los médicos a buscar formas alternativas de práctica profesional. Como Davis-Floyd y St. John (2001) lo plantean, el componente comunicativo y la capacidad de escucha del médico, que se ha ido perdiendo en el modelo biomédico tecnocrático, es recuperado por el paradigma holístico, además de ser central en el humanista. En estos enfoques se prioriza el poder sanador de la relación médico-paciente, y el efecto terapéutico del vínculo se sustenta en consideran al paciente en su integralidad y multidimensionalidad. Luz (2005: 160-161) también alude a la eficacia terapéutica de la interacción médico-paciente como un elemento distintivo de las medicinas alternativas – especialmente la Homeopatía—al recuperar aspectos simbólicos y subjetivos en el proceso de cura, frente a la racionalidad tecno-científica que tiende a ignorarlos. La dimensión humanística del encuentro médico fue destacada por la Dra 40, una joven médica generalista que estaba completando su formación en acupuntura:

La medicina occidental no tiene eso, o sea, no ve ese intercambio como un proceso terapéutico, no sé cómo decirlo, ¿entendés?. A mí a veces simplemente de hablar un poco más y crear un vínculo más lindo, me fue mejor en el tratamiento, y bueno, y esto hablaba mucho de eso, como de la energía y de conectarte con el paciente (...) y ahí me fui enganchando y cada vez me fue gustando más (Dra 40, 32 años).

Algunos médicos experimentaron la insatisfacción con el paradigma biomédico y la práctica convencional como crisis de carrera que los llevaron a profundos replanteos vocacionales, e incluso a dejar la profesión por un tiempo. Varios entrevistados sintieron extrañamiento con la subcultura médica de la especialidad elegida durante la residencia y experimentaron conflictos con el trabajo médico en los establecimientos hospitalarios en esta etapa formativa, que rememoran en términos de frustración y un sentimiento de distancia frente al modelo de rol profesional, transmitido por sus superiores y pares. Así, la Dra 3 abandonó tempranamente el programa de residencia en clínica médica en un hospital de excelencia en la ciudad de Buenos Aires, tras experimentar las contradicciones que presenta para los médicos en formación, y su desacuerdo con la racionalidad técnico-estadística y la orientación farmacológica de la atención médica. Vivencias de otras formas de sanación paralelas a la educación médica, lecturas, y experiencias de trabajo en India la conectaron con otras realidades clínicas, y orientaron sus aspiraciones profesionales hacia la práctica del Ayurveda:

Mi sueño era ser médica convencional (...) pero la especialidad hospitalaria no la hice porque renuncié, no me cerraba. (...) Desde el método de enseñanza donde un

estudiante, que tiene que estar lúcido, tiene que estar 72 horas seguidas sin dormir. A mí me resultaba muy difícil, primero vivirlo y después además apoyarlo, ¿no?. No me parecía coherente. Y después, los modos estos, convicciones que no tenía, de meter a todo el mundo en estadísticas y pronosticarle tres meses de vida con tanta omnipotencia ¿no?, o sea, nada... cómo se maneja la medicina alopática yo ya me había empezado a alejar. Había estudiado... también había estado ayudando a un cura que hacía, que trabajaba con visualizaciones, con pacientes terminales, y yo había estado haciendo eso paralelamente y viendo un montón de casos y de mejorías entre comillas milagrosas. Y entonces cuando tenía que medicar casos, de una manera que también me parecía como muy tóxica, y que además ya en casos terminales donde era exagerada la medicación, la intoxicación y el estado espantoso del paciente con SIDA o con cáncer, todo eso no me cerraba (Dra 3, 41 años).

Para otros médicos, en cambio, fueron las experiencias de trabajo en los diferentes sectores del sistema de salud las que generaron distintos grados de frustración con el trabajo médico, y los llevaron a replanteos de la formación ortodoxa y del proyecto profesional. Comenta al respecto, el Dr 17, médico pediatra formado en Reiki, Ayurveda, y Homeopatía:

He hecho de todo, las posibilidades que te permite la medicina tradicional. (...)Y nada, me encontré con las mismas... con diferentes ópticas pero con las mismas dificultades en cuanto a lo que es la medicina tradicional, a lo que es el sistema de salud. Y me empecé a cansar un poco de todo (...) Me empecé a ver siempre diciendo las mismas cosas, repitiendo lo mismo, y no teniendo respuesta real a lo que para mí empezó a ser la duda de decir bueno, qué es estar en salud o qué es estar enfermo. Ahí empezó un poco el cambio y la búsqueda (Dr 17, 39 años).

En este contexto de insatisfacción y crisis con la profesión, fue común que recurrieran a las MACs para superar el stress laboral o tratar problemas de salud. En algunos casos lo hicieron contra sus propios prejuicios frente a las medicinas no convencionales sedimentados durante los años de la formación ortodoxa y en el ambiente de trabajo hospitalario. Llegaron a ellas través de sus redes personales y/o profesionales, y tras experimentar sus beneficios terapéuticos comenzaron a interesarse en sus fundamentos y a incorporarlas en la práctica profesional, buscando lograr coherencia entre sus búsquedas de bienestar y experiencias terapéuticas, y la vida laboral. Algunos médicos “descubren” las MACs, especialmente en el caso del Ayurveda, a través del circuito local New Age y de las terapias alternativas, participando en seminarios de autoconocimiento, talleres vivenciales, clases de Yoga y meditación, que comenzaron a difundirse en el AMBA a partir de los años ´80 (Carozzi, 2000; Freidin et al., 2013). La lectura de libros de médicos referentes del Ayurveda a nivel mundial, al igual que los viajes a la India vinculados con caminos espirituales, también constituyen experiencias e influencias decisivas en la vida personal con importantes ramificaciones en la vida laboral. Es común en estos casos que se interesen por el Ayurveda desde una búsqueda espiritual y de transformación personal del estilo de vida sin pensar que estas vivencias reorientarían la práctica profesional. El viraje en la vida laboral se reconstruye narrativamente como una consecuencia inevitable de la experiencia de tensiones y contradicciones. La experiencia de la Dra 39, especializada en gastroenterología es elocuente:

Yo estaba en una búsqueda un poco más personal, más espiritual, y dije bueno, esto va a ser un buen complemento. Y me anoté, empecé a hacer el curso [de Ayurveda], y paralelo a eso me fui enganchando, fui entendiendo un montón de cosas, empecé a practicar en mi vida diaria, empecé a hacer Yoga, empecé a hacer meditaciones, me hice vegetariana, o sea fue como muy brusco el cambio, fue muy radical. Y bueno, obviamente empezó a afectarme en todas las áreas de la vida, y particularmente en el área profesional (Dra 12, 39 años).

El ideal de alcanzar coherencia entre el proyecto de vida personal y la práctica médica los conduce con el tiempo a un replanteo de la forma de ejercer la profesión. Al inicio de la carrera, el encuentro con las MACs y la experimentación personal con ellas en espacios de interacción alternativos al circuito de la socialización profesional pueden impactar en la decisión de no iniciar una especialización biomédica hospitalaria. Tal es el caso del Dr 14. El entrevistado destaca cómo el camino espiritual que lo condujo hacia el Ayurveda lo alejó de la práctica médica convencional:

Por el 2001 yo arranco esos cursos de autoconocimiento, y como que me iba alejando un poco de la medicina por una cuestión de... vibratoria, a ver si puedo explicarlo, no me gustaba mucho... fueron muy pocos los médicos que tuve como referentes y que me sentí identificado cómo trabajaban. Está muy separado el médico del paciente, se trabaja mucho en disconformidad con el sistema, con horarios totalmente irracionales. (...)Entonces como que de la alopátia, a la cual respeto muchísimo y evolucionó mucho a nivel tecnología, y bueno, a nivel diagnóstico como que se precisa mucho más, pero no termina de abordar a la persona como un ser, como un todo; muy distintas especialidades, y bueno, eso fue lo que un poquitito me alejó. (...) ¡Qué pasa? yo con este curso empezaba a tener otra concepción de la vida, le apuntaba a tratar de integrar todo, y tenía esta desconexión con la medicina alopática. Seguía con este curso, seguía con mi trabajo, y sentía...esa desconexión, como que no podía vibrar bien con esa parte de la medicina, hay algo que no estaba de acuerdo, no me convencía, eso que me crié en familia de médicos. Entonces aparece por esas cuestiones de la vida, el Ayurveda, a través de un libro (...) Sinceramente no lo había escuchado nunca, no sabía qué significaba Ayurveda, bueno, leo el libro y digo “guau, esto es lo que quiero, lo que quiero para mí, para mi vida”. Bueno, me meto en internet, empiezo a averiguar, veo varias opciones para hacer algún curso, y termino decidiéndome por la fundación porque tenía el aval de la UBA, entonces le da un marco más serio (Dr 14, 35 años).

Como lo señalamos, la búsqueda de coherencia entre el estilo de vida --que incluye prácticas de bienestar, modalidades de cuidado de la salud alternativas, y nuevas experiencias de *embodiment*-- lleva a los entrevistados a decisiones de carrera que se alejan del modelo normativo biomédico. Como Hitlin y Elder (2007) lo sintetizan, la vida profesional es un campo de acción en el que construimos nuestra identidad a través de las acciones cotidianas, así como mediante las aspiraciones y proyecciones de más largo plazo. En palabras de Shaffir y Pawluch (2003: 894), “*el trabajo que hacemos deviene parte de lo que somos*”, y cuando éste entra en tensión con el estilo de vida, en tanto conjunto más o menos integrado de prácticas que el individuo escoge para dar una forma material a una narrativa particular del *self* (Giddens, 1995), podemos optar por dejarlo o redireccionarlo de modo tal de lograr coherencia entre la esfera laboral y la personal. Las decisiones y acciones, por supuesto, encuentran condiciones facilitadoras o limitantes en distintos contextos de acción. En esta ruta biográfica de viraje en el proyecto profesional se pone en evidencia el carácter procesual y negociado del trabajo identitario profesional. Los médicos construyen una distancia crítica respecto del rol hegemónico, en la medida en que se diversifican y entran en tensión diversos campos de experiencias sociales, aprendizajes, y lazos de pertenencia a distintos grupos de referencia.

Es importante destacar que para algunos entrevistados tanto la experiencia personal con psicoterapias alternativas o postfreudianas como con las psicoanalíticas juegan un papel importante en el proceso de re-direccionar la carrera médica. Definen el espacio psicoterapéutico como un camino facilitador del autoconocimiento y de una práctica reflexiva que los animó a emprender y transitar un cambio más o menos radical en la vida profesional. Como Illouz (2010: 72) lo destaca, en las sociedades occidentales contemporáneas, el psicoanálisis constituye el sitio por excelencia para la expresión del yo íntimo y el ejercicio de la introspección. Los espacios y discursos terapéuticos se orientan a la construcción de un yo coherente y a proporcionar un sentimiento de competencia en la vida laboral; como recursos culturales, facilitan a los sujetos desarrollar estrategias de acción para poder poner en práctica

sus definiciones de buena vida (Illouz, 2010: 34). Asimismo, y como varios de los relatos sintetizados en esta sección lo muestran, los médicos dieron especial importancia al respaldo de la UBA a los cursos de postgrado en Ayurveda y en Acupuntura como un reaseguro institucional y fuente de legitimidad para la incorporación de medicinas alternativas en la práctica profesional.

Son muy pocos los entrevistados que estudian medicina sabiendo que tras la formación universitaria ortodoxa se volcarían a hacia la práctica no convencional. Parafraseando a Davis-Floyd y ST. John (2001), ellos empezaron del “otro lado” y no cambiaron sus aspiraciones profesionales durante la formación universitaria. Los legados familiares dejan una decisiva impronta en el proyecto profesional, especialmente cuando provienen de familias de médicos heterodoxos, o bien la cercanía a otros mundos terapéuticos resulta de prácticas espirituales y estilos de vida alternativos de distintos referentes del grupo familiar. En estos casos, la formación ortodoxa de grado y posgrado responde a una lógica instrumental en el marco de un proyecto profesional orientado tempranamente a la práctica de heterodoxias médicas.

Los relatos de los médicos entrevistados muestran que tanto razones profesionales (frustraciones en la etapa formativa y experiencias laborales insatisfactorias en el mercado de trabajo médico, así como oportunidades de formación de posgrado en MACs con respaldo universitario) como personales (principalmente, búsquedas espirituales, y experiencias personales y de conocidos con MACs) los conducen a distanciarse de la práctica médica convencional con el anhelo de ejercer una medicina holística y re-humanizada. En un contexto de diversificación de opciones de desempeño profesional producto del dinamismo del campo de la atención de la salud, los testimonios de los entrevistados dan cuenta de formas alternativas de identificarse con la profesión frente al modelo biomédico tecnocrático. Siguiendo a Dubar (2002), podemos ver cómo la identidad y el proyecto profesional de estos médicos se construyen sobre la base de la conciencia reflexiva en el proceso de identificación con los pares, y expresan un interjuego entre las identidades colectivas reivindicadas y las cuestionadas a partir de la búsqueda de la autenticidad y de una mayor satisfacción con la vida profesional.

5. Integración terapéutica e identidad profesional en psicólogas heterodoxas

Cierta mirada analítica, expresada en autores como Foucault (2008), relaciona la aparición de la psicoterapia con la creciente secularización y el debilitamiento de la religión tradicional en la modernidad, lo cual lleva a pensar que cierto "control terapéutico" interviene para mantener un nivel de funcionamiento social adecuado en momentos en los que los dispositivos religiosos tradicionales ya no proporcionarían orientaciones vinculantes. Desde una perspectiva diferente Giddens (1995) considera que la psicoterapia no reproduce la autoridad que en épocas anteriores podía expresar la autoridad religiosa, ya que sería dificultoso (por no decir imposible) encontrar una versión autoritaria en lo que a prácticas psicoterapéuticas refiere. Las terapias en general podrían representar una expresión específica de dilemas y prácticas relacionadas a la modernidad reciente, más que a un fenómeno de sustitución de formas sociales o morales de índole tradicional (Ehrenberg, 2000; Giddens, 1995). Las terapias podrían ser entendidas como un *sistema experto* profundamente implicado en el proyecto reflexivo del yo, es decir, un fenómeno de la reflexividad moderna (Giddens, 1995). Al relativizarse su carácter de mero mecanismo de ajuste social, las mismas podrían ser comprendidas esencialmente como una metodología de la planificación de la vida en ciertos individuos; "[la terapia] en cuanto expresión de reflexividad generalizada muestra plenamente las dislocaciones e incertidumbres que surgen de la modernidad (...) [si bien] puede fomentar la dependencia y la pasividad, también puede dar lugar al compromiso y la reapropiación" (Giddens, 1995: 229). Si concebimos, por ejemplo, la práctica psicoanalítica como una actividad reflexiva de producción de sentidos y significados que convierte a la vida cotidiana en objeto de la sospecha hermenéutica, queda evidenciado que el discurso terapéutico ha hecho de la vida emocional y de la organización de las narrativas contemporáneas del yo y su identidad, materias de una supervisión procedimental y reflexiva, especialmente accesible en su praxis para ciertos sectores de la clase media (Illouz, 2010). En algunas personas, el imperativo de "ser uno mismo", de superarse y realizarse a través de la construcción de una identidad personal signada por la

autenticidad y la iniciativa personal, podría generar una "enfermedad identitaria", algo así como "la fatiga de ser uno mismo", la cual no sólo es tratada frecuentemente con psicofármacos cada vez más sofisticados, sino también por medio de psicoterapias cada vez más diversas (Dubar, 2002; Ehrenberg, 2000). El discurso psicológico ha incrementado su influencia a lo largo del siglo XX, logrando organizar las narrativas contemporáneas del yo y de la identidad (Illouz, 2010). En este apartado reflexionamos acerca del modo en que un grupo de psicólogas heterodoxas relatan las razones para integrar terapias alternativas y los significados otorgados a sus decisiones de carrera. Nos focalizaremos en las experiencias de resignificación de la identidad profesional en relación al ejercicio de su práctica terapéutica.

El circuito de terapias alternativas en la Ciudad de Buenos Aires se presenta como una compleja red de opciones alternativas para la búsqueda de salud y bienestar personal, promoviendo diversas prácticas terapéuticas orientadas a la ampliación de la propia conciencia, el autoconocimiento y la autorrealización, la espiritualidad y el equilibrio holístico. La constitución de esta red, relacionada con las premisas filosóficas y espirituales de la Nueva Era, supone un conjunto de transformaciones operadas sobre las concepciones religiosas y terapéuticas que en ella se desarrollan, como así también sobre los discursos en relación a la transformación personal, los relatos biográficos y las construcciones identitarias de quienes participan en la red (Carozzi, 2000). En este circuito alternativo se promueve la circulación y el préstamo ecléctico entre grupos y disciplinas, intentando evitar la presión sobre los participantes en relación a la permanencia estable en un sólo grupo y la ortodoxia disciplinaria⁵.

La circulación también remite a la transformación identitaria, a las definiciones de sí que los participantes del circuito alternativo asumen, emergiendo una significación identitaria que Carozzi (2000) llama identidad del "buscador espiritual", en la cual prima la enseñanza existencial del "desapego" como virtud a cultivar. El buscador del circuito alternativo circula estableciendo relaciones con una multiplicidad de personas, como así también con diversas terapias alternativas, concibiendo dicha circulación como una fuente de salud, bienestar y evolución espiritual que contribuye a la transformación positiva personal y colectiva. Esta "búsqueda" en relación a la resignificación de la identidad profesional y la práctica terapéutica fue expresada por varias de las psicólogas entrevistadas, así lo expresa por ejemplo una de ellas:

Por supuesto me recibí (...) y paralelamente fui haciendo millones de caminos como buscadora que soy (...) tiene que ver con un estilo personal (...) una intención espiritual o una búsqueda espiritual (...) como buscadora, que me definí hace un ratito, me permití meterme en todo lo que encontraba o todo lo que me parecía interesante (...) en una época en que empezaron las distintas terapias alternativas (...) hoy digo que eso se llama desapego, se llama ser mucho más allá de lo que tengo, de lo que hago, de los títulos que tengo, que antes eran los que me daban identidad (...) hoy yo creo que el ser humano está por todos los medios (...) buscando, o necesariamente vibrando o viendo cómo ir más allá de esa cuestión (...) de la identidad o pseudo-identidad (Carla, 51 años).

En el contexto de las transformaciones socioculturales que caracterizan a las sociedades occidentales contemporáneas comprender las inserciones y las trayectorias profesionales exige analizarlas más allá del nivel de las titulaciones. Resulta oportuno intentar comprender las significaciones que nuestras entrevistadas le otorgan a su profesión desde el ejercicio de su reflexividad dentro del contexto de su comunidad profesional y su estilo de vida, ya que el carácter de una socialización de tipo societaria diferencia a los individuos, pero no necesariamente los determina, al mismo tiempo también los singulariza (Dubar, 2002). La esfera profesional por sí sola no terminaría de definir la identificación principal, ya que "la

⁵ Para Carozzi (2000) el rol de la circulación en la transformación positiva individual también se ve acentuado por medio del concepto "fluir", muy presente en las actividades del circuito alternativo. El fluir y la circulación de la energía son presentados discursivamente como condiciones de salud, y los bloqueos como causas de dolencias.

labilidad identitaria será tanto mayor cuanto más se acentúe su distancia con relación a los roles profesionales, o cuando los individuos sobre incorporen en su definición identitaria otros aspectos de su vida" (Martuccelli, 2007: 352).

(...) yo siempre busqué algo más y sigo, no se terminó (...) busco comprender lo que me pasa, equilibrar mis emociones, sentirme mejor. Es una búsqueda (...) creo que es pasional ya, no lo puedo dejar de hacer (...) yo hice 20 años de psicoanálisis (...) nunca más me enganché con un terapeuta (...) después voy a una constelación, o ya supervisando empiezo a trabajar cosas más, así que me sirve eso (...) las técnicas de liberación emocional (...) hice una iniciación a Reiki, intenté incorporarlo a las terapias. Pero no todo es para todo el mundo, eso es un gran aprendizaje (...) ahí está la artesanía del terapeuta (Julia, 53 años).

(...) tuve un hecho personal muy grave: mi marido tuvo cáncer (...) buscamos todas las posibilidades de terapia; se hacía de todo (...) y empecé a estudiar (...) las teorías añejas, desde el orientalismo y demás, como mucho más reactivada con la cosa energética, y me pareció como interesante (...) empecé a tener un grupo de estudio de la energía (...) creo que lo que a mí me pasó es esto de poder ampliar y ver otras maneras (Carmen, 65 años).

Ahora bien, en el contexto de labilidad identitaria y de complejización de los procesos de identificación, podemos ver cómo, en el caso de las psicólogas entrevistadas, el uso de las terapias alternativas y su integración a la práctica terapéutica se relaciona con la conformación de un estilo de vida que comienza a generar cierto distanciamiento con las premisas de la ortodoxia psicoanalítica y la representación social hegemónica del psicólogo. No podríamos hablar de ruptura, pero sí de una resignificación de su rol terapéutico, de su práctica y de su identidad profesional, los cuales comienzan a distanciarse, por lo menos en parte, del *Modelo Psicológico Psicoanalítico Hegemónico* descrito por Lodieu y Scaglia (2006).

Todos me dicen: "¿y eso de dónde lo sacaste?" [en alusión a las terapias alternativas] y digo: "esto no lo saqué de ningún lado, esto soy yo" (...) yo me siento que tengo un resumen de cosas (...) soy como una especie de nueva síntesis (...) que me da resultados (...) sintetice muchas cosas en mí, de distintos lugares (...) en general, mi tratamiento es psicoanalítico, con otro vínculo (...) cuando pasa algo, que veo que está como que no se puede (...) digamos, lo importante es ir accediendo al inconsciente. Yo creo que las terapias alternativas es como para hacer consciente desde algún otro lugar (...) básicamente yo soy psicoanalista (...) ahí está la armadura (...) a mí lo que me abrió fue ver la utilidad de todo esto (...) te voy a decir lo bueno que tengo es la flexibilidad: soy flexible (Carmen, 65 años).

La crisis del psicoanálisis, descrita por Castel (1984) no refiere al fin del psicoanálisis como práctica psicoterapéutica, sino a la pérdida de control que el psicoanálisis ejercía sobre el proceso de difusión de la cultura psicológica en gran parte de las sociedades occidentales. Si bien la psicoterapia convencional durante el siglo XX ha sido ampliamente influenciada por la hegemonía del psicoanálisis en el campo de la salud mental, estableciendo esencialmente la concepción de una práctica terapéutica basada en un trabajo sobre el conflicto psíquico desde el uso de la palabra en el campo del intelecto, durante las décadas de 1960 y 1970 esta hegemonía terapéutica entra en crisis.

La proliferación de nuevas *técnicas psicológicas* relacionadas con movimientos contraculturales como la *psicología humanista* y los *movimientos del potencial humano*, posibilitan la expansión de múltiples ejercicios terapéuticos basados en el conductismo, la bioenergía, la terapia gestalt, el análisis transaccional, las constelaciones familiares, por

mencionar solo algunas de las técnicas emergentes⁶. La búsqueda de bienestar y autorrealización personal a través del uso de terapias alternativas, posicionan a un nuevo tipo de especialista que suma a su formación psiquiátrica y/o psicoterapéutica, técnicas espirituales y corporales, procurando trabajar desde una concepción más holística de la salud. Según algunos analistas las nuevas terapias revelan un proceso de conversión en nuestras sociedades orientado a la expansión personal de un sujeto predispuesto a descifrarse a sí mismo (Castel et al., 1980; Castel, 1984; Ehrenberg, 2000; Illouz, 2010).

El siguiente fragmento de entrevista da cuenta de cómo la identidad profesional puede ser reinterpretada en función de un estilo de vida alternativo, el cual a su vez es soporte de una identidad "para sí" en medio de las transformaciones que experimenta el campo profesional de las psicoterapias:

Soy licenciada en psicología (...) me dediqué al área clínica (...) me especialicé en psicoanálisis y género (...) Si bien yo venía haciendo cosas alternativas en mi vida, desde yoga, Reiki, meditación, como que eso yo lo tenía en mi vida, pero en la profesión era como prohibido para mí, por la formación. Lo alternativo yo no lo incorporaba en los tratamientos con los pacientes. Mi auto exigencia era ser psicoanalista, y no encajaba mucho, tenía como un (...) no sé si era una pelea, una disconformidad; no es que no estaba de acuerdo, pero no me sentía muy cómoda (...) era como estar escindido (...) es decir, sólo mirar el esquema psíquico desde funciones, las represiones, el consciente; que eso es totalmente válido, existe, es así, yo les agradezco todo lo que aprendí, pero la verdad es que hay algo más, y ese algo más es de lo que no se habla o no se dice porque no se puede explicar (...) pasar a pensar que hay algo más en la enfermedad y en el síntoma, empezar a hablar del alma o de cierta energía (...) me empecé a animar a hacer algo distinto, que no sea hablar (...) Después empiezo constelaciones (...) fue bastante fuerte la experiencia con constelaciones porque era poner el cuerpo, el alma y todo ahí (...) me salía de mi encuadre, el encuadre que nos enseñan: que la hora, que el terapeuta (...) como que es otro encuadre más desde lo mental, con constelaciones medio que te corrés de todo ese esquema (...) era otra mirada, me costó un tiempo, pero fue un cambio (...) hará un año a esta parte, es como que me empecé a reubicar y empecé verdaderamente a integrar (...) ahora me relajé, integrar me parece maravilloso (Julia, 53 años).

En lo que respecta a la resignificación de la identidad profesional de las entrevistadas se evidencia el lugar creciente que adquiere la *identidad reflexiva*, entendiendo por la misma a la conformación del "sí mismo" que guarda cierta distancia con respecto a los roles y a las representaciones sociales objetivadas. Si bien semantiene cierta identificación hacia un rol profesional adquirido desde la formación académica, resulta evidente el despliegue de nuevas formas de sentir, vivir y significar la profesión desde un estilo de vida alternativo y la participación en una red de relaciones interpersonales en donde se integran ciertas premisas de la formación psicoanalítica con la dimensión espiritual y las técnicas terapéuticas alternativas. Las redes de interacción, en donde se establecen diferentes relaciones interpersonales, proporcionan apoyo a los individuos para establecer la conformación de sus identidades particulares, pero también conforman los espacios en los que las identidades pueden ser objeto de negociación. Los intercambios concretos realizados entre las personas, a nivel de las redes sociales, permiten una interpretación más dinámica de los significados identitarios (Deaux y

⁶ Estas nuevas técnicas psicológicas derivan en sus comienzos del psicoanálisis, pero a su vez se han autonomizado en cierta medida de él. Para Castel (1984) son psicoanalíticas en un triple sentido: suponen el psicoanálisis, le suceden (a la vez que coexisten con él) y retienen una parte de su mensaje. Solapando su referencia psicoanalítica se han liberado en cierta medida de la problemática de la ortodoxia, es decir, de la actitud que pretende salvaguardar la pureza de una técnica y las condiciones de su reproducción en relación a la fidelidad al corpus freudiano y la formación de los analistas. La cultura psicológica se va así extendiendo, perdiendo la memoria de sus orígenes y la preocupación por la pureza de sus fundamentos teóricos.

Martin, 2003). Lo expuesto hasta aquí evidencia la experiencia de algunas de nuestras entrevistadas en donde la identidad profesional y su práctica terapéutica se ven resignificadas, no solo a través de las motivaciones y relaciones que establecen con otras personas dentro de la red que conforma el circuito alternativo –en donde ellas han experimentado el uso de diferentes terapias alternativas en búsqueda de su propio bienestar personal-, sino también por su interés en ampliar y potencializar su ejercicio terapéutico al incorporar nuevas técnicas alternativas que les permitan superar lo que ellas consideran como limitaciones de las herramientas psicoanalíticas convencionales.

Una vivencia inversa se evidencia en el relato de algunas entrevistadas. Puede notarse cómo la formación académica es traspasada por un estilo de vida signado por experiencia espirituales previas que van conformando el ejercicio de una práctica terapéutica integradora. En palabras de una de las entrevistadas:

La psicología para mí te diría que fue el último escalón (...) antes de entrar en la psicología entré en el campo de la meditación, y eso es como un gran sostén de mi práctica terapéutica (...) la psicología clínica para mí fue lo último (...) fui llevando mi vocación de una manera abierta (...) hoy trabajo dentro de la psicología con un encuadre poco académico, y tiene que ver con la inclusión del cuerpo en la terapia, tiene que ver con la inclusión de la espiritualidad, yo empecé a trabajar en el budismo tibetano (...) cuando yo me recibí de psicóloga, ya la meditación era parte de mi vida. Todo lo que hago ahora está como muy signado por esas líneas que parecían tan antagónicas y que no tenían similitud, y sin embargo hoy las termino uniendo en lo que estoy haciendo (...) creo que es importante que un terapeuta tenga la parte formal (...) ese marco teórico que te da como un sostén (...) poder discriminar hoy si una persona tiene rasgos psicóticos o no es algo muy importante (...) si bien no son grandes cosas las que aprendí en la universidad, fueron cosas muy importantes, me dan como una seguridad (...) dentro mío ya está todo muy integrado (...) las constelaciones familiares a mí me hicieron como un clic importante porque sentí que era algo que podía unir lo espiritual, que yo ya traía, con lo académico (Nora, 52 años).

En este caso la capacitación formal profesional en el campo psicoterapéutico y su posterior titulación se describen como un estadio final en la preparación como terapeuta. Si bien se valoran las herramientas psicoterapéuticas convencionales adquiridas en la preparación universitaria, las cuales brindan cierta seguridad, sobre todo a la hora de adquirir conocimientos relacionados con la posibilidad de establecer un psicodiagnóstico adecuado, desde un comienzo la vocación profesional y el sostén de la práctica terapéutica se inscriben dentro de la lógica de la integración, es decir, la preparación universitaria se encuentra tamizada por las experiencias espirituales previas, conforme a un estilo de vida alternativo.

La idea de que el cambio en la identidad "para otros" se reinterpreta en función de la elección de un estilo de vida, el cual sirve a su vez como soporte de una identidad "para sí" en constante devenir (Dubar, 2002), nos ha permitido identificar las reconfiguraciones de la identidad profesional de las entrevistadas, en cuanto a la emergencia de nuevas formas de significar su oficio terapéutico en relación a las elecciones que configuran un estilo de vida alternativo. Esta experiencia les ha permitido, en cierta forma, distanciarse de la representación social "clásica" del psicólogo que se caracteriza por un modelo asistencial individual basado teóricamente en el psicoanálisis.

Si bien Carozzi (2000) afirma que el "buscador" del circuito alternativo fluye y circula por agrupaciones generalmente efímeras, estableciendo relaciones mayormente provisionales, los hallazgos preliminares de nuestra investigación en curso no nos permiten describir la consistencia de los vínculos y relaciones interpersonales establecidas por nuestras entrevistadas dentro de la red del circuito alternativo de la Ciudad de Buenos Aires. La idea de circulación y fluidez ha sido en cambio de mucha utilidad en nuestro trabajo para ayudarnos a interpretar cómo la conformación de la identidad profesional de las psicólogas entrevistadas remite más a un proceso reflexivo, abierto a la contingencia del cambio, que a un modelo profesional estrictamente heredado de acuerdo a la representación social hegemónica de su profesión.

Para mí mi profesión es mi propio camino (...) creo profundamente en lo que ofrezco (...) yo me describo absolutamente comprometida con lo que hago, tanto en lo que predico como en lo que practico (...) empiezo mi año número 27 de profesión, sin embargo jamás yo me escucho decir: "bueno, no busco más nada, no tengo más nada que buscar", al contrario (Martha, 49 años).

El dinamismo de dicho proceso reflexivo se encuentra íntimamente relacionado con las prácticas referidas al estilo de vida de las entrevistadas, a su participación en una red de pares que comparten una perspectiva alternativa del cuidado de la salud, como así también a un contexto de cambios y transformaciones al interior del campo de las psicoterapias en la contemporaneidad, que en las psicólogas entrevistadas se manifiesta en su intención de ejercer una práctica terapéutica integradora hacia un cuidado holístico de la salud psíquica, emocional, espiritual y corporal.

6. Conclusiones

En este artículo abordamos la construcción de la identidad profesional de médicos y psicólogas cuyas opciones de carrera y desempeño profesional se alejan de los modelos normativos al incorporar terapias y enfoques terapéuticos heterodoxos. Observamos este proceso en el marco sociocultural más amplio de las condiciones del trabajo identitario personal en la modernidad tardía, caracterizado por mutaciones en los procesos de socialización e identificación con los roles sociales, la diversificación de autoridades, y la pluralización de los mundos de vida. En este escenario, el trabajo reflexivo de los sujetos en las elecciones de estilo de vida abarca los distintos campos de experiencias sociales, y afecta el proyecto profesional. El dinamismo propio de las profesiones que hemos tomado como caso de estudio, con los distintos movimientos, procesos de fractura y yuxtaposición de perspectivas y prácticas, ha diversificado el horizonte de oportunidades para el desempeño profesional y las formas de identificación con el trabajo más allá de la titulación académica compartida. En este contexto, la "negociación" de la identidad profesional reviste especial relevancia como objeto de análisis.

Rescatar las experiencias y perspectivas de médicos con carreras "atípicas" permite dar visibilidad a voces críticas del modelo médico-hegemónico desde el interior de la profesión. Los proyectos profesionales de los entrevistados, con sus aspectos comunes y diferencias, dan cuenta de procesos de segmentación o diferenciación respecto de sus pares ortodoxos en términos de interés por otros paradigmas médicos, modalidades de práctica, y formas de identificación con la profesión. Las decisiones de carrera de los entrevistados, expresan, por un lado, retomando a Dubar (2002), el interjuego entre las identidades colectivas reivindicadas y las cuestionadas, a través de un trabajo identitario que se despliega en el tiempo y en el que la búsqueda de autenticidad adquiere centralidad. Cuando las experiencias personales con las MACs previas, paralelas o posteriores a la socialización profesional dejan una fuerte impronta en sus concepciones de la salud y modalidades de cuidado, el compromiso vocacional implica superar las tensiones y contradicciones experimentadas en la etapa formativa y/o producto de las demandas de desempeño de rol en el mercado de trabajo. Varios entrevistados experimentaron estas tensiones como crisis de carrera producto del desfasaje entre las opciones de estilo de vida y el desempeño profesional normativo. La integración de MACs en la práctica profesional constituye un camino para superar las contradicciones de la socialización ortodoxa y la vida laboral en el marco más amplio del proyecto vital. La búsqueda de coherencia entre la vida personal y la profesional es el hilo conductor de las narrativas sobre las decisiones de carrera y los virajes. Como Giddens (1995: 104-105), lo plantea, el logro de autenticidad deriva de integrar las experiencias vitales en un marco narrativo de desarrollo personal en el que la primera lealtad es hacia uno mismo. Por otro lado, para algunos médicos no se trata de resolver contradicciones entre distintas esferas de experiencias ni superar crisis de carrera, sino que el compromiso vocacional implica ampliar el horizonte de conocimiento y repertorio terapéutico, para poder ejercer una medicina más integral y re-humanizar la relación médico-paciente. La construcción de una distancia crítica respecto del modelo médico hegemónico atraviesa los

relatos de vida de los entrevistados y constituye la base común a partir de la cual construyen su identidad como médicos heterodoxos.

Hemos conceptualizado las psicoterapias como un espacio facilitador del despliegue de un proyecto reflexivo de la identidad del yo en la contemporaneidad. El lenguaje psicoterapéutico se ha diversificado y entrelazado con imperativos culturales de la contemporaneidad, como lo son la búsqueda de la felicidad y el bienestar, la confianza en uno mismo y la creencia en la posibilidad de perfeccionar el yo (Illouz, 2010). Al pluralizarse el discurso psicológico ha logrado organizar las narrativas contemporáneas del yo y la identidad, ofreciendo herramientas terapéuticas de auto-interpretación que promueven un proceso continuo de narrativización del yo, produciendo transformaciones en la experiencia y el discurso autobiográfico, al menos en los sectores sociales medios (Illouz, 2010). Observamos que ciertas características de la identidad profesional ligada a la representación social hegemónica del psicólogo y a una práctica clínica psicoterapéutica anclada en el psicoanálisis perduran en las psicólogas entrevistadas. Sin embargo junto a esta impronta de la formación universitaria, su incursión en una red de relaciones interpersonales que conforman un estilo de vida alternativo, junto a la incorporación de una concepción más holística del bienestar integral, configuraron en ellas una constante búsqueda de técnicas terapéuticas alternativas, que al ser integradas a su práctica profesional dan lugar al despliegue de una narración reflexiva de sí mismas en constante construcción. Desde la experiencia de integración terapéutica las entrevistadas evidencian un proceso de resignificación de su identidad profesional que va tomando distancia con la representación social hegemónica de los psicoterapeutas, en un contexto sociocultural como el argentino en donde el psicoanálisis se encuentra plenamente institucionalizado y arraigado en la cultura de las clases media y alta urbanas.

7. Bibliografía

- Almeida, J. (2012) The differential incorporation of CAM into the medical establishment: The case of acupuncture and homeopathy in Portugal, *Health Sociol Review*, 21(1): 5-22.
- Arfuch, L. (2002) El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Baer, H. (2004) *Toward an Integrative Medicine: Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Barros, N. F (2008) *A Construção Da Medicina Integrativa: Um Desafio para o campo da saúde*. Sao Paulo: Aderaldo & Rothchild Editores.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003) *La individualización: El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós
- Becker, H. y Casper, J. (1956) "The Elements of Identification with an Occupation", *American Sociological Review*, 21 (3): 341-348.
- Bertaux, D. (1993) "Los relatos de vida en el análisis social". En Aceves Lozano, J. (Comp.) *Historia oral* (pp. 136-148). México D.F: Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana.
- Borell-Carrio, F., Suchman, A.L. y Epstein, R.M. (2004) "The Biopsychological Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry", *Annals of Family Medicine*, 2 (6): 576-582.
- Bucher, R. y Strauss, A. (2001). *Profession in process*. En Strauss, A. *Professions, Work and Careers* (pp. 9-24). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Callero, P.L. (2003) "The Sociology of the Self", *Annual Rev. of Soc.*, 29:115-133.
- Cant S. y Sharma U. (1999) *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*. New York: UCL Press.
- Carozzi, M. (2000) *Nueva Era y Terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina.
- Castel, R., Castel, F. y Lovell, A. (1980) *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1984) *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.

- Crespo Duberty, M. (2007). *La Realidad de la Homeopatía*. Buenos Aires: Kier.
- Davies-Floyd, R. y St.John, G. (2001) *From Doctor to Healer. The Transformative Journey*, New Brunswick: Rutgers.
- Deaux, K. y Martin, D. (2003) "Interpersonal Networks and Social Categories: Specifying Levels of Context in Identity Processes", *Social Psychology Quarterly*, Vol. 66 (2): 101-117.
- Dew, K. (2000) "Deviant insiders: medical acupuncturists in New Zealand," *Social Science and Medicine*, 50:1785-1795.
- Diamant, A. (2009) Recorridos iniciales en la construcción de la identidad profesional de los psicólogos en la Universidad de Buenos Aires de los '60. En *Anuario de Investigaciones*, Volumen XVI, Tomo II (pp. 163-172). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Di Liscia M.S. (2008) Reflexiones sobre la nueva historia social de la salud y la enfermedad en Argentina. En Carbonetti A. y González- Leandri, R. (editores) *Historias de la salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*. (Pp.15-47). Córdoba: CEA-CONICET, UNC. Pp.
- Dubar, C. (2001) El trabajo y las identidades profesionales y personales, *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. Año 7 (13): 5-16.
- _____ (2002) *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Dubet, F. y Martuccelli, D. (2000) *¿En qué sociedad vivimos?* Buenos Aires: Losada.
- Ehrenberg, A. *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Eisenberg D.M., Ronald, C., Kessler, R. G., Foster, C., et al. (1993) "Unconventional Medicine in the United States"; *N Eng J M*. 328: 246-252.
- Emirbayer, M. y Mische, A. (1998) "What Is Agency?", *American Journal of Sociology*, 103 (4): 962-1023.
- Faraone, S. (1993) Desinstitucionalización. Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las instituciones psiquiátricas asilares, *Revista Margen*, (3): 70-80.
- _____ (1995) Políticas en salud mental, *Revista Margen*, (7/8): 29-37.
- Fernández, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Foucault, M. (2008) *Historia de la Sexualidad. Tomo I La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freidin, B. (2013) "Acupuncture in Argentina". En Hinrichs, T.J. and L.Barnes (Eds.) *Chinese Medicine and Healing: An Illustrated History*. Cambridge: Harvard University Press.
- _____ (2010). "Perspectivas de los médicos acupuntores sobre su práctica y el potencial de la medicina integrativa". En *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 1(3): 1-28.
- _____ (2007) *Acupuncture Worlds in Argentina: Contested Knowledge, Legitimation Processes, and Everyday Practices*. Tesis de Doctorado, Brandeis University, Dep. de Sociología, MA, USA.
- Freidin, B. y Ballesteros, M. (2011) "Dificultades en la conceptualización y cuantificación de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias", *Medicina y Sociedad* 31, (1): 1-16.
- Freidin, B., Ballesteros, M. y Echeconea, M. (2013) *En búsqueda del equilibrio: salud holística, bienestar, y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Documentos de Trabajo N°65.
- Freidson, E.(1988) *Profession of Medicine*, Chicago: University of Chicago Press
- Galende, E. (1983) La crisis del modelo médico en psiquiatría. En *Cuadernos Médico Sociales* (23): 1-7.
- Giddens, A (1995) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península.
- Goldstein, M.S (2004) "The persistence and resurgence of medical pluralism", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(4-5): 925-945.

- Good, B.J. (1996) *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guinsberg, E. (2007) Salud Mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En Jarrillo Soto, E.J. y Guinsberg, E. (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 245-272). Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Hall, S. (2011). ¿Quién necesita identidad? En Hall, S. y Du Gay, P. (Comps.) *Cuestiones de identidad Cultural* (pp.13-39). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hitlin, S. y G. H. Elder (2007) "[Understanding 'Agency': Clarifying a Curiously Abstract Concept.](#)" *Sociological Theory*, 25(2):170-191.
- Idoyaga Molina, A. (2002) *Culturas, Enfermedades y Medicinas: Reflexiones Sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de la Argentina*. Buenos Aires: Insitituto Univeristario Nacional de Arte.
- Illouz, E. (2010) *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Jervis, G. (1972) Crisis de la psiquiatría y contradicciones institucionales. En Basaglia, F (Eds.) *La institución negada* (pp. 281-302). Barcelona: Barral.
- Kleinman, A. (1987) *Illness narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- _____ (1981) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Culture*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Lodieu, M. T. y Scaglia, H. (2006) La identidad profesional del psicólogo. En *Diagnosis*, (3): 55-62. Buenos Aires: PROSAM.
- Luz, M. T. (2005) "Cultura conteporanea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas en Saude no Fim do Século XX", *PHYSIS: Rev. Saude Colectiva* 15(Suplemento): 145-176.
- Martin, B. (2004). "Dissent and heresy in medicine: models, methods, and strategies", *Social Science and Medicine*, (58): 713-725.
- Martuccelli, D. (2007) *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Mead, G. H. (1973) *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires, Paidós.
- Menéndez, E.L. (2009). *De sujetos, saberes, y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- NCCAM, National Center for Complementary and Alternative Medicine (2013) "Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?", National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategias de la OMS sobre la medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS.
- Palmer, S. (2003) *From Popular medicine to Medical Populism*. Durham: Duke.
- Plotkin, M. (2003) *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Ricoeur, P. (1986) *La vida: un relato en busca de narrador*. En *Educación y política. De la historia personal a la comunión de libertades* (pp. 45-48). Buenos Aires: Docencia.
- _____ (1996) VI Estudio: El sí y la identidad narrativa. En *Sí mismo como otro* (pp. 138-172). México: Siglo Veintiuno Editores.
- _____ (2004) *La memoria, la historia, el olvido*. Buenos Aires: FCE.
- Rossi, L. (2006) Publicaciones periódicas en Argentina: producción discursiva e institucionalización. Referencias a la psicología. En *Anuario de Investigaciones*, Vol. XIV, Tomo II (pp. 157-164), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Ruggie, M.(2005) *Marginal to Mainstream*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sarfati Larson, M. (1977) *The Rise of Professionalization*. Berkeley: University of Chicago Press.
- Sandoz T. (2010) *Historias paralelas de la medicina: de las flores de Bach a la osteopatía*. México: FCE.
- Scott Dowling, A. (2004). George Engel, M.D. (1913-1999). *American Journal of Psychiatry*, 162(11): 2039-2039.
- Shaffir, W. y D. Pawluch (2003) "Occupations and Professions,." En Reynolds, L.T. y Hernan-Kiney, N.J. (Eds.) *Handbook of Symbolic Interactionism* (pp. 893-913). Walnut Creek: Altamira Press.

- Sharma, U. (1994) "The equation of responsibility: complementary practitioners and their patients". En Budd, S. and Sharma, U. (Eds.) *The Healing Bond: the Patient-Practitioner Relationship and the Therapeutic Responsibility*. (Pp.211-222) London: Routledge.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M.M. (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, (1): 6-41.
- Starr, P.(1982) *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books
- Toricelli, F. y Leibovich de Duarte, A. (2005) Representaciones y perfil profesional de residentes de salud mental. En *Memorias de las XII Jornadas de Investigación, Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. Tomo I* (pp. 100-102). Facultad de Psicología, UBA.
- Vijnovsky, A. W. (2008). *Historia de la Homeopatía en la República Argentina desde 1817 hasta nuestros días*. Buenos Aires: AMHA.
- Williams, J. y Calnan, M. (1996) The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity", *Soc. Sci. and Med.*, 42, (12): 1609-1620.
- Zacchino, S.A. (2005). Argentine Republic. En C.K. Ong, G. Bodeker, C. Grundy, G. Burford y K. Shein (eds.) *WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine* (pp 51-55). Geneva: WHO Press