

2017

Uniendo saberes. La Enfermería entre la ciencia y el saber milenario: la aplicación de terapias energéticas en el cuidado (Mar del Plata, 2017)

Echizarto, Mara

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/163>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio
Social
Departamento Pedagógico de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

TALLER DE TRABAJO FINAL

TESINA DE GRADO:

*"Uniendo saberes. La Enfermería entre la ciencia
y el saber milenario: la aplicación de terapias
energéticas
en el cuidado (Mar del Plata, 2017)".*

AUTORAS:

Echizarto, Mara DNI 27.338.532
Martino, María Eugenia DNI 33.480.331
Romano, Karina Beatriz DNI 23.788.079

Fecha de entrega:
Diciembre de 2017

ÍNDICE

Resumen	página 4
Introducción	página 5
Capítulo 1. Enfermería: historia, identidad y práctica profesional	Página 11
I. Una breve historia de la enfermería	página 11
II. Identidad profesional en la enfermería actual	página 16
III. Repensar la Práctica profesional	página 18
Capítulo 2. Los cuidados paliativos: definición, origen y requisitos profesionales	página 21
I. Cuidados paliativos: definición y usuarios	página 22
II. Una historia de los cuidados paliativos	página 23
III. Los cuidados paliativos en Argentina	página 25
IV. Las características de la atención en cuidados paliativos	página 26
Capítulo 3. ¿ El reiki en las instituciones de salud alopáticas	página 28
I. ¿Terapias complementarias o alternativas? Definiciones y debates	página 28
II. Reiki: definición e historia	página 31
III. El reiki como terapia: funcionamientos y grados	página 33
IV. Reiki y cuidados hospitalarios: panorama internacional y nacional	página 36
Capítulo 4. Estudio de caso: Reiki en enfermería en Mar del Plata	página 39
I. Metodología de las entrevistas	página 39
II. Perfil de la población estudiada	página 42
III. Formación de los entrevistados	página 44
IV. Opinión y práctica sobre el reiki en instituciones de salud	página 45
Conclusión	página 51
Anexos	página 53

Anexo 1. Linajes en el Sistema de <i>Reiki</i>	página 54
Anexo 2. El sistema de <i>chakras</i> .	página 55
Anexo 3. Instituciones de salud internacionales prestadoras de <i>reiki</i> y tipo de tratamientos brindados	página 58
Anexo 4. Consentimiento informado	página 62
Anexo 5. Propuesta pedagógica de Taller de inicio a las terapias complementarias	página 64
Anexo 6. Entrevista a Adriana Ginatto (coordinadora de <i>Reiki al servicio</i>)	página 67
Bibliografía	página 78

Resumen

La presente tesina indaga en la relación entre cuidado enfermero y terapias basadas en saberes por fuera del canon de la medicina occidental. Más específicamente, se indaga en la aplicación del *reiki*, una sanación energética de origen japonés, por parte de profesionales de la enfermería de la ciudad de Mar del Plata. Se analizaron varios aspectos: por un lado, los tipos de formaciones académicas y complementarias de estos enfermeros; luego, los modos en que estos ponen en práctica el *reiki* en las instituciones; finalmente, la recepción de esta terapia tanto de parte de los pacientes como de los colegas, médicos y demás personal de salud. Para cumplimentar estos objetivos, se realizaron cuarenta entrevistas semi-abiertas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata (públicas y privadas).

Palabras claves: cuidados, *reiki*, enfermeros, instituciones.

Introducción

La enfermería como disciplina ha atravesado distintas transformaciones a lo largo de la historia, las cuales fueron de la mano de los cambios mayores que tuvieron lugar en las dimensiones sociales e ideológicas. En este sentido, Kérouac¹ plantea la existencia de tres grandes paradigmas profesionales en cuanto al rol que se le atribuye a los sujetos y la dependencia con respecto al saber médico: el de la *categorización*, el de la *integración* y el de la *transformación*. El primero se desarrolló entre fines del siglo XIX y principios del XX y concebía a la persona como un todo formado por la suma de sus partes y que no participa en el cuidado de sí misma, a la vez que ubica a la enfermería por debajo del "paternalismo" médico hegemónico. El segundo, en tanto, es considerado una prolongación del anterior, manteniéndose los conceptos biomédicos del paciente fragmentado en distintas partes, pero con una práctica enfermera centrada en el cuidado y levemente autónoma. Finalmente, transitamos en la actualidad por el paradigma de la *transformación*, en donde el individuo tiene un rol activo en su propio tratamiento, interaccionando con otros miembros de la sociedad y con el entorno. La persona deja de ser vista desfragmentada en sus partes para ser considerada como un todo, en cuanto a la práctica enfermera, esta corriente se separa del paternalismo médico y ejerce su profesión de manera interdependiente y autónoma.

Sin embargo, esta no ha sido la única transformación que nuestra disciplina ha experimentado en los últimos años. Gracias al proceso de globalización, el cual ha acortado las distancias y facilitado la comunicación entre las culturas, han comenzado a circular en Occidente nuevas concepciones sobre el ser humano, las cuales desde una mirada holística aportan otras dimensiones de explicación y acción en salud. En su mayoría provenientes de tradiciones de origen oriental, pueden ubicarse dentro de estas al *yoga*, *ayurveda*, *acupuntura*, *reiki*, *reflexología*, *medicina tradicional china*, entre muchas otras más.

¹Kérouac, S. P., *El Pensamiento Enfermero*, Barcelona, Masson, 1996.

La entrada en escena de estas prácticas, permiten a las personas tener mayores opciones a la hora de decidir por un tratamiento que mejore su calidad de vida, según ha establecido la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento "Estrategias sobre medicina tradicional 2014-2023":

*"La medicina tradicional es una parte importante y con frecuencia subestimada de los servicios de salud. En algunos países, la medicina tradicional o medicina no convencional suele denominarse medicina complementaria. Históricamente, la medicina tradicional se ha utilizado para mantener la salud, y prevenir y tratar enfermedades, en particular enfermedades crónicas".*²

Como se desprende de la lectura de este fragmento, hay dos formas de denominar estas prácticas en muchos casos milenarias y su relación con el sistema de salud alopático. Por un lado, está el concepto de "medicina tradicional", al cual la OMS ve como "la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para **mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales**".³ A su vez, entiende por "medicina complementaria" o "alternativa" a "un amplio conjunto de **prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante**".⁴ Para evitar la superposición y confusión entre ambas, OMS recomienda fusionarlas en "**Medicina tradicional y complementaria (MTC)**", abarcando de esta manera *productos, prácticas y profesionales*.

Dentro de estas prácticas que han ganado visibilidad dentro del repertorio curativo de los últimos años se encuentra el *reiki*, una técnica de origen japonés que trabaja con la energía de la persona a partir de la imposición de manos y la interacción con los centros energéticos del individuo. A grandes rasgos, sus diferencias con la medicina alopática pasan por su concepción de

² OMS (2013), "Estrategias sobre medicina tradicional 2014-2023", disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>, página 15.

³ *Ibid*, página 15.

⁴ *Ibid*, página 15.

la enfermedad (resultado del desequilibrio de la energía del individuo) y por el rol del paciente y el sanador (se hace énfasis en la autosanación). Cabe destacar que el *reiki* no administra ningún tipo de tizanas, hierbas, ni otro tipo de medicación natural, y su significado se desliga de *rei*, energía del universo y *ki*, energía de vida. Dicha técnica fue canalizada⁵ a fines del siglo XIX por Mikao Usui en Japón, ingresando a Occidente a través de EEUU alrededor de la década del treinta, desde donde comenzó a circular por el resto del globo.

Pero además de ser una de las prácticas de MTC más conocidas y visibilizadas en la actualidad, el *reiki* se ha convertido acaso en la primera de ellas en tender puentes con la medicina alopática: una gran cantidad de profesionales de la enfermería han sido iniciados en este, aplicándolo (sea de manera explícita o encubierta) en instituciones de salud de diversos países como España, Colombia, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Cuba, Costa Rica y Argentina. Es precisamente este vínculo entre paradigmas de salud en apariencia disímiles en lo que queremos indagar en la presente tesina de Licenciatura. De esta manera, buscamos dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las formas en las que los enfermeros aplican los saberes milenarios dentro de las instituciones de salud?

¿Cómo y en qué espacios se forman estos profesionales?

*¿Qué tipo de relación establecen los enfermeros que aplican *reiki* con las jerarquías institucionales?*

¿Cómo son las relaciones entre este tipo de profesionales y sus pacientes?

Cuatro han sido nuestras hipótesis de partida, las cuales buscamos refrendar mediante el trabajo de campo. Por un lado, podría pensarse que los profesionales que aplican *reiki* en su práctica institucional poseen un perfil diferente del enfermero "tradicional", ya que en su quehacer combinan las técnicas usuales

⁵ La canalización, es la forma a través de la cual una persona sirve de puente o canal entre la energía del universo y la del ser en este caso sería el reikista quien opera de canal para que la energía del universo llegue a quien la esté necesitando.

de la enfermería "ciencia" con la terapia alternativa-complementaria del *reiki* "saber milenario". Éste último abordaje parte de una concepción holística del ser humano y su salud, si bien muchas veces el profesional no es consciente expresamente de ello. Luego, y como segunda propuesta, consideramos que este tipo de mixtura profesional tuvo su origen en el área de cuidados paliativos, para desde ese lugar trasladarse a otros ámbitos de la práctica profesional. Sin embargo, esto no quita la profesionalidad, ya que ambos conocimientos se combinan y no se excluyen.

La tercera de nuestras hipótesis es que estos enfermeros experimentan a menudo una relación conflictiva tanto con las jerarquías institucionales y como con los pares que no comparten este enfoque. Finalmente, pensamos como cuarta propuesta de trabajo que esta forma de intervención permite establecer un mejor vínculo con los pacientes y sus familias.

Para resolver los interrogantes recién señalados y verificar estas hipótesis sustantivas, recurrimos a una investigación cualitativa, descriptiva y analítica, la cual combinó análisis bibliográfico y trabajo de campo. Las variables que quisimos indagar en ambos registros de trabajo fueron los siguientes: las concepciones de cuidado, la formación del profesional, la relación de las instituciones de salud con la MTC, y los vínculos con los pacientes. En cuanto al aspecto bibliográfico, para dar cuenta de estas variables relevamos distintos textos académicos sobre el rol profesional, historia de la enfermería, y se indagó asimismo en la historia del *reiki* y en las distintas formas de desarrollo en conjunto con la enfermería profesional. Pero esta tesina no se limitó al mero balance bibliográfico sobre estos temas, sino que nos abocamos al trabajo de campo en dos aspectos: primero con una entrevista que le realizamos a la encargada del Servicio de tratamiento del dolor del Hospital General de Agudos Torneau de la ciudad de Buenos Aires; segundo con una serie de cuarenta entrevistas semi-abiertas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata.

En este sentido, cuatro han sido los capítulos en los que se ha volcado todo este amplio corpus de información. En el primero

nos abocamos en la enfermería específicamente como disciplina, revisando su historia y distintos paradigmas de práctica profesional. El capítulo 2 el protagonista es el concepto de cuidado, central a nuestro entender en esta profesión, y nos detenemos en su definición, origen y tipos, interesándonos especialmente los cuidados paliativos, en línea con una de las hipótesis sustantivas. En el tercer capítulo pasamos a trabajar con el debate en torno a las terapias complementarias/alternativas y la técnica del *reiki*, es decir, su definición, historia, aplicación en salud alopática, etc. Finalmente, el capítulo 4 está constituido por las entrevistas a profesionales de nuestra ciudad.

A partir de esta investigación inicial, tenemos como meta realzar el desempeño de la tarea del enfermero dándole un lugar predominante en la práctica a las terapias provenientes de la MTC, ya que en nuestra opinión son ellas las que están más en contacto con el paciente. Ver al sujeto de atención desde una perspectiva holística nos permite generar cuidados de calidad, teniendo como premisa el bienestar biopsicosocial. De esta manera *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no es simplemente la ausencia de enfermedad"*.⁶ Esta definición si bien es la que promueve la OMS, desde nuestra perspectiva no es compartida en su totalidad, consideran que la salud es mucho más que un completo estado de bienestar, ya que la salud es un complejo sistema dinámico y como tal lo puedes definir "...como la salud en sí es entendida como un proceso dinámico de bienestar entre lo psicológico, físico, social y espiritual. Por tanto, es de gran importancia reconectarnos con el polo positivo de la salud y dejar atrás el concepto de estado de "no enfermedad" para entenderlo como un estado de "bienestar" y armonía, el cual presenta su punto clave en la prevención". Esta definición también pertenece a la OMS pero con un concepto más moderno, también cabe resaltar la definición de Marta Rogers en la que describe lo siguiente "la salud es el mantenimiento armónico constante del ser humano con

⁶ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria, la cual firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of theWorldHealthOrganization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

su entorno. Si la armonía se rompe desaparecen la salud y el bienestar”⁷

Estamos convencidas de que nuestra disciplina debe salir de su reticencia habitual hacia las “medicinas complementarias” para conocerlas e incorporarlas si las llegara a encontrar las válidas. Por lo tanto, el *reiki* como cuidado innovador permite a la enfermería un mayor acercamiento con el paciente y hace a este último protagonista de su propio cuidado, dándole la posibilidad de elegir sus tratamientos, ampliar el abanico de sus posibilidades al brindarle la información necesaria para que esto ocurra. La importancia de que estas prácticas sean hechas por profesionales garantiza la seriedad y compromiso, consolidando este perfil profesional de enfermero que posee una mirada y un repertorio de prácticas holísticas.

⁷ <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/martha.html>

Capítulo 1.

Enfermería: historia, identidad y práctica profesional

La enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista, que adhiere a una filosofía centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. El objetivo de la enfermería debe ser, esencialmente, el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

Para esto consideramos que primero es necesario revisar qué se entiende por enfermería y cuáles son sus incumbencias. De esta manera, en el presente capítulo realizaremos un recorrido por tres cuestiones transversales al tema de esta tesina: las etapas de la enfermería (entendiendo por ello su desarrollo histórico), el concepto de *identidad* en esta labor, y, finalmente, la noción de *práctica profesional* y sus implicancias. A lo largo de los tres apartados que desarrollaremos a continuación, queremos entonces responder a las siguientes preguntas:

¿Cuándo surgió la enfermería?

¿Cuáles han sido las diferentes etapas que atravesó y en qué se diferenciaron?

¿Cuáles son los tópicos que definen la identidad profesional de un enfermero?

¿Qué es y en qué consiste la práctica profesional?

I. Una breve historia de la enfermería

Desde sus inicios en el planeta, el ser humano atravesó dolencias físicas y emocionales para las cuales fue creando

diversas curas y estrategias de prevención con las técnicas e instrumentos que tenía a mano, como las plantas, animales y minerales brindadas por la naturaleza. Sin embargo, el origen de la enfermería como práctica, puede ubicarse en las primeras civilizaciones sedentarias, momento desde el cual fue "evolucionando" e incluyendo nuevos métodos y técnicas, de allí que se puedan ubicar tres grandes períodos en su haber:

1. Etapa doméstica (civilizaciones de la Antigüedad)
2. Etapa vocacional (Edad Media y Moderna en Occidente)
3. Etapa profesional y técnica (comienza en Occidente en el siglo XIX y se dispersa por el resto del planeta a partir del siglo XX)⁸

Comencemos por la primera de ellas, que hunde sus raíces en las sociedades arcaicas que desarrollaron tanto en las primeras civilizaciones estatales (con agricultura y ganadería y sedentarismo como Babilonia, Egipto, India, China, Incas, Mayas, Aztecas), como en el mundo clásico mediterráneo (Grecia y Roma). Esta etapa es denominada *doméstica* porque los cuidados eran realizados principalmente en los hogares y por las mujeres (si bien también se desplegaban en los templos religiosos), y estaban centrados en el mantenimiento físico y de bienestar a partir de la promoción de la higiene y la adecuada alimentación y vestido. Dicha división del trabajo estaba fundada en las funciones y saberes reproductivos, naturalizando las sociedades esas prácticas y asumiéndolas como algo inherente a las mujeres. De esta manera, se ligó en el imaginario social el cuidado a algo *esencialmente* femenino, acumulación de experiencias y saberes (logradas mediante la observación, investigación y transmisión "no científica" de generación en generación). Dicha preeminencia de los saberes y cuidados naturales del ser tendría un serio retroceso más adelante en el tiempo, cuando la Iglesia católica los percibió como una amenaza espiritual y reprimiéndolo hasta

⁸ Torres, Alexandra, Sanhuesa, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XXIV, N° 2, septiembre de 2006.

llegar a su casi total desmantelamiento, tanto mediante la caza de brujas en Europa y como la supresión de las creencias de los pueblos aborígenes de América (ambos procesos ocurridos entre los siglos XV y XVIII de nuestra era).

Esta importancia del ámbito doméstico también continuó en la segunda etapa, llamada *vocacional*, pero bajo otra tonalidad, ya que el ascenso del catolicismo en los territorios europeos desde el siglo IV d.C. les otorgó nuevas características a los cuidados. Este período fue extenso y llega hasta entrado el siglo XVIII, momento este último de transición con las técnicas por venir. De la mano de un discurso de pudor y culpabilidad en torno a la exhibición de los cuerpos, así como al ascenso de una jerarquía religiosa que privilegiaba el poder patriarcal (no es que antes no existiera, pero ahora se refuerza y potencia), la Iglesia tuvo una gran influencia dentro de la enfermería mediante las órdenes religiosas, en especial de las diaconisas. A su vez, las continuas guerras, en especial las cruzadas, contribuyeron a extender la enfermería, surgiendo una combinación de militarismo, religión y caridad.⁹

La denominación *vocacional* está asociada al nacimiento de la religión cristiana. El enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y quien lo cuida y se consagra a Él también. Los conocimientos teóricos son casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante es la actitud, centrada en la caridad, la sumisión y la religiosidad. Las actividades de cuidar se relacionan con los conceptos cristianos de salud y enfermedad, atribuidas a los designios de Dios, y allí aparece la figura de la "cuidadora" a la que Collieré llama la "mujer consagrada".¹⁰ Las mujeres, poseedoras del conocimiento de los cuidados, se convierten en objetos de persecución y represión, porque representan dos grandes amenazas para el poder de la iglesia, primero: El ser mujer incitaría al pecado de la carne, y en segundo lugar, el adquirir conocimientos por medio de experiencias del

⁹ En Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *op. Cit.*

¹⁰ En Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *op. Cit.*

cuerpo las alejaría de Dios y la iglesia. A partir del saber religioso, y sometido a él, se desarrolla un nuevo sistema de conocimientos médicos sólo para hombres, en que el cuidado constituye una práctica independiente de la práctica médica. De esta manera, los acontecimientos de este período fomentan una devaluación social de la mujer, la cual es reconocida sólo como un soporte espiritual. La valoración económica no existe, el trabajo de las mujeres sólo es recompensado por la salvación del alma, gracias a ello la iglesia encuentra una forma de usufructo y riqueza (exige y recibe donaciones para el cuidado) aumentando su poder mediante el uso y abuso de la fe. Esta valoración económica de los cuidados aún repercute en nuestros días, en las que aún se les otorga carácter benéfico a los cuidados.

Finalmente, el surgimiento de la etapa *técnica y profesional* a partir del siglo XIX, marcaría un cambio en diversas direcciones. Por un lado, aparece una nueva concepción del hombre acerca de la dicotomía enfermedad-salud, que ya no se concibe por gracia divina sino como producto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este período es transferido a la clase médica dominante, lo que le proporciona aún mayor conocimiento y poder, centrado en la enfermedad y el tratamiento.

La complejidad tecnológica hace necesaria la aparición de agentes intermedios que asumen algunas tareas médicas. ¿Cómo se dio esta transición del rol vocacional al técnico y profesional? Para Collière, esto se debió a la separación de los poderes políticos y religiosos que permitieron el inicio de la enfermería en vías de profesionalización. Este personal es denominado paramédico con el advenimiento de lo que este autor denomina "mujer, enfermera-auxiliar del médico". En este sentido, la enfermera asume en parte ese rol social, reemplazando a las religiosas en el servicio a pobres y desamparados. No se le reconoce dominio en el conocimiento, sólo se le atribuye vocación de servir. En este período se habla de una doble filiación: la filiación conventual y la filiación médica. La primera de estas tiene relación con el hecho de constituirse "en servidora de un ideal", evidenciado por Calmetté, en el prólogo de

L'Infirmière Française: *"La Enfermera ante todo debe aprender a servir, a no caminar jamás delante del médico sino seguirle"*. Con la segunda filiación, el médico determina y ordena la actividad de la enfermera, decide su quehacer y lo que debe saber. Así lo hace saber el médico Sebilleau cuando se dirige a las alumnas de enfermería de la Asistencia Pública de París *"No aspiréis a sustituir a vuestros jefes junto a sus enfermos, pero pensad que es necesario que conozcáis lo que podemos llamar los grandes elementos de la profesión médica"*.¹¹

Es indudable a comienzos de esta etapa el aporte de la anglosajona Florence Nightingale en el desarrollo de la enfermería como profesión a mediados del siglo XIX. Ella se da cuenta de la importancia de la formación de una enfermera poseedora de conocimientos técnicos y del desequilibrio intelectual hombre-mujer tal como se expresa en sus propias palabras: *"Las mujeres anhelan una educación que les enseñe las reglas de la mente humana y cómo aplicarlas"*. Sin embargo, y a pesar de lo avanzado de su pensamiento, establece y mantiene una conexión importante entre lo científico y lo religioso, no permitiendo desligar ambos elementos. La influencia de esta fue tal que desde fines del siglo XIX se configura un estilo de pensamiento conocido como "patrones nightingelianos", en los que la rigidez de la disciplina y la obediencia a la jerarquía fueron el centro de la construcción del pensamiento en enfermería.¹²

Esta sujeción de las enfermeras a la autoridad masculina médica se reforzará a lo largo de gran parte del siglo XX, en donde la formación y el ejercicio de las enfermeras en el ámbito hospitalario seguirán estando por mucho tiempo profundamente marcados por la influencia de los valores morales y religiosos. Ello comenzaría a cambiar lentamente, cuando muchas enfermeras a mediados del siglo XX se dan cuenta de que están perdiendo su identidad e intenten independizarse de su ligazón histórica hacia otras disciplinas, para lo cual irán a la busca de diversas fuentes de conocimiento, medios de vida y profesiones. Como consecuencia

¹¹ Citado en *ibíd.*, pág. 115.

¹² Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *op. Cit*15.

de lo anterior, comienzan a surgir enfermeras investigadoras y formadoras de nuevas generaciones, en cuya enseñanza se contemplan el método científico y las técnicas de investigación. Sin embargo, aún persiste el oscuro legado histórico de la sumisión, definición avalada muchas veces por la falta de un contenido profesional definido, actitudes y enseñanzas en la propia profesión.¹³

II. Identidad profesional en la enfermería actual

Este largo recorrido histórico en la transformación de los cuidados devino en la aparición de un perfil de enfermera empoderada y capaz de demostrar su insatisfacción en torno diversos aspectos de la profesión. De esta manera, y gracias a la consciencia de su rol clave en el sistema de salud, han surgido reclamos más visibles en las últimas décadas sobre aspectos técnicos, intelectuales, el principio de igualdad de remuneración, las condiciones de trabajo, la formación profesional, el riesgo laboral y la dependencia médica, entre otros. Esta toma de posición y visualización ha conformado una nueva identidad profesional, cuyos componentes, de acuerdo a Torres y Sanhueza, son cuatro: *conocimiento, identidad, autoimagen, autoconcepto*.¹⁴

Comencemos por el primero de ellos, el *conocimiento*. En cuanto a este aspecto, la enfermera de hoy posee una sólida preparación, competencias que le permiten sobresalir en cualquier ámbito laboral, pero sigue coartada por su legado histórico vocacional. En su representación mental de autoconcepto mantiene una doble filiación, la primera relacionada con la capacidad de sentido crítico y reflexión y, la segunda, con la autoaceptación. Acerca del segundo componente, la *identidad* en sí misma, es decir, la autopercepción de los profesionales y su proyección hacia el afuera, podemos afirmar tal como se ha visto en el apartado anterior, que esta es un constructo sociocultural, y en su

¹³Shubert, Vania, "El legado histórico del modelo Nightingale: su estilo de pensamiento y su praxis", *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.52, no.2 Brasília, Abril/Junio 1999.

¹⁴ Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *op. Cit.*

desarrollo la comprensión del rol social de la profesión es básica. Como en todas las profesiones, los límites de las respectivas esferas de competencia no son siempre totalmente claros; existen áreas grises en los límites.

Es por ello que son claves los componentes tercero y cuarto en la identidad: la *autoimagen* y el *autoconcepto*. Es necesario reforzarlos, ya que la enfermera ha formado parte del "paternalismo médico" hacia el paciente y el medio que la rodea, pudiendo ser "arrastrada" por el corporativismo y asociativismo del medio. De esta manera, a partir de la consciencia las enfermeras más ligadas a la percepción tradicional de su rol deben superar el miedo a expresar sus puntos de vista. Para ello es necesario repensar en qué contexto sociocultural se realiza la elección de profesión, ya que la decisión de ser enfermera hoy en día constituye sólo una opción por no tener una mejor perspectiva de vida. La elección equivocada de la profesión o las malas condiciones económicas y laborales determinan en ocasiones una existencia problemática, ya que la enfermera no vive de acuerdo con su misión interna, no se realiza. Como resultado de ello, vive frustrada y realiza un trabajo rutinario, persistiendo aún las relaciones de subordinación frente a la profesión médica, una escasa autonomía técnica y una falta de definición como disciplina con funciones independientes, aspectos que se relacionan con el desarrollo de la autoestima de la profesión¹⁵.

Sin embargo, durante los últimos años ha habido una transformación ideológica en la profesión, donde enfermeras convencidas de su identidad han realizado aportes filosóficos y teóricos conformando un referente teórico sobre el rol de la enfermera/o. Muchas fueron las teóricas que han influido en el desarrollo de la enfermería, en nuestro caso tomamos especial atención a la concepción que Martha Rogers tiene de la misma, quien sugiere que la práctica es la expresión de la forma como utilizamos el conocimiento de enfermería. De este modo, si enfermería es una ciencia, entonces ella tiene unos fenómenos propios sobre los cuales se debe desarrollar el conocimiento, y

¹⁵Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *op. Cit*

si tiene un cuerpo organizado de conocimientos el cual se utiliza en la práctica, el uso creativo de este conocimiento se manifiesta en el arte de la práctica de enfermería. La autora llama a superar entonces la visión predominante en muchas enfermeras de que la teoría es "una torre de marfil sin mayor utilidad", proponiendo una nueva analogía, la de pensar la construcción del conocimiento de la mano de la práctica para evitar la penumbra de la repetición y el estancamiento.¹⁶

III. Repensar la Práctica profesional

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE)¹⁷, como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Como ya se ha señalado, inicialmente la práctica de enfermería se desarrolló casi por imitación, junto a la enfermera experta. Rara vez se sistematizaba esa práctica y menos aún el conocimiento que le daba soporte, y las enfermeras podían cambiar información, pero ésta se enfocaba más en él cómo aplicarla. Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica.

Pero si partimos de la propuesta de Rogers, debemos reformular dicha concepción de la práctica profesional, aunando dos instancias hasta entonces separadas: teoría y trabajo técnico-profesional. El conocimiento del enfermero ha de extenderse a la investigación, herramienta sin la cual nuestro desarrollo disciplinario fácilmente se estancaría y la práctica se convertiría en el manejo arcaico de actividades derivadas de la tradición o en la repetición de actividades totalmente delegadas

¹⁶Duque Henao, Maria Alejandra, "Martha Elizabeth Rogers. Seres humanos unitarios", disponible en <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com.ar/2013/06/seres-humanos-unitarios.html>

¹⁷Zabalegui Adelaida, "El rol del profesional de enfermería", en *Aquichan- Yarnaz*, vol 3, n°3, octubre 2003, Universidad de la Sabana, Cundimarca Colombia.

por los médicos o los administradores, sin importar el grado de aplicación tecnológica que éstas conlleven.

En esta nueva forma de pensar la práctica, debe resaltarse el *rol colaborativo* que tienen los enfermeros con los médicos, ya que la realización de procedimientos técnicos, prescripciones terapéuticas y vigilancia de problemas y/o complicaciones, son tareas que exceden lo meramente mecánico o instrumental, ya que también provocan cambios en el objetivo del trabajo (el paciente). Es decir, proporcionan información a los médicos u otros profesionales del equipo de salud, y precisan de una elaboración e interpretación de información, que transmitida a quien da las ordenes (los médicos), les permite tomar decisiones; por ello, estas actividades enfermeras, constituyen una parte fundamental para la toma de decisiones y la atención al paciente. Además, los enfermeros realizan funciones como acompañar, convencer, consolar, etc. (consideradas "femeninas" o "domésticas"), y nunca quedan reflejadas, como si no tuvieran importancia, no fueran profesionales o no existieran. Según Carper, el conocimiento personal es tal vez el patrón más importante cuando se trata de entender el significado de salud en términos de bienestar.¹⁸ Si enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y la enfermera, no cabe duda de la necesidad de que la enfermera se conciba como un ser terapéutico y, por lo tanto, debe conocerse interiormente. En este sentido, la autora sostiene que la calidad de los contactos interpersonales influye en las personas enfermas o con problemas de salud a la hora de afrontar su situación y lograr mayor bienestar. Eso hace pensar que "el uso terapéutico de sí mismo" implica una relación en la cual se requiere conocerse y conocer al paciente porque el, ser se crea en relación con otros.¹⁹

En este sentido, y desde el punto de vista de la autora, las intervenciones de enfermería se pueden clasificar principalmente en cuatro categorías, que afrontan las demandas del cliente: 1)

¹⁸ Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *op. Cit.*

¹⁹ Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *op. Cit.*

cuidado; 2) competencia; 3) servicios de información y asistencia jurídica, y 4) conexión. El objetivo del cuidado debe ser promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente participar en su rehabilitación o promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones de su ambiente que sean perjudiciales. De esta manera, la enfermera, como cuidadora, participa activamente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, llevando a cabo medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevenir secuelas asegurando la continuidad del cuidado. Esta debe estar abierta a las necesidades del paciente y su familia, ser responsable, estar dedicada como profesional y permanecer dispuesta para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas. Su trabajo debe estar basado en la evidencia empírica existente.

Es así, que consideramos que el profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas eficaces. La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y enseñanza del sujeto de cuidado sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones. La enfermera es quien crea relaciones, mediante la empatía, negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos.

Para cerrar este capítulo, volvemos una vez a la convicción de que creemos que es importante definir la enfermería como una ciencia, en el sentido de adquisición de conocimientos mediante la observación y la experimentación, y la práctica basada en la evidencia científica. Asimismo, la enfermería es un arte y una filosofía, compatibles con la visión científica. En la actualidad, el modelo de cuidado es fundamentalmente biomédico, centrado en la enfermedad, y deja poco espacio para las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud.

Capítulo 2.

Los cuidados paliativos: definición, origen y requisitos profesionales

El trabajo central de la enfermera es "el cuidar", que implica varias cuestiones. "Por un lado, significa poner al cuerpo en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe; y por el otro, también significa ayudar o sustituir a la persona para que recupere la independencia perdida a causa de una alteración en la salud, o en un determinado ciclo vital (infancia, vejez), y que la persona no puede superar por falta de fuerza, voluntad o conocimientos. Por tanto, podemos pensar que *cuidar* es ayudar, sustituir, convencer y enseñar a superar la enfermedad o aprender a vivir con ella lo mejor posible".²⁰

En las siguientes páginas queremos indagar de manera específica en este aspecto de la enfermería, y en especial en los cuidados paliativos, ya que como referíamos en la introducción, pensamos que fue desde esta área que el *reiki* comenzó a implementarse en las instituciones de salud. Para cubrir este tema, hemos organizado el presente capítulo en cuatro partes, en las cuales hemos querido resolver estas preguntas:

¿Qué son los cuidados paliativos? ¿Quiénes son sus potenciales usuarios?

¿Cuándo surgen como cuerpo organizado de trabajo?

¿Cuál es su desarrollo en nuestro país?

¿Cuáles son las características que debe poseer el personal de enfermería en esta área?

²⁰Galvis López, Milena Alexandra, "Teorías y Modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica", *Revista CUIDARTE*, vol. 6, núm. 2, 2015, pp. 1108-1120 Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia.

I. Cuidados paliativos: definición y usuarios

Comencemos por desbrozar el sentido de la palabra *cuidados paliativos*. Etimológicamente, su probable origen es la palabra latina *pallium*, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento, mientras que en castellano refiere a paliar, aliviar, hacer dulce. Como subespecialidad médica, estos son integrados de manera oficial en 1980, cuando la OMS promovió el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer²¹. Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales. La primera de estas entiende por ellas como el:

"cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos".²²

De esta manera, el Cuidado Paliativo es un concepto amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, integrado por médicos y otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, representantes de la pastoral y voluntarios. Son objeto de esta intervención toda persona, niña o adulta, que padezca una enfermedad crónica, debilitante o amenazante que no responda a un tratamiento curativo, la cual tenga síntomas que producen sufrimiento, tanto físicos (dolor, falta de aire, falta de apetito, etc.) como psicológicos (depresión, ansiedad, insomnio) y/o espirituales. Pueden citarse como ejemplos el EPOC, enfermedades neurológicas degenerativas, enfermedad renal, cardíaca o hepática avanzada, cáncer, HIV/SIDA, edad avanzada, entre otras.

²¹ Ibid 19

²² Cita extraída de "¿Qué son los cuidados paliativos?, <http://www.fundacionpaliar.org.ar/que-son-los-cuidados-paliativos/> Dra Paula Aresca de Paliar

Varios son los principios médicos que han de respetarse con los cuidados paliativos. Hay que saber que la unidad a tratar está compuesta por el Enfermo y su Familia, y que el plan de tratamiento no sólo ha de incluir el tratamiento estrictamente orgánico, sino que implica toda una dimensión psicológica. De esta manera, este tipo de cuidado se caracteriza por considerar todas las dimensiones del paciente y familia, utilizándose evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento del distrés físico, psicológico, social y espiritual.²³

II. Una historia de los Cuidados Paliativos

Para comprender el desenvolvimiento histórico de esta clase de cuidados, es necesario incluir en el análisis a los espacios dedicados a ellos, es decir, a los hospitales. En la Antigüedad romana, la palabra latina *hospitium* significaba el sentimiento cálido experimentado por el huésped y anfitrión, para luego con el paso del tiempo adquirir la connotación del lugar físico donde este sentimiento se experimentaba. Fue a partir de la Edad Media, con el aumento de los peregrinajes religiosos, que los hospicios ganarían una significación más parecida a la actual, ya que además de lugar de acogida de los viajeros estos se fueron encargando de funciones de cuidado de aquellos que llegaban allí enfermos, cuando no moribundos.

Pero es la Edad Contemporánea que el término hospicio se consolida en vinculación con el cuidado a los moribundos, cuando en 1842 Mme Jeanne Garnier fundó en Francia los llamados Hospicios o Calvarios, y posteriormente en 1879 aparecen OurLady's Hospice en Dublin y en 1905 StJoseph's Hospice en Londres, ambos fueron fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas. En el siglo XX, el "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se le atribuye al londinense StChristopher's Hospice, en donde los resultados obtenidos lograron demostrar que un buen

²³ "Principios de los cuidados paliativos", <http://www.fundacionpaliar.org.ar/principios-de-los-cuidados-paliativos/> Dra. Laura Aresca Paliar

control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual contribuían a la mejoría de los pacientes. Fundado en 1967 por Dame Cicel y Saunders, este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes con enfermedades avanzadas e incurables, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo.²⁴

Esta institución sería clave en el desarrollo de los cuidados paliativos modernos. Cabe destacar que esta área no siempre tuvo una relación amena con las formas de cuidado "tradicionales" brindadas por la medicina alopática. Los Cuidados Paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica, a la cual reprochaba su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés en el paciente que la padece. Sin embargo, y tras la creación del St. Christopher Hospice, estos han crecido hasta ser finalmente aceptados por los centros académicos mundiales, expandiéndose la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr una cada vez mayor cobertura económica y asistencial y sucesivas transformaciones en los servicios brindados. De esta manera, mientras que en la década de los 70 dominaba una modalidad de trabajo centrada en la atención de tipo hospice institucional, en los 80's se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria.

Los dos siguientes países en donde se consolidaron los cuidados paliativos fueron Canadá y Estados Unidos en la década del setenta. En el segundo de ellos, a mediados de los años ochenta el servicio público de salud Medicare reconocería a los Cuidados Paliativos dentro de las atenciones médicas a cubrir en el área domiciliaria, siendo pionero este país en la incorporación de pacientes no oncológicos a la atención. A mediados de los ochenta, se sumarían a la lista Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia, y más cerca en el tiempo algunos países de América Latina, entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile.

²⁴ "Historia de los cuidados paliativos", <http://www.fundacionpaliar.org.ar/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

Si observamos globalmente, actualmente existen alrededor de 8000 servicios de Cuidados Paliativos en el mundo, en aproximadamente 100 países diferentes, los cuales incluyen: Unidades móviles de apoyo intrahospitalario, Unidades de Cuidados Paliativos intrahospitalarias, Casas de Cuidados Paliativos (hospices), Hospitales de día, Equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario.²⁵

Además de las razones éticas ligadas al cuidado de los seres en el final de su vida, los cuidados paliativos han crecido en los últimos años debido a una serie de fenómenos propios de la vida moderna capitalista. Los avances en medicina, la creciente urbanización, la industrialización y los cambios en los estilos de vida, han producido un aumento en las expectativas de vida de la población, resultando en un perfil sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Por otra parte, las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial (fuente OMS). Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

De esta manera, una necesidad urgente de nuestros tiempos es la de hacer frente a un número creciente de adultos de edades avanzadas, que padecen y morirán de enfermedades crónicas las que se asocian a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para sus seres queridos.

III. Los cuidados paliativos en Argentina

En Argentina, las primeras iniciativas individuales y aisladas vinculadas a los cuidados paliativos surgen a mediados de la década del 80, cuando inició en Buenos Aires el primer Programa de Cuidados paliativos, siguiendo los lineamientos de la OMS. Durante la misma época, en marzo de 1985, en la ciudad de San Nicolás, el Dr. Roberto Wenk trabajando especialmente con

²⁵*Ibid.*

voluntarios de LALCEC, creó el denominado Programa Argentino de Medicina Paliativa. La base fundamental de ese Programa fue la docencia y el cuidado paliativo domiciliario, siguiendo las normas de la OMS. En septiembre de 1986 se realizó en la Academia Nacional de Medicina en Buenos Aires la Primera Conferencia Internacional sobre Hospice y Cuidados Paliativos. A partir de aquí fueron surgiendo equipos en las principales ciudades del país y comenzaron a crearse servicios de cuidados paliativos en los hospitales dependientes de la Universidad de Buenos Aires, así como en diferentes hospitales de la ciudad de Buenos Aires y del interior del país.

De acuerdo a la Fundación Paliar (nacida en 1994), en el año 2000 y después de largas gestiones se llega a la firma de un convenio de colaboración recíproca entre el Ministerio de Salud y la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP), y se redactan de las Normas de Organización y Funcionamiento de los Cuidados Paliativos, aprobadas por Resolución 934/2001 del Ministerio de Salud de la Nación, incorporándose la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica e iniciando el proceso de categorización de servicios. Las mismas, bajo la nueva denominación de directrices, fueron actualizadas a fines del 2011 con la participación de expertos convocados por las autoridades del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica del MSN.²⁶

IV. Las características de la atención en cuidados paliativos

Como hemos señalado, los cuidados paliativos no sólo han de cubrir el aspecto físico, sino el emocional y psicológico de los pacientes. En cuanto a la dimensión física, deben enfrentarse una serie de síntomas derivados directamente de la enfermedad o de los tratamientos representan el mayor desafío a enfrentar, tales como el dolor, disnea, anorexia, delirio, constipación, insomnio,

²⁶ "Cuidados paliativos en Argentina", en <http://www.fundacionpaliar.org.ar/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

entre otras. En cuanto a lo psicosocial, la enfermedad avanzada muchas veces genera en los pacientes una sensación de amenaza e indefensión, que estaría causada por la perspectiva de encontrarse ante una situación desconocida, incontrolable y en progresión, donde se presiente que la experiencia sobrepasa los propios recursos de afrontamiento. La persona que está muriendo se encuentra perdiendo todo a la vez y la anticipación de esta pérdida puede ser desbordante, acompañándose de sentimientos intensos de rabia, dolor, tristeza, desesperanza y angustia, entre otros. Entre las principales preocupaciones del enfermo está el problema que supone su enfermedad para los demás miembros de la familia.²⁷

Los profesionales de la salud abocados a esta área deben desarrollar habilidades específicas para manejar el dolor y otros síntomas, así como para apoyar psicológica y espiritualmente al paciente y su red de apoyo.

En función de estas necesidades que requieren los usuarios de cuidados paliativos, la Fundación Paliar²⁸ realiza una serie de sugerencias que nos parecen muy pertinentes, dar a conocer:

- Una "buena" comunicación tanto con el paciente y sus familiares como con todo el personal involucrado en el cuidado de los mismos.
- Se debe garantizar la continuidad en el cuidado del paciente independiente del lugar en donde se encuentre.

²⁷ "Cuidados paliativos en Argentina", en <http://www.fundacionpaliar.org.ar/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

²⁸ "Principios de los cuidados paliativos", en <http://www.fundacionpaliar.org.ar/principios-de-los-cuidados-paliativos/>

Capítulo 3.

El reiki en las instituciones de salud alopáticas

Ahora que ya hemos revisado el significado de la enfermería y de los cuidados paliativos, nos gustaría iniciar el desarrollo de nuestro objetivo principal de esta tesina, la relación entre una práctica de MTC (medicina tradicional complementaria) muy extendida, el *reiki*, y las instituciones de salud alopáticas. Para ello, primero indagaremos en el debate sobre las concepciones de salud "tradicional" (entendiendo por ella a la académica) y las heterodoxas (es decir, las ubicadas por fuera de esa norma). Luego, nos focalizaremos en el *reiki*, su significación, historia y práctica, para, finalmente, relevar el desarrollo de esta técnica de salud en los hospitales y demás espacios de salud oficiales tanto de nuestro país como del resto del mundo.

I. ¿Terapias complementarias o alternativas? Definiciones y debates

Dentro del imaginario popular, es usual encontrar la división entre saber médico de origen académico y saber milenario, el cual incluye prácticas curativas por fuera de los saberes formales y legitimados por las instituciones modernas. Este modo, el pensamiento occidental ubica y homologa fuera de la norma de la medicina alopática a prácticas de orígenes muy dispares que en muchos casos son milenarias y muchas de ellas provenientes de culturas ancestrales."²⁹ Si bien existe un amplio abanico, podemos citar entre ellas la, Aromaterapia, Ayurveda, Campos Electromagnético, Homeopatía, Masaje, Medicina China Tradicional, (acupuntura, *Chi-Gong*, Naturopatía), Osteopatía, Quiropráctica, *Reiki*, etc.).

²⁹Francisco Rojas Ochoa, Luis Carlos Silva Ayçaguer, Félix José SansóSoberats, Patricia Alonso Galbán, "El debate sobre la Medicina Natural y Tradicional y sus implicaciones para la salud pública", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol.39, no.1, La Habana, ene.-mar. 2013.

Dicha dicotomía ha recibido diversos nombres, pero siempre reproduciendo la "grieta" entre saberes, a saber: medicina tradicional/natural, medicina alopática/alternativa, medicina alopática/complementaria, etc.³⁰ Como hemos señalado en la introducción, nos interesa indagar en las tensiones entre medicina alopática y las otras dos concepciones que usualmente son utilizadas como sinónimas entre sí: alternativa y complementaria. ¿A que nos referimos cuando hablamos de terapias complementarias o alternativas? ¿Hablamos de lo mismo, o son cosas diferentes?

Para disipar este interrogante indagaremos en cada uno de estos términos a partir de su etiología. Entre varias acepciones, la palabra "alternativo" significa: "*Capaz de alternar con función igual o semejante (...) que difiere de los modelos oficiales comúnmente aceptados. (...) Efecto de alternar (sucederse unas cosas a otras recíproca y repetidamente.*"³¹ De este modo, y en este último sentido, "alternativo" no solo se refiere a la elección entre dos o más opciones, sino que también habla de *intercalar* entre una y otra cosa, *intercalar*, *alternar*, *pasar de uno a otro*, *indiferentemente de lo que cada opción refiera*. Pasemos ahora a la definición de "complementario", concepto que proviene del término latín *complementum* y significa "*lo que se agrega para completar (hacer íntegro) algo*". *Un complemento es una cosa, cualidad o circunstancia que se añade a otra y la completa o mejora*".³²

Que significativo es, en el contexto de esta investigación, a lo que nos invitan estas palabras al ser vistas desde estas acepciones, ya que "complementar" nos sugiere el completar, llenar, unirse a otra cosa para mejorarla. Lo que en el caso de una terapia complementaria se traduce en unir las aristas de un triángulo representado usualmente por la discusión entre medicina alopática, terapias complementarias y terapias alternativas. De esta manera, se mejora aquello que se busca complementar sin

³⁰María Evelyn Viorel Viscarra y José Antonio Viruez Soto, "¿Medicina científica vs. Medicina alternativa?", *SCientífica*, v.4, n.4, La Paz, 2006.

³¹ "Alternativo", *Diccionario de la Real Academia Española*, <http://dle.rae.es/?id=26t91cH>. Acceso a la página 06/05/2016.

³² "Complementario", *Diccionario Actual*, <http://quees.la/complementario/>. Acceso a la Página 06/05/2016.

sustituir ni reemplazar sus partes, potenciándolas individualmente a partir de la unión. De esta manera, proponemos aquí una mirada superadora de estas tensiones, por lo que en lugar de tener que escoger entre un término u otro, preferimos seguir la indicación citada por la OMS en la introducción y hablar de Medicina Tradicional y Complementaria (MTC), abarcando de esta manera *productos, prácticas y profesionales* que difieren de los modelos oficiales comúnmente aceptados, para completar y mejorar. Este abordaje de la salud respeta sin embargo la diversidad en su seno, subdividiéndolo la OMS de la siguiente manera:

- o *Medicinas con hierbas*: medicina tradicional china, ayurveda, naturopatía, homeopatía, entre otras.
- o *Acupuntura/acupresión*: acupuntura, reflexología, osteopatía.
- o *Terapias manuales*: Tuina, ayurveda, shiatsuunani.
- o *Terapias espirituales*: medicina china, ayurveda, unani, naturopatía, meditación, reiki.
- o *Ejercicios*: Yoga, relajación, Qui-Gong.

La integración de estas técnicas nos lleva a ampliar la definición tradicional de "salud" de la OMS,³³ ya que el ser humano es abordado como un todo, es decir, como un ser bio-psico social donde todo intercede en la salud, en especial lo emocional. En los últimos años ha crecido la bibliografía que señala la incidencia de los desequilibrios emocionales y de los estados de miedo, tristeza, ira u odio en la calidad de vida de las personas, convirtiéndose estos en los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales. Esto ha sido denominado conexión mente y cuerpo, la cual podría resumirse en la siguiente frase: "el cuerpo responde a la manera en que se piensa, siente y actúa". En este sentido, cabe destacar la labor del Dr. Bruce Lipton, quien posee un doctorado en biología celular, y que plantea con fuerza su visión sobre la energía vital del ser humano. El doctor Lipton explicó que

³³ De acuerdo a esta organización, la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". OMS, "Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud", 22 de julio de 1946, Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, ingreso en 30/05/2016.

"nos han hecho creer que el cuerpo es una máquina bioquímica controlada por genes sobre los que no podemos ejercer ninguna autoridad (...) Eso implica que somos víctimas de una situación. No elegimos estos genes, los recibimos al nacer y ellos programan lo que sucederá (...) los genes no lo controlan todo, es el ambiente. El ser humano es el que controla, dependiendo de cómo lee el ambiente, de cómo su mente lo percibe. La conclusión es que no estamos limitados por nuestros genes, sino por nuestra percepción y nuestras creencias (...) Si miras dentro del átomo, hay electrones, protones, neutrones. ¿Y qué hay dentro? Energía. La ciencia más reciente indica que el cuerpo responde a la física cuántica, no a la newtoniana. La mente es energía. Cuando piensas transmites energía, y los pensamientos son más poderosos que la química (...)".³⁴

Partiendo de esta descripción realizada por Lipton, el *reiki* aplicaría tranquilamente como una práctica energética, tal como desarrollaremos a continuación.

II. Reiki: definición e historia

La palabra *reiki*, proviene del sánscrito y significa *rei* (energía universal) y *ki* (energía vital), y es una técnica de origen japonés de canalización y transmisión de energía a través de la imposición de manos, que se utiliza para obtener paz y equilibrio. Sus partidarios sostienen que, a diferencia de la medicina alópata, que se centra en el cuerpo únicamente, el *reiki* actúa en los niveles físico (mejoría en dolencias, lesiones, metabolismo), emocional (problemas sentimentales, agresividad, infelicidad), mental (hábitos dañinos, estrés, insomnio), y espiritual (genera armonía, paz, equilibrio)³⁵.

¿Cómo y cuándo se originó esta técnica? En todas las versiones existentes, siempre se repite un mismo nombre: Mikao Usui, quien tras veintiún días de ayuno y meditación hacia 1922, tuvo una revelación donde se le presentan los símbolos y le son

³⁴ "La revolucionaria teoría de Bruce Lipton", <http://www.guioteca.com/fenomenos-paranormales/la-revolucionaria-teoria-de-bruce-lipton-cientifico-afirma-que-pensamientos-curan-mas-que-los-remedios/>, acceso en 17/07/2016.

³⁵OMS (2013), "Estrategias sobre medicina tradicional 2014-2023", disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>,

otorgados los cinco principios de la filosofía.³⁶ A partir de este hecho, comenzó a realizar sanaciones de diversos tipos por todo Japón, hasta que funda en Tokio la Usui Reiki Ryoho Gakkai" o "Sociedad de Usui para Sanación a través del Reiki", en donde formó a miles de estudiantes y a 16 maestros.

Sin embargo, el eje de un largo debate entre los reikistas es la adscripción religiosa de Usui y la forma en este llegó a encontrarse con los símbolos y la filosofía del *reiki*: mientras unos enfatizan en los orígenes cristianos, otros señalan las raíces budistas de esta práctica. Comencemos por los primeros, quienes señalan que Usui era director de un seminario cristiano en Kyoto, Japón.³⁷ Al no poder responder la pregunta de uno de los discípulos sobre los métodos de sanación utilizados por Jesucristo, decide renunciar a su cargo y profundizar sus estudios en Estados Unidos, en donde se graduó como Doctor en Teología en la Universidad de Chicago. Sin embargo, allí no se detuvo su investigación, al no haber encontrado respuestas satisfactorias en las escrituras cristianas, viajó al norte de la India, y se dedica al estudio de los textos sagrados de los sutras budistas. De regreso en Japón, se instala en un monasterio cristiano de Kyoto y, después de haber debatido con su abad, se dirigió a la montaña sagrada de Kurama o Kory-Yama, situada a unos veinticinco kilómetros de distancia, en donde tuvo la revelación que referíamos líneas atrás. La segunda teoría aporta datos quizás más fehacientes sobre la historia de Usui, quien en este relato nació en Kyoto el 15 de agosto de 1865. De religión budista, practicó de niño *Kiko*, una versión japonesa del *Tai Chi* que se enfoca en el movimiento de energía, o *Ki*, y en la que algunos practicantes podían sanar usando las manos. Usui redescubre y reformula esta técnica de transmisión de energía a través de la

³⁶<http://reikiunificado.com/reiki/historia-del-reiki/> Extracto del libro "Reiki, Historia y Evolución." Alejandro Tébar Ochoa.

³⁷ A pesar de lo improbable que nos parezca la existencia de un monasterio cristiano en el Japón de principios del siglo XX, ello no quita que podría haber sido verdad: desde el siglo XVIII los religiosos católicos (y en especial los jesuitas) tuvieron un gran desarrollo misional en el Japón y China. <https://lahistoriaheredada.com/el-cristianismo-en-japon-expansion-persecucion-y-ostracismo/>

imposición de manos, tras lo cual se muda a Tokio y abre su clínica en 1922.

Más allá de las diferencias en el mito de los orígenes, ¿qué pasó con el *reiki* tras la muerte de su canalizador moderno? De los 16 maestros formados por él, sobresalieron dos, Juzaburo Ushida y Chujiro Hayashi: mientras que el primero continuó al frente del "Usui Reiki Ryoho Gakkai" después de la muerte del Usui. El segundo fundó su propia asociación, de la cual se desprende la rama de *reiki* más popular en la actualidad en todo el mundo. El puente entre Oriente y Occidente sería a través de una mujer, Hawayo Takata, nacida en Hawai en 1900 de padres japoneses. En 1935, durante una visita familiar a Japón, fue ingresada en la clínica del Dr. Hayashi por su mal estado de salud, en donde después de 4 meses de tratamiento se recuperó completamente y decide aprender *Reiki* y trabajar allí. Reinstala en Hawai, Takata fundó dos clínicas en Hawai y más tarde viajó por los Estados Unidos para enseñar la técnica, iniciando un total de 22 Maestros de *Reiki* antes de su muerte en 1980. Además de divulgar la técnica en Occidente, esta figura es clave porque su forma de enseñanza era diferente de la de Usui, ya que para hacerlo más comprensible excluyó ejercicios que el Dr. Usui había desarrollado. Después de su muerte en 1980, nuevas escuelas aparecieron entre sus discípulos norteamericanos, como el *Reiki Radiante*, el *Sistema Usui tibetano de Reiki*, *RakuKei*, *Karuna*, *Reiki del Arco Iris*, *Reiki del Tiempo Dorado*, *ReikiJin-Kei-Do*, *Seichim*, *Saku Reiki*, *Reiki de la Estrella Azul*, *Reiki Plus*, entre muchas otras. En el Anexo 1 puede encontrarse un detalle de los principales linajes existentes. Si bien varían las formas de aplicación, todas guardan la base de las enseñanzas de Usui: la imposición de las manos y la transición de la energía³⁸.

III. El reiki como terapia: funcionamientos y grados

Ahora bien, ¿cómo es más específicamente la forma de trabajo del *reiki*? Como hemos referido, el *reikista* actúa como canalizador

³⁸ <https://reikiandorra.wordpress.com/reiki-la-historia-verdadera/>

de la energía universal (*rei*), y su objetivo es rearmonizar los planos físico, emocional, mental y espiritual que han enfermado. Si bien se dice que todos los seres vivos podemos canalizar energía sanadora, la novedad del *reiki* es que asegura al iniciado que los efluvios dirigidos a otros no son los propios, sino que estos provienen de la fuente universal.

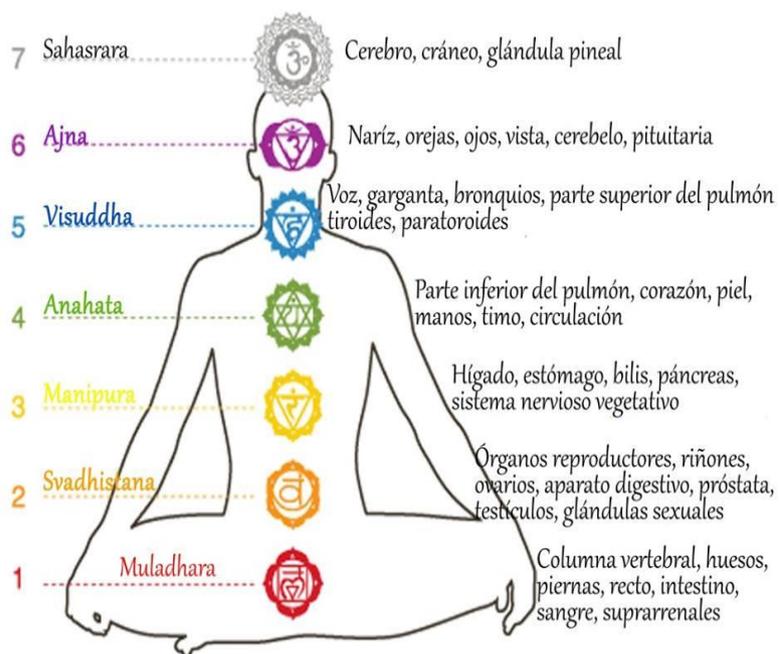
De este modo, el reikista es solo un intermediario, y éste no utiliza su propia energía para dar en servicio, por lo que no se agota nunca. La persona que ha recibido los alineamientos como terapeuta Reiki tiene abiertos los canales de la energía y despejadas todas las obstrucciones al paso de ésta. En estas condiciones, no sólo aumenta su captación de la energía vital o *ki*, mejorando su propio estado, sino que además participa en la fuente de *ki* universal, pudiéndoselo brindar a cualquier ser viviente, sea este humano, animal o planta. Sin embargo, cuando el *ki* se separa del organismo viviente, deja de funcionar y muere.

Para adquirir esta cualidad, el terapeuta debe recibir una iniciación específica, cuya función es formar y conectar al estudiante con la fuente primaria de la conciencia universal fuente de la vibración sutil de energía. El *reiki* es un sistema estructurado en tres niveles y una Maestría, cada uno de los cuales es independiente, y no es necesario para canalizar bien la energía hacer todos ellos. En el Nivel I se canaliza la energía a nivel físico, ayudando a tratar problemas emocionales y físicos, necesitando únicamente para ponerse en contacto con el *ki* posicionar sus manos sobre sí mismo o sobre otra persona para que la energía empiece a fluir de manera automática. En el en Nivel II, mientras tanto, se trabaja a niveles más profundos (mentales y emocionales), ya que aumenta de forma considerable la capacidad para canalizar energía sanadora mediante el aprendizaje de los símbolos Reiki, pudiéndose además enviar energía a alguien que no esté físicamente presente. Finalmente, en el Nivel III las problemáticas abordadas son espirituales, mientras que la Maestría es el grado necesario para transmitir la enseñanza a otras personas.

De esta manera, podríamos sintetizar las cuatro características que definen este sistema de sanación así:

1. Se canaliza la energía después de recibir una alineación o iniciación.
2. La técnica se pasa de profesor a alumno a través de una alineación o iniciación.
3. La energía va donde la persona necesita, pero no está dirigida por la mente.
4. La energía no puede causar daño.

Una vez emanada la energía universal desde el reikista, ¿cómo opera ésta en el paciente? Este método se basa en la creencia hinduista sobre los *Chakras* (en sánscrito círculo o disco), en la cual el las enfermedades y trastornos se deben al mal funcionamiento o bloqueo de uno o varios de estos centros energéticos distribuidos en el cuerpo. Si bien para la tradición médica hindú (el ayurveda y el yoga) los seres vivos cuentan con cientos "ríos de luz" en su organismo, los principales son siete y cada uno rige una parte distinta. Por cuestiones de espacio, las características y especificidades de cada uno de ellos serán desarrolladas en el Anexo 2, sin embargo podemos observar en la siguiente imagen su ubicación en el cuerpo:



Ubicación de los *chakras* en el cuerpo humano.

El terapeuta, a través de la técnica de imposición de manos, traspasa la energía al pacientea través de los siete *chacras*

principales. En la línea tradicional de *reiki*, el terapeuta debe seguir un protocolo de posturas, como se puede observar a continuación:



Posturas de mano en el tratamiento de reiki³⁹

IV. Reiki y cuidados hospitalarios: panorama internacional y nacional

El *reiki* comienza a ser utilizado en las instituciones de salud de la mano de los cuidados paliativos y de los pacientes oncológicos, con el fin de equilibrar y armonizar a los pacientes pre y post quimioterapias y para atenuar los síntomas de la misma. Desde antes del 2003 en EEUU, ya existían un buen número de Hospitales, Residencias de personas mayores, Centros de Salud, entre otros, que ofertaban *reiki* en su cartera de servicios para los pacientes, para el personal o para ambos tanto en forma de tratamiento como de enseñanza. En todos los programas se informaba de los beneficios de la misma que incluyen la reducción de la ansiedad, la disminución del consumo de fármacos analgésicos, aumento del grado de satisfacción en los pacientes quirúrgicos, la disminución de las complicaciones que aparecen en las personas mayores tales como la depresión, la soledad, el insomnio y el dolor aunque no estén institucionalizados. Los centros que acogían programas de *reiki* eran de varios tipos: Medicina General, centros

³⁹ Imagen extraída de <http://www.natalieberthold.com/reiki-hand-positions/>

para enfermos VIH/SIDA, Centros oncológicos, Centros Quirúrgicos, Centros Geriátricos, Cuidados Paliativos y Programas comunitarios.

De este modo, son muchos los países de occidente que han incorporado reiki en sus hospitales en otros son reconocidos por las prestadoras de salud, entre ellos están EEUU, Alemania, Inglaterra, Canadá, España, entre muchos otros más. Todos estos lugares ofrecen reiki a sus pacientes, lo reconocen y avalan. Ahora bien, ¿cuál es la situación del reiki en las instituciones de salud de nuestro país? Para comenzar, podemos citar el ejemplo de Bariloche, en donde fue prescripto por primera vez una sesión de *reiki* como complemento del tratamiento médico convencional o alopático.⁴⁰ A su vez, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existe una agrupación, denominada "Reiki al servicio", que lleva más de 6 años desarrollando de manera voluntaria terapia de reiki, primero a pacientes oncológicos y luego a personas con artritis, adultos mayores en hogares, ampliando su radio de acción al Conurbano y localidades de la provincia. Esta asociación de voluntarios incluso ha realizado labores de manera permanente en el hospital Torneau, en donde los médicos recetan las sesiones de *reiki* a sus pacientes como parte de la terapia en el tratamiento de medicina del dolor.

Miembros de esta última experiencia publicaron en 2013 un informe sobre el alcance de esta práctica, en el cual se trabajó con una muestra 39 personas en un rango de edad desde los 30 años a los 93 que se trataron en el Hospital Torneau. A partir de datos relevados de historias clínicas y fichas de sesiones de *reiki*, durante catorce meses se realizó una investigación que consistía en la realización de una cantidad mínima de 4 sesiones con una duración de 10 a 15 min, con dos reikistas a cargo. Dentro de los resultados se observó disminución del dolor, mengua del consumo de analgésicos y de sedantes, descenso concurrencia a medicina del dolor, disminución de la queja dolorosa, ansiedad, estrés y

⁴⁰"La primera receta médica en prescribir Reiki a un paciente se extiende en las redes sociales como un documento histórico", disponible en <http://www.tunuevainformacion.com/salud-integral/444-la-primera-receta-medica-en-prescribir-reiki-a-un-paciente-se-extiende-en-las-redes-sociales-como-un-documento-historico.html>

angustia. A su vez, se encontró que la tasa de personas que tomaron el curso de reiki para realizar autotratamiento no era tan significativa.⁴¹

Para ampliar el conocimiento sobre esta experiencia de "Reiki al servicio", realizamos en diciembre de 2016 una entrevista telefónica a su coordinadora, Adriana Ginatto, en la que ella nos cuenta en primera persona, cómo se acercó a esta práctica, de qué manera fue recibida en los distintos hospitales, cuáles fueron las limitaciones que encontraron para llevar a cabo su tarea, cómo fue tomada la misma por el personal de salud y de qué manera tuvieron que trabajar para ser aceptados, en muchos casos se invitó a los trabajadores de salud a tomar sesiones de reiki para que supieran de que se trataba esta terapia complementaria para más tarde poder indicarla. A su vez nos narra cuáles son los beneficios que el *Reiki* trae para quienes lo practican y quienes lo reciben. También sostiene que la experiencia fue tan enriquecedora que redundó en la iniciación al reiki tanto de algunos de los enfermeros como incluso de pacientes recuperados. La desgravación de tal entrevista se encuentra en el "Anexo 6"

⁴¹Franco, Teresa, Ginatto, Adriana y Vietto, Hugo, "Reiki Aplicado al dolor crónico", *Jornadas científicas Hospital Torneau*, octubre 2013.

Capítulo 4.

Estudio de casos

Tras haber realizado en los capítulos previos un análisis de qué es y cómo se implementa el *reiki* en las instituciones de salud, es tiempo de que abordemos su implementación (si es que la hay) en los distintos centros de atención de nuestra ciudad.

¿Cómo y en qué espacios se forman estos profesionales?

*¿Qué tipo de relación establecen los enfermeros que aplican *reiki* con las jerarquías institucionales?*

¿Cómo son las relaciones entre este tipo de profesionales y sus pacientes?

*¿Y fundamentalmente cuáles son las formas en las que los profesionales enfermeros aplican *reiki* dentro de las instituciones de salud?*

Para ello, entre abril y junio de 2017 realizamos entrevistas semi estructuradas a cuarenta colegas que trabajan en diversos centros de salud de ésta ciudad, tanto públicos como privados; la selección de la muestra fue de manera aleatoria. A ellos se los interrogó para que nos puedan proporcionar sus ideas, opiniones o impresiones sobre la presencia del *reiki* dentro de la vida cotidiana de las instituciones de salud.

I. Metodología de las entrevistas

Para implementar la investigación, se recurrió al armado de una entrevista semiestructurada. Esta se implementó de la siguiente manera: por un lado, se le brindó una copia impresa al profesional, quien la iba llenando en nuestra presencia. Por el otro, y mientras este completaba el cuestionario, se registró la charla con un grabador en caso de que surgieran anécdotas o datos que pudieran llegar a enriquecer la entrevista. Claro está, antes los profesionales firmaron un consentimiento informado, el cual se adjunta en el Anexo 4. Como puede observarse a continuación, en el formato de la entrevista se combinó un listado fijo de

preguntas (con un orden y una redacción preestablecidos por nosotras) con espacios para que el profesional pueda expresarse y brindar su opinión de manera libre:

<u>Entrevista</u>					
Edad:		Genero:			
Institución:		Cargo:			
Antigüedad:		Fecha de			
entrevista:					
<u>Formación</u>					
1. Lugar e Institución de formación:					
Año de Ingreso:		Año de egreso:			
2. ¿Qué entiendes por terapias alternativas/complementarias?					
3. ¿Recibiste durante tu formación académica información sobre estas terapias? SI- NO					
En caso de si...esta fue:					
a) Como materia especifica					
b) Como parte de una unidad de una materia general					
c) Como un texto de una materia de otro tema					
d) Como una clase					
e) Otros					
<u>Terapias Alternativas y Complementarias</u>					
1. ¿Realizas alguna terapia holística?					
a) Yoga					
b) Rei-ki					
c) Tai-chi					
d) Otros					
2. ¿Escuchaste alguna vez hablar del Rei-ki? SI-NO					
Si contestas si... ¿Qué entiendes por ella?					
3. ¿Recibiste alguna vez Rei-ki? SI- NO					
En caso de si... ¿En qué circunstancia?					
4. ¿Cuál fue tu experiencia al respecto?					
5. ¿Estas iniciado en algún nivel de Rei-ki? ¿Cuál?					
6. En caso de si... ¿Cuánto hace?					
7. ¿Qué tipo de impacto piensas que ha tenido el Rei-ki en tu práctica profesional?					
8. ¿Aplicas/te el reiki en tu práctica profesional? ¿A quiénes? ¿Lo informas?					
9. ¿Cómo lo desarrollas en la institución en donde trabajas?					
	Médicos	Pares	Paciente	Superiores	Equipo de Salud
Aceptación					
Negación					
Desconocimiento					
10. ¿Te permitió generar un vínculo con el paciente?					
11. ¿En qué circunstancia se lo hizo? ¿Se lo repitió?					
12. ¿Cómo se lo comunico?					

Tal como se puede observar, se dividió el formulario en dos partes: la primera dedicada al registro de la formación; la

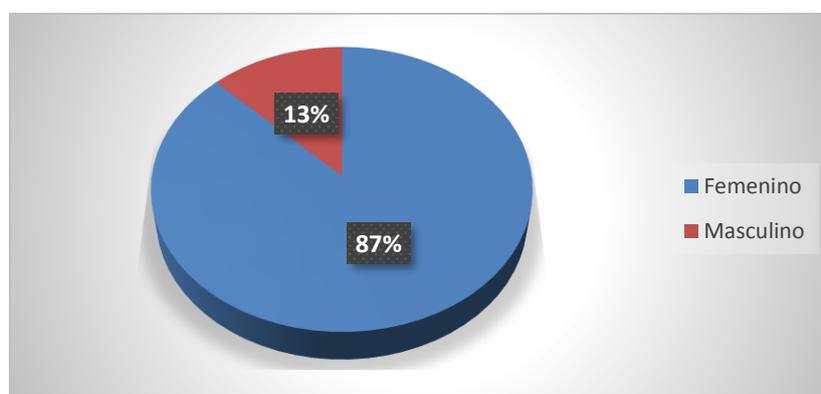
segunda, a su opinión y experiencia con las MTC, y más específicamente con el *reiki*, en su quehacer profesional. Para que se comprenda de manera más detallada la correlación metodológica entre las preguntas formuladas y las variables, dimensiones e indicadores, presentamos el siguiente cuadro:

Variable	Dimensión	Indicador	Pregunta del formulario
<i>Formación De Profesional</i>	Académica	¿Dónde y cuándo?	Formación. Ítem 1
		Si hubo información en el nivel académico sobre MTC	Formación. Ítem 3
	en <i>Reiki</i>	¿Dónde y cuándo?	Terapias Alternativas. Ítems 2, 3, 4, 5, 6.
		¿Por qué se formó en ellas?	Terapias Alternativas. Ítems 2, 3, 4.
<i>Relación en las Instituciones</i>	Entre pares	Nivel de aceptación de la práctica	Terapias Alternativas. Ítems 8 y 9.
		Comunicación de la práctica	
	Con los jefes	Aceptación	
		Indiferente	
		Impedimento	
Con otros miembros del equipo de salud	Aceptación/negación/Indiferencia		
<i>Relación con los pacientes</i>	Práctica con los pacientes	Recibe la información Acerca de la terapia	Terapias Alternativas. Ítems 10, 11, 12.
		Aplicación /recepción	

II. Perfil de la población estudiada

Como hemos indicado líneas más arriba, la muestra analizada fue de cuarenta enfermeros, pero antes de proceder al análisis de sus opiniones, es necesario conocer sus perfiles. En este sentido, a continuación, realizaremos una descripción de sus características, comenzado por su género, ítem en donde predominan de manera indiscutible las mujeres (87%) por sobre los hombres (13%):

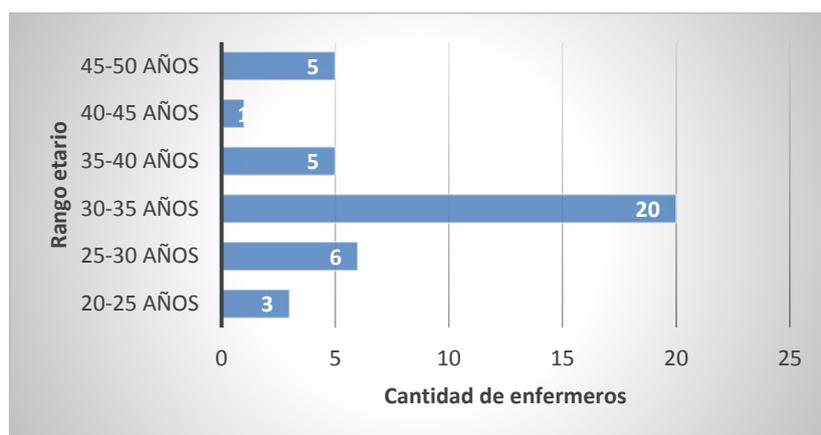
GRÁFICO 1. Género de los entrevistados.



FUENTE: *Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)*

Ahora bien, en cuanto al rango etario, se puede observar que éste ronda entre los 23 y 50 años, siendo mayoría las personas ubicadas entre los 30 y 35 años:

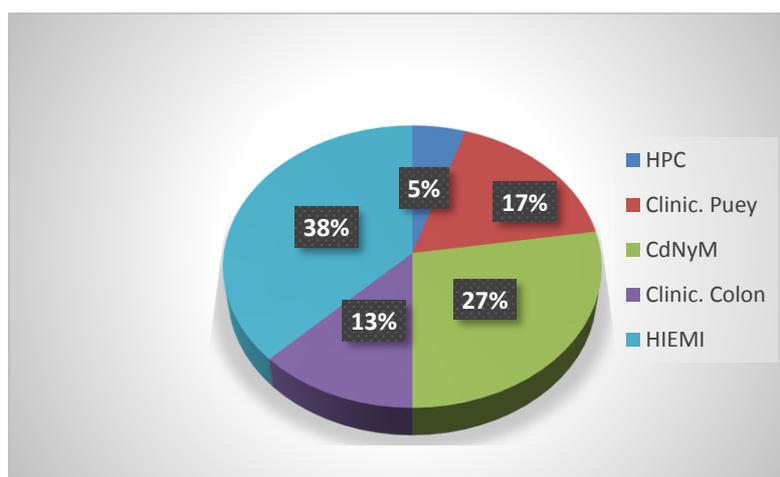
GRÁFICO 2: Rango de edad de los entrevistados.



FUENTE: *Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)*

Pasemos ahora a las instituciones de salud en las que se desempeñan estos profesionales, las cuales incluyen el Hospital Privado de la Comunidad (HPC), Clínica Pueyrredón, Clínica del Niño y la Madre (CdNyM), Clínica Colón y Hospital Interzonal Materno Infantil (HIEMI).

GRÁFICO 3: Instituciones a las que pertenecen las personas entrevistadas

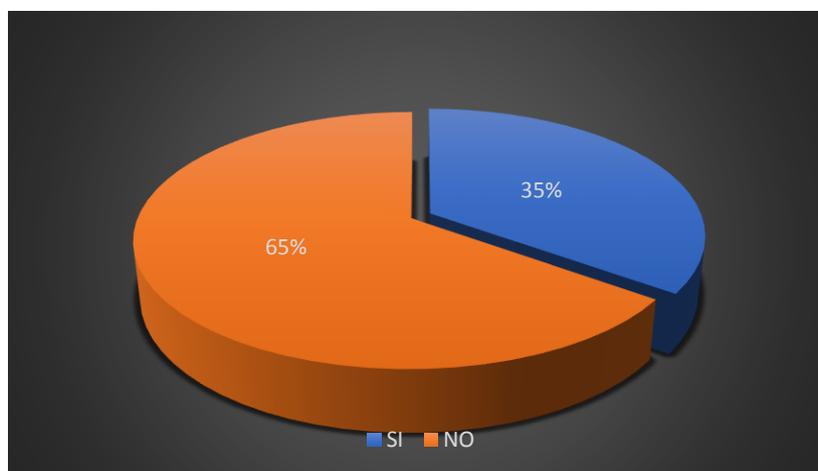


FUENTE: *Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)*

III. Formación de los entrevistados

A la hora de analizar los datos provistos por este apartado de la entrevista, reafirmamos nuestra suposición inicial acerca de la escasa o inexistente formación en terapias alternativas y complementarias en las carreras de enfermería de nuestro país, más específicamente las dictadas en nuestra ciudad. De los cuarenta entrevistados, 37 cursaron en instituciones públicas (25 en la UNMDP, 5 en HIEMI y 7 en el Hospital Regional) y 3 en privadas (2 en EPSA y 1 en Pinos de Anchorena). A pesar de la diversidad en tipo de gestión y trayecto de formación (en algunas más intensivos y exhaustivos), todos estos espacios de aprendizaje tienen en común la inexistencia de materias o materiales dedicados a la temática de otras formas de salud, ya que como puede observarse a continuación ante el ítem 3 del cuestionario "Recibiste durante tu formación académica información sobre estas terapias?"

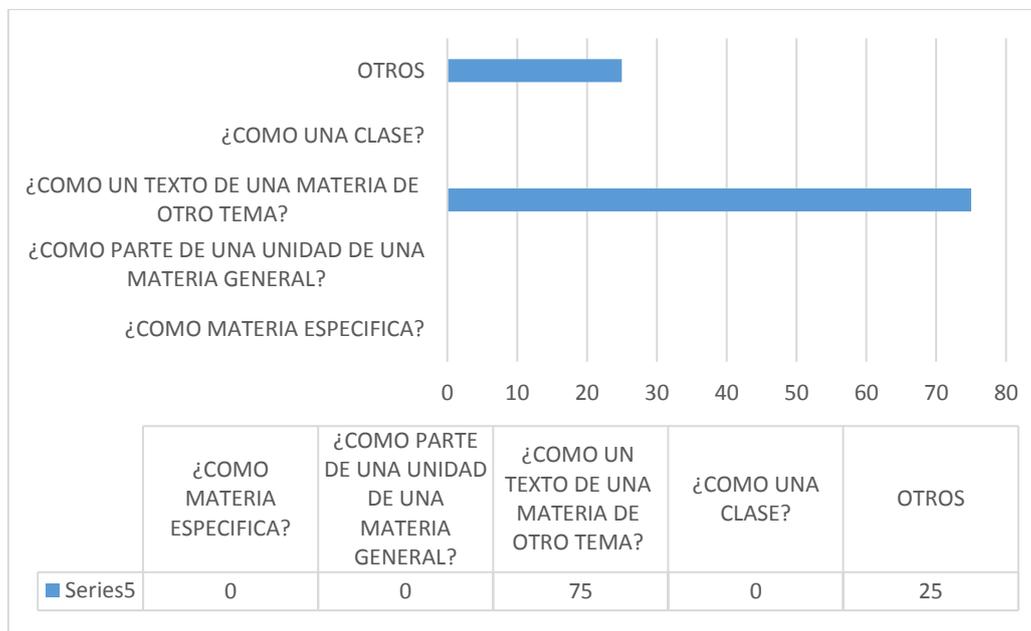
GRÁFICO 4: Recibió o no información sobre terapias energéticas durante su formación.



FUENTE: Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)

Entre los que afirmaron que recibieron información en las carreras de grado, un 75% dice haberlo recibido solo como un texto dentro de una materia, y no como una cátedra específica. Estos datos pueden observarse en el siguiente cuadro:

Gráfico 5: Formación de Terapias Alternativas/Complementarias en la carrera de grado.



FUENTE: *Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)*

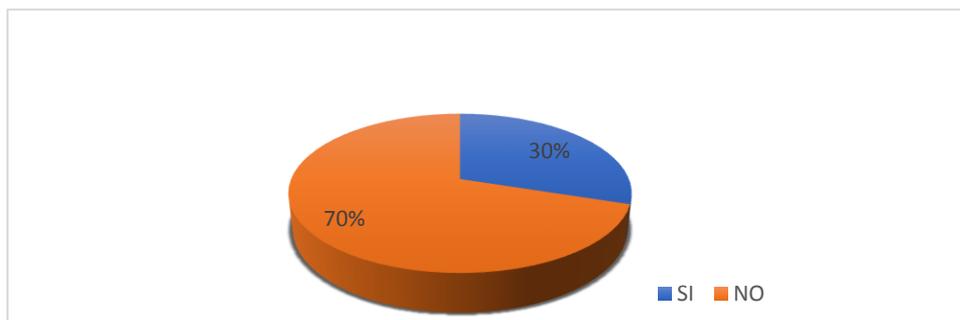
IV. Opinión y práctica sobre el reiki en instituciones de salud

Sin embargo, la información más significativa para los intereses de esta tesina pudimos observarla en las respuestas del apartado "Terapias Alternativas y Complementarias", en donde a lo largo de los trece puntos los entrevistados pudieron expresarse de mejor manera.

En el ítem 2 de la entrevista, al preguntarse "¿Escuchaste alguna vez hablar del Reiki?", muchos de los entrevistados indicaron no tener mucho conocimiento sobre lo que este concepto implica. Por ejemplo, L. S. escribió en el formulario: "No sé muy bien lo que es, es algo parecido al yoga"; sin embargo, diferente es el caso de A.Z. quien es reikista hace 17 años y escribió: "es una técnica que permite traer bienestar por fuera de la medicina tradicional mediante la transmisión de energía por las manos".

L.P comento que para él es algo fascinante la utilización a diario de esta disciplina, le facilita la tarea con los pacientes hay otra predisposición para enfrentar el día a día con lo que están viviendo. J.T hizo referencia que, desde su implementación en la actividad diaria laboral, se siente más útil. A.M comento que es un desperdicio que no se haga una difusión de este tipo de terapias, desde que ella lo empezó a implementar notó un gran cambio en el servicio donde se desempeña a diario. C.G la energía con la que uno trabaja es inexplicable. W.C tendrían que implementarse en todos los servicios donde se trate a pacientes con estos cuadros, les facilitaría el trabajo a los colegas y tendrían otra energía en general. Los porcentajes al respecto son los siguientes:

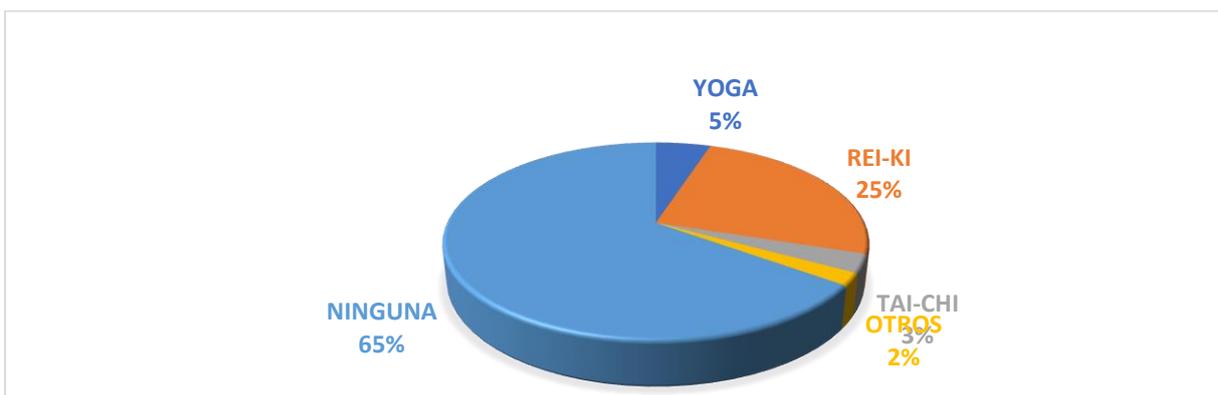
GRÁFICO 6: ¿Escucho alguna vez hablar de Rei-ki?



FUENTE: Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)

Este desconocimiento acerca de la MTC no se limita únicamente al *reiki*, ya que cuando se les interrogó acerca de si realizan alguna terapia holística, es alto el grado de quienes no practican ninguna, en un 65%, valores que fueron acompañados por un 25% que sí recibe *reiki*, un 5% que hace yoga y un 3% que practica *tai-chi*.

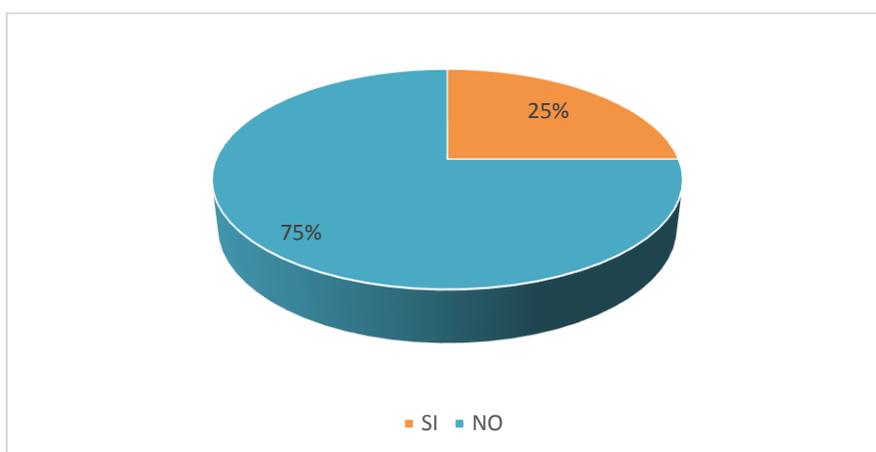
Gráfico 7: ¿Realiza alguna Terapia Holística?



FUENTE: Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)

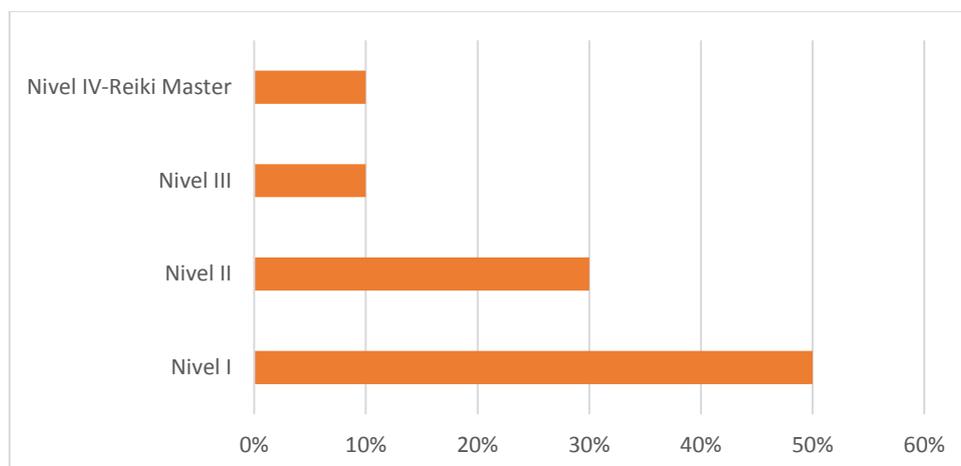
Pasemos ahora al análisis de los enfermeros que están iniciados en algún nivel de *reiki*, quienes son un total del 25% de la muestra de entrevistados, es decir, diez personas. De este último porcentaje, el 50% de ellos (5 enfermeros) tienen el Nivel 1, mientras que el Nivel 2 lo realizaron el 30% y completan el 20% restante quienes tienen el Nivel 3 y la Maestría. Estos datos se pueden observar en las dos gráficas a continuación:

Gráfico 8: Enfermeros iniciados en algún Nivel de reiki



FUENTE: Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)

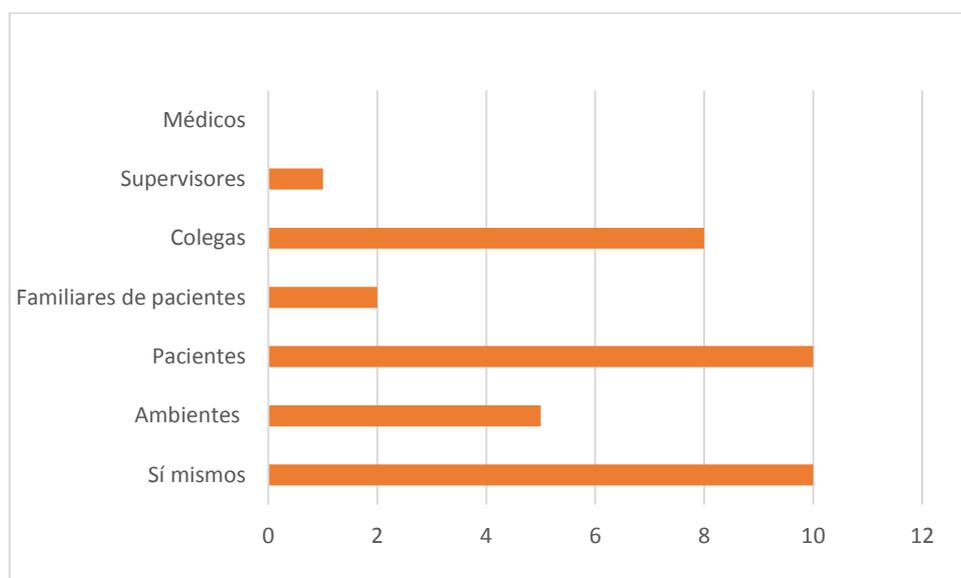
GRÁFICO 9: Niveles de Reiki adquiridos.



FUENTE: Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)

De este total de 10 enfermeros iniciados en el *reiki*, todos ellos admitieron realizar prácticas de este saber milenario en su actividad profesional en los centros asistenciales. Como se deduce del siguiente gráfico, las personas receptoras fueron las siguientes:

Gráfico 10: Sujetos a los que se realiza Reiki



FUENTE: Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)

De esta manera, quienes sobresalen como los principales receptores son tanto los pacientes como los enfermeros a sí mismos. Cabe preguntarse sobre el bajo porcentaje de supervisores y familiares de pacientes, lo cual uno de nuestros entrevistados, L. P., lo atribuye por un lado a la distancia y falta de empatía de algunos superiores, y por el otro, al escaso tiempo que se tiene para establecer vínculos entre el profesional reikista y los parientes que acompañan a los enfermos.

Médicos desconocen en su gran mayoría la aplicación de *reiki*. J. T., en línea con lo expresado por Adriana Ginatto en la entrevista reseñada en el capítulo anterior, nos contó que la única oportunidad que tuvo un "encontronazo" con un médico por realizarle reiki a un paciente, se debió al ateísmo del médico, quien afirmó que una práctica "vendehumo" que ilusionaba inútilmente al padeciente y que no daba una solución certera al problema.

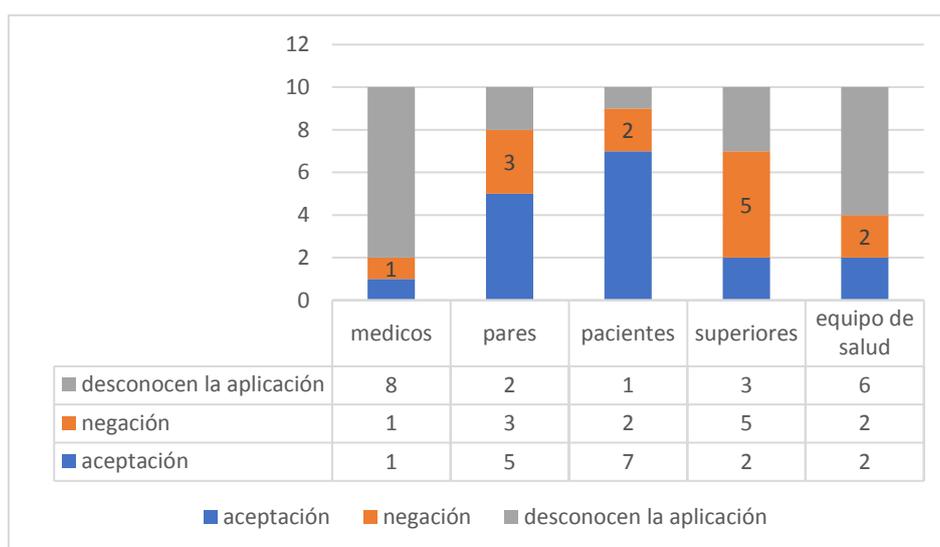
En cuanto a la relación con los pares, una de las entrevistadas comenta que una de sus compañeras se maravilló tanto con el *reiki* y sus resultados positivos en uno de las pacientes, que le pidió que la iniciara en el Nivel 1. Tras lo cual, hoy las

dos realizan sesiones de manera "camuflada" en el sector donde ambas se desempeñan.

Los pacientes cuando son consultados acerca de que, si quieren *reiki*, estos aceptan en su gran mayoría. R. D., lo atribuye al estado de salud de la persona, pensando que cuanto peor es el pronóstico médico, más se abren a estas prácticas de salud complementarias.

Respecto al resto de los datos provistos por el siguiente gráfico, consideramos como dato relevante el desconocimiento del equipo de salud y de los superiores enfermeros en relación a las prácticas de *reiki* realizadas por los entrevistados. ¿A qué se debe esto? Básicamente, al miedo al "qué dirán" y a los prejuicios.

GRÁFICO 11: Experiencias de los enfermeros con los sujetos del ambiente hospitalario al momento de aplicar reiki



FUENTE: Datos suministrados por entrevistas semi-abiertas realizadas a enfermeros de diferentes tipos de instituciones de la ciudad de Mar del Plata (marzo-julio 2017)

Conclusión

Para resolver los interrogantes señalados y verificar estas hipótesis sustantivas, recurrimos a una investigación cualitativa, descriptiva y analítica, la cual combinó análisis bibliográfico y trabajo de campo. Las variables que quisimos indagar en ambos registros de trabajo fueron los siguientes: las concepciones de cuidado, la formación del Profesional, la relación de las instituciones de salud con la MTC, y los vínculos con los pacientes. En cuanto al aspecto bibliográfico, para dar cuenta de estas variables relevamos distintos textos académicos sobre el rol profesional, historia de la enfermería, y se indagó asimismo en la historia del *reiki* y en las distintas formas de desarrollo en conjunto con la enfermería profesional.

Al inicio de este trabajo nos hemos planteados diversos puntos de vista relacionados a la enfermería y su interacción con terapias milenarias. En un primer lugar nos preguntamos "¿los profesionales que aplican *reiki* en su práctica institucional poseen un perfil diferente del enfermero "tradicional?". Con respecto a este punto, lo que pudimos evidenciar es que estos profesionales tienen una mirada diferente del paciente y su entorno, considerando que no solo se debe tratar el cuerpo físico sino también el aspecto energético del mismo.

Este tipo de mixtura profesional tuvo su origen en el área de cuidados paliativos, desde ya podemos confirmar que la terapia de *reiki* ingresa a la medicina alopática de la mano del cuidado paliativo y desde allí se expande en el tratamiento de otras patologías como el tratamiento del dolor en pacientes con trastornos óseos, patologías psiquiátricas, pre y post quirúrgico, etc. No solo para pacientes sino también a los mismos profesionales de la salud quienes afirman tener un mejor entorno laboral y una disminución del estrés.

La tercera de nuestras hipótesis es que estos enfermeros experimentan a menudo una relación conflictiva tanto con las jerarquías institucionales y como con los pares que no comparten este enfoque. Con respecto a este tema no llegamos a recaudar la información que nos hubiese gustado para poder hacer una buena y

detallada descripción, por lo que nos gustaría que en algún momento alguien se interese en el tema de nuestra tesis y desarrolle de una forma más exhaustiva el tema ya que consideramos que hay por investigar sobre este punto.

Por último, nos planteamos que esta forma de intervención permite establecer un mejor vínculo con los pacientes y sus familias. Si bien no lo hemos descrito en ningún capítulo esto se establece de manera tacita al describir como favorece no solo en relación a las patologías y al tratamiento del dolor, sino que también, en la manera que el paciente enfoca su mirada en la vida diaria.

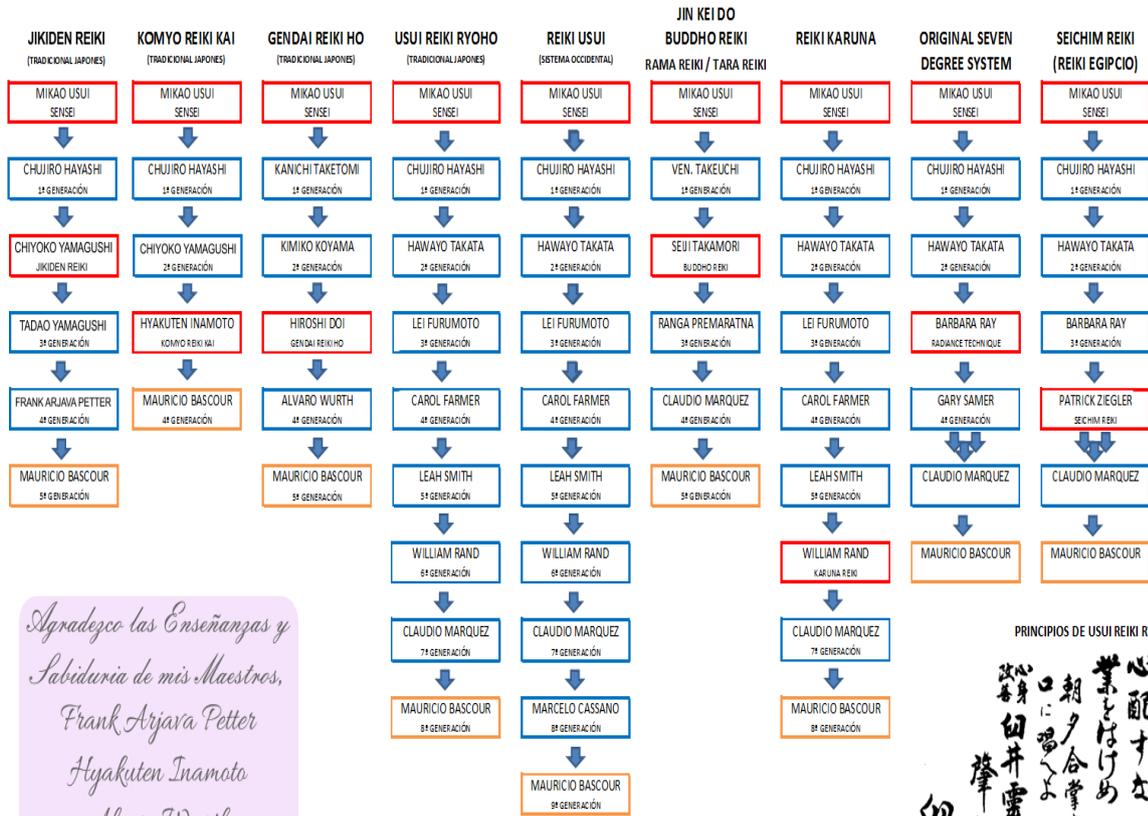
Tras haber desarrollado nuestra investigación, nos pareció interesante dejar abierta la puerta para que, en las instituciones educativas, se tenga la posibilidad de acceder al conocimiento de estas terapias, como se utilizan, que beneficios traen al sujeto de atención como así también a quienes ejercen el cuidado de estos. Por tal motivo planteamos el cronograma de un taller opcional, en el cual se darán las nociones básicas a cerca de diferentes terapias complementarias y de este modo poder, desde la enseñanza formal, redescubrir conocimientos milenarios para acceder a comprender los fundamentos filosóficos y culturales donde se sustentan las distintas terapias. Para que desde este punto de partida los estudiantes puedan desarrollar la capacidad de crítica y llevar a cabo la aplicación de las mismas en las instituciones donde desempeñan sus tareas como así también a ellos mismos, a sus compañeros y lugar de trabajo, generando un ambiente de trabajo más armónico.

Estamos convencidas que, si estas terapias se brindan desde la base de la enfermería, podríamos generar una nueva mirada del paciente donde no solo nos ocuparemos de los cuidados de su cuerpo físico sino también de parte espiritual y energética. Recordemos que todo cuerpo está compuesto por materia y la materia es una representación de la energía, por lo que para tener un físico sano debemos sanar la energía que lo compone.

Anexos

Anexo 1. Linajes en el Sistema de Reiki

LINAJES EN SISTEMA DE REIKI



MIKAO USUI
SENSEI

*Agradezco las Enseñanzas y
Sabiduría de mis Maestros,
Frank Arjavia Petter
Hyakuten Inamoto
Alvaro Wurth
Claudio Marquez
Marcelo Cassano*

PRINCIPIOS DE USUI REIKI RYOHO

招福の秘法
高病の靈藥
今日又けは怒るな
心配すな感謝し
業を付けぬ人に親切に
朝夕合掌と心に念じ
口に唱くよ
改身 白井靈氣療法
肇祖
白井彦男

Anexo 2. El sistema de chakras.

PRIMER CHAKRA: BASICO O RAIZ

Nombre en sánscrito: Mulhadara

PUERTA DE LA VIDA Y LA MUERTE. LUGAR DE NACIMIENTO Y DE LA REENCARNACIÓN. ASOCIADO CON TIERRA. CAPACIDAD PARA TOMAR DE LA ABUNDANCIA DEL PLANETA.

Localización: Se encuentra entre el cóccix y el sacro, base de la columna vertebral

Glándula: Suprarrenales.

Color: blanco

Elemento: Tierra.

Sonido: zzzzzzzzzz

Significado: Sentido de seguridad, aceptación de uno mismo.

Gobierna: columna vertebral, riñones, glándulas suprarrenales.

Fisiológicamente habla del deseo de vivir.

Órganos religados: Columna, sistema inmunológico, recto, piernas, pies.

SEGUNDO CHAKRA ESPLÉNICO

Nombre en sánscrito: Svadhisthana

ELEMENTO AGUA. CENTRO DE ELECCIÓN SEXUAL. PODER DE GENERAR ENERGÍA DE LA VIDA.

Localización: Entre la última vértebra lumbar y el hueso sacro.

Glándula: Las gónadas (Glándulas sexuales).

Color: Violeta-verde

Elemento: Tierra

Sonido: mmmmmm

Significado: relativo a la sexualidad, deseo físico y al trabajo.

Patología: Están relacionadas con este chakra las enfermedades en el aparato reproductor, tumores, problemas de ovarios, problemas en el parto,... en los hombres problemas de próstata, etc.

TERCER CHAKRA: EL PLEXO SOLAR

Nombre en sánscrito: Manipura

CENTRO DEL PODER MASCULINO. VOLUNTAD. CUESTIONA EL PODER Y EQUILIBRIO DE LOS PODERES Y DONDE SE PRODUCE LA ASIMILACIÓN DE LA ENERGÍA QUE ABSORBE EL ORGANISMO.

Localización: entre la 1ª vértebra lumbar y la última dorsal.

Color: Oro rubí.

Elemento: Agua.

Glándulas: Páncreas.

Sonido: uiuiuiuiui

Órganos: Abdomen, intestino delgado, vesícula biliar, riñones, hígado, páncreas, bazo, columna vertebral: parte dorsal y lumbar. (Entre los tres primeros chakras controlan todos los órganos del abdomen).

Significado: Este chakra es EXPANSION.

Piedras: todas las piedras amarillas o doradas (topacio, citrina, ámbar)

Patologías: Artritis, enfermedades de colon e intestino delgado, problemas gástricos, problemas hepáticos y de vesícula, indigestión anorexia, bulimia, náuseas.

CUARTO CHAKRA O DEL CORAZÓN

Nombre en sánscrito: Anahata

ELEMENTO AIRE. EL TACTO. AMOR AL PRÓJIMO. RELACIONARSE CON TODO Y CON TODOS

Localización: Entre la 4ª y la 5ª vértebra dorsal.

Glándula: Timo

Color: Rosado

Elemento: Fuego

Significado: Es el centro del afecto real, incondicional, del crecimiento espiritual, la compasión la devoción y el amor unidad, perdón, cariño, aceptación de uno mismo, sensibilidad, calor, preocupación e intuición.

Sonido: omomomomomom

Órganos: Corazón, pecho, aparato circulatorio, hombros, manos, brazos, pulmones, diafragma

QUINTO CHAKRA: LARINGEO

Nombre en sánscrito: Vishudha

ASOCIADO CON LAS COSAS ETÉREAS. EL OIDO Y EL SONIDO. SE LOCALIZA LA CREATIVIDAD. VIBRACIÓN. CLARIVIDENCIA E INVOCACIÓN.

Localización: entre la 3ª y 4ª vértebra cervical

Glándula: tiroides.

Color: Azul cristal (si está cargado se ve oscuro)

Elemento: aire.

Significado: Es el centro de la comunicación, escucha la voz interna.

Sonido: iheiheiheiheihei

Órganos: Garganta, cervicales, esófago, tiroides, boca, paratiroides, tráquea, dientes, encías.

SEXTO CHAKRA: TERCER OJO O ENTRECEJO

Nombre en sánscrito: Ajna

CAPACIDAD. CONCIENCIA. CENTRO DEL PODER FEMENINO. CREACION REALIDADES PERSONALES.

Localización: Nace en la primera vértebra cervical.

Color: Verde-violeta.

Glándula: Pituitaria.

Elemento: Aire.

Sonido: mamamamamamamamama

Significado: es el centro de la intuición, lo extrasensorial como la clarividencia y la telepatía, la voluntad, el intelecto y el espíritu.

Órganos: Cerebro, ojos, nariz, oídos, sistema nervioso

SÉPTIMO CHAKRA: CORONA

Nombre en sánscrito: Sahasrara

CORRESPONDE AL NIVEL MÁS ALTO DE PERFECCIÓN ESPIRITUAL. PERCEPCIÓN GUIAS ESPIRITUALES. FACULTAD DE CANALIZACIÓN. CONEXIÓN CON EL ESPÍRITU.

Color: Amarillo oro.

Glándula: la glándula pineal.

Elemento: Aire.

Sonido: rara u omomom

Significado: Es el centro de la conexión con la divinidad.

Anexo 3. Detalle de las instituciones de salud internacionales prestadoras de reiki y tipo de tratamientos brindados

Reino Unido

University College London Hospitals NHS, Londres.

- Pacientes con estrés y trastornos del humor;
- Complemento de los tratamientos convencionales del cáncer;
- Complemento de los tratamientos de endometriosis.

Southampton University Hospitals NHS, de Southampton:

- Pacientes paliativos con cáncer de cuidado (guarderías)

Sur Tees Hospitales del NHS, el Middlesbrough:

- Complemento de los tratamientos convencionales del cáncer.

Fundación del Príncipe para la Salud Integral (Fundación SAR el Príncipe Carlos):

- Información sobre el reiki (terapias complementarias)

Cuidado de los Senos Cáncer (caridad):

- Información sobre el reiki en una guía sobre las terapias complementarias

Canadá

Red Universitaria de Salud-Hospital Princess Margaret, Toronto, Ontario:

- Tratamiento dado por las enfermeras en el albergue para los pacientes con cáncer y sus familias

Universidad de Moncton, Moncton, Nouveau-Brunswick:

- Entrenamiento personalizado para sus enfermeros (Santé et mieux-être sección)

Estados Unidos

La Clínica de Cleveland (Mejores Hospitales de América 2009), Cleveland, Ohio:

- En tratamientos de medicina integrativa,
- Para personal del hospital,

- Para pacientes de ginecología y dolencias cardíacas,
- Complemento de los tratamientos convencionales del cáncer,
- Investigaciones propias: sobre los efectos del reiki sobre el estrés, reiki y el cáncer de próstata.

Hospital Brigham y de Mujeres (Mejores Hospitales de América 2009), Boston, Massachusetts:

- Complemento de los tratamientos convencionales del cáncer,
- Mencionado en un manual sobre cómo lidiar con el dolor del cáncer,
- Sesiones ofrecidas a los enfermeros y los visitantes,
- La iniciación de reiki se ofreció a las enfermeras,

Hospital Johns Hopkins (Mejores Hospitales de América 2009), Baltimore, Maryland:

- Práctica de las enfermeras en su formación.

Hospital de Niños Morgan Stanley del New-York Presbyterian (Mejores Hospitales de Niños de Estados Unidos para la Infancia 2009), Nueva York, Nueva York:

- Complemento de los tratamientos convencionales del cáncer infantil.

Yale-New Haven Hospital, New Haven, Connecticut:

- Para las familias y de cuidados intensivos de los pacientes cardíacos
- Complemento de los tratamientos cardiológicos
- Complemento de tratamiento para los sobrevivientes de cáncer

Universidad de Harvard, Boston / Cambridge, Massachusetts:

- Sesiones ofrecidas en el Centro Harvard Cáncer
- Sesiones de reiki ofrecidas en todos los servicios universitarios de la salud
- Reiki mencionado como una buena práctica por una compañía de seguros trabajando con la universidad

Columbia University Medical Center, Nueva York, Nueva York:

- Tratamiento de Reiki se ofreció a los niños con cáncer
- Sesiones ofrecidas durante el Día del Bienestar y la Salud de los Trabajadores

New York University Medical Center, Nueva York, Nueva York:

- Tratamiento de reiki ofrece a los niños con cáncer o trastorno de la sangre

- Tratamiento de reiki ofrece a los pacientes con enfermedad de las articulaciones

- Tratamiento de reiki ofrece a los pacientes con esclerosis múltiple

- El tratamiento de Reiki se ofreció a las mujeres con discapacidad

Hospital Concord, Concord, New Hampshire:

- Tratamiento de reiki ofrece a los pacientes que se acercan al final de la vida

Cooper University Hospital-Cooper Cancer Institute, de Voorhees, Nueva Jersey:

- Como complemento de los tratamientos convencionales del cáncer

Lowell General Hospital, Lowell, Massachusetts:

- Como complemento de los tratamientos de los tratamientos convencionales del cáncer

St. Joseph Hospital, Nashua, New Hampshire:

- Tratamiento de reiki se ofrece a las personas mayores

Washington Hospital Center, Washington DC:

- Como complemento de los tratamientos de los tratamientos convencionales del cáncer

York Hospital, Nueva York, Maine:

- Antes de la cirugía, el tratamiento de reiki después de la operación, y entre otras se ofrece a los pacientes quirúrgicos

Hospital de St. Mary, Amsterdam, Nueva York:

- Iniciaciones de reiki ofrecen (centro de terapias complementarias)

George Washington University Medical Center, Washington DC:

- Tratamiento de reiki ofrece a los pacientes

California Pacific Medical Center, San Francisco, California:

- Para los pacientes (clínica de masajes y trabajo corporal)

Hospital Infantil de Boston, Boston, Massachusetts:

- Tratamiento de reikise ofrece a los niños

Saint Agnes Medical Center, Fresno, California:

- Tratamiento de reiki se ofrece a los pacientes

Hawaii Pacific Health-Wilcox Memorial Hospital, de Lihue, Hawai:

- Tratamiento de reiki se ofrece a los pacientes

Hospital Hartford, en Hartford, Connecticut:

- El tratamiento de Reiki ofrecido a los pacientes

Hospital de Stamford, en Stamford, Connecticut:

- Tratamiento de reiki ofrece a los pacientes

Hospital de Windham, Willimantic, Connecticut:

- Tratamiento de reiki se ofrece a los pacientes

- Tratamiento de reiki se ofrece a los visitantes del paciente

Englewood Hospital y Centro Médico de Englewood, New Jersey:

- Tratamiento de reiki se ofrece a los pacientes

Sur de San Diego Hospital Veterinario, San Diego, California:

- Tratamiento de reiki se ofrece a los animales

Australia

Cuidado de San Patricio, Centro, Fremantle, Australia Occidental:

- Tratamiento de reiki en particular se ofrece a las personas con problemas de alcohol o drogas

Misión Australia-Retiro Juventud y el Servicio de Respiración, Perth, Australia Occidental:

- Tratamiento de reiki se ofrece a los jóvenes que quieren dejar de beber alcohol u otras drogas

Salud de Queensland:

- Servicios de relajación que incluyen sesiones de reiki para las tierras altas centrales

Alemania

CGG Klinik (Centrum für ganzheitliche Gynäkologie), Mannheim:

- Tratamiento de reiki e iniciaciones se ofrecen para el tratamiento del dolor y para complementar los tratamientos convencionales del cáncer

San Augustinus Krankenhaus, Düren:

- El tratamiento de Reiki a elegir

Suiza

Grupo Mutuel de seguros:

- Reembolso del tratamiento

SWICA seguro:

- Servicios cubiertos como salud preventiva

Supra de seguros:

- Reembolso del tratamiento

Datos extraídos⁴²

Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título del estudio: Enfermería y Reiki

Investigadores: Mara Echizarto, Eugenia Martino, Karina Romano

Entidad donde se desarrolla la investigación: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Departamento de Enfermería.

Cátedra Taller de Trabajo Final.

Naturaleza y objetivo de estudio: Analizar los modos en que los enfermeros aplican *Reiki* como terapia complementaria en las instituciones.

Identificar los tipos de formaciones académicas y complementarias de estos enfermeros. Describir la relación existente entre los profesionales y las jerarquías institucionales. Identificar la relación entre estos profesionales y los pacientes.

Propósito: Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar de este estudio "Enfermería y Reiki" que pretende conocer ¿Cuáles son las formas en las que los enfermeros aplican *reiki* dentro de las instituciones de salud?

Procedimiento: Si usted acepta participar se le solicitara responder una entrevista semi estructurada, con el fin de recabar datos que serán utilizados la investigación antes mencionada.

Riesgo asociado a la participación del estudio: Participar en este estudio, no presenta ningún riesgo.

Voluntariedad: La participación en el presente estudio, es totalmente voluntaria, libre de coacción, puede retirarse del estudio y revocar

⁴² <https://hermandadblanca.org/reiki-en-hospitales-diferentes-paises/> Ciudad Virtual de la Gran Hermandad Blanca Revista digital Holística y Comunidad espiritual... Reiki en Hospitales Diferentes Países Publicado por: Rosa (Coordinadora redacción GHB) en El Rincon de la Salud, Medicina Natural 11 agosto, 2012.

el consentimiento cuando lo desee, sin que esto genere rechazo o prejuicio por parte del investigador.

Confidencialidad: Si usted decide participar de la presente investigación, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, los investigadores se hacen responsables de la custodia y privacidad de los mismos.

Compartir los resultados: Los resultados de la investigación se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas y conferencias, etc. Pero la información personal permanecerá en confidencialidad.

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización: Estoy de acuerdo y/o acepto participar en el presente estudio

Para constancia firmo a los días _____ del mes de _____ del año ____.

Firma y DNI del Participante

Declaración del investigador

Certificamos que el hemos explicado, a esta persona la naturaleza y el objetivo de esta investigación, y que esta persona entiende en que consiste su participación.

Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas adecuadamente. Así mismo he leído y explicado las partes del consentimiento del consentimiento informado. Hacemos constar con nuestras firmas.

Nombre del investigador:.....

Firma..... Fecha

Nombre del investigador:.....

Firma..... Fecha

Nombre del investigador:.....

Firma.....

Fecha

Anexo 5. Propuesta pedagógica de Taller de inicio a las terapias complementarias

Nombre de la materia: "Introducción conocimiento de las terapias complementarias"

Duración: Un cuatrimestre

Carácter: Optativo

Carga horaria: 36hs aprox. (una clase semanal de 1 hora)

Objetivo docente:

- 1.- Conocer el concepto de las terapias integrativas y su clasificación.
- 2.- Conocer los fundamentos filosóficos y culturales donde se sustentan las distintas terapias integrativas.
- 3.- Identificar las distintas terapias integrativas y su aplicación en los cuidados de personas.
- 4.- Adquirir las habilidades básicas de métodos autoconocimiento de la persona para aplicar técnicas de relajación.
- 5.- Aplicar los conceptos aprendidos en los trabajos realizados en la asignatura.
- 6.- Gestionar fuentes de información utilizadas en la investigación en Terapias integrativas nacionales e internacionales.
- 7.- Comprender las Terapias integrativas y su utilidad para mejorar la salud de las personas y los cuidados.

Objetivos generales:

- Que el alumno adquiriera la capacidad de aplicar los conocimientos recibidos en la práctica.
- Que el alumno desarrolle la capacidad para generar nuevas ideas (Creatividad)
- Que el alumno desarrolle la capacidad crítica y autocrítica

- Que el alumno incorpore el trabajo en equipo
- Que el alumno alcance un compromiso ético
- Que el alumno reconozca como resolver problemas
- Que el alumno desarrolle una buena comunicación oral y escrita.
- Que el alumno manifieste habilidades interpersonales
- Que el alumno obtenga la capacidad de tomar decisiones
- Que el alumno adquiera la capacidad para apreciar la diversidad y la multiculturalidad
- Que el alumno incorpore conocimientos generales básicos sobre el área de estudio
- Que el alumno acrecenté sus conocimientos sobre las costumbres de otras culturas

Objetivos específicos

- Que el alumno incorpore la capacidad de identificar los fundamentos filosóficos y culturales donde se sustentan las distintas terapias complementarias y alternativas.
- Que el alumno pueda diferenciar los sistemas integrales de Terapias Naturales, sus fundamentos y aplicaciones en salud.
- Que el alumno desarrolle la capacidad para aplicar métodos terapéuticos integrativos.
- Que el alumno adquiera la capacidad para manejar fuentes de información utilizadas en la investigación y aplicación de las Terapias integrativas nacionales e internacionales.
- Que el alumno manifieste la capacidad para llevar a la práctica en un Taller simulado, los métodos terapéuticos integrativos aprendidos.

Contenidos de la asignatura

Bloques Temáticos

Bloque temático I: Cuidados enfermeros, cuidado paliativo, concepto clasificación y desarrollo en los cuidados de enfermería

Bloque temático II: Marco teórico de las Terapias Holísticas. Terapias alternativas y complementarias: concepto y clasificación.

Bloque III: nueva concepción de terapias integrativas.

Bloque temático VI: Terapias mente-cuerpo

Bloque temático V: Terapias de manipulación y basadas en el cuerpo

Bloque temático VI: Técnicas sobre la base de la energía (terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas). Se dictarán seminarios de terapias específicas, Energéticas, de contacto físico, y herbales.

Metodología de enseñanza aprendizaje:

El aprendizaje propuesto irá dirigido a: que el estudiante tenga la capacidad de cuestionar planteamientos analizados; propiciar el desarrollo de puntos de vista personales a partir de las ideas expuestas; invitar a los estudiantes a buscar evidencias cuando no estén convencidos de los argumentos o temas tratados y generar mesa de debate, así como plantear nuevas alternativas. Ofrecer al estudiante la posibilidad de pensar sin prejuicios, ni esquemas mentales coercitivos y de esta forma cuestionar y transformar la realidad.

1. Evaluación de contenidos teóricos 40%

2. Actividades académicas / Trabajos de campo / Seminarios / Talleres 60%

La proporción se detalla a continuación:

1. Evaluación de contenidos teóricos 40% (presencial/prueba oral y/o escrita)

2. Actividades académicas / Trabajos de campo / Seminarios / Talleres 60%

La evaluación final de la asignatura será sumativa de los puntos 1 y 2.

Anexo 6. Entrevista a Adriana Ginatto (coordinadora de Reiki al servicio)

Entrevistadoras:

La idea nuestra es que puedas contar tu experiencia de como llegaste a poder empezar a trabajar en un Hospital.

A: ¿Cómo llegue?... Ehmmm... En realidad nada es casual en la vida. Yo ya era maestra de Reiki hace muchos años y en el muro de Facebook de una persona que yo tengo como contacto, vi que pedían, de esto ya pasaron cinco años.

Que pedían voluntarias para el hospital "Ricardo Gutierrez", de Capital Federal, antes se llamaba "Casa Cuna". Entonces podía con el horario y fui, y realmente, no sé, lleno mi alma, ver todo ese servicio y ehmm... Ahí estuvimos un par de meses, presentamos un trabajo y yo ya estaba trabajando en el hospital hace un mes y el grupo hacia un mes que venía trabajando.

La persona que lo había organizado, la mamá había trabajado en el SAME... viste el servicio de ambulancias de la Capital Federal... viste no... vieron (perdón estoy hablando por teléfono y me parece que estoy hablando con una sola persona).

Y bueno entonces la mamá de esta chica que trabajaba en el SAME había conseguido hablar con el jefe de cirugía y bueno... allí estábamos.

El tema es que después de seis meses presentamos un trabajo a la comisión de BIOETICA, a la junta médica del hospital y demás. Todo fue aprobado, pero nos pedían que los reikistas fueran todos miembros o mejor dicho empleados del hospital.

Nosotros eramos nada más que voluntarios. Con lo cual tuvimos que dejar de ir a ese hospital lamentablemente. Donde Reiki quedo aprobado para ser utilizado.

Entonces allí fue donde comenzamos a buscar otros centros donde pudieran recibir esta terapia... ustedes saben lo que es Reiki?? ... se los tengo que explicar???.no creo por que la tesis la están haciendo sobre eso, verdad?? Alguna de ustedes es Reikista?

K: Yo tengo tercer nivel de REIKI, mi compañera ME el primer nivel y M no, pero la estamos introduciendo en todo lo que es el tema.

A: ah..buenísimo... son tres??

K: Tres

A: bien..no por si hablo o digo algo y no saben lo que estoy diciendo me interrumpen.

K: te preguntamos... tranquila... te hago una consulta??? Antes de que sigamos...

A: Si, dale!!!

K: vos tenes algún trabajo en salud o tenes algo que ver con lo que es medicina, enfermería o nada??

A: Para nada, para nada. Soy contadora pública

A: Y bueno... tenemos un hemisferio derecho, uno izquierdo. Hay que equilibrar. Entonces de los números pase a algo más espiritual. Para estar equilibrada.

K: Exactamente

A: No no nada que ver con esto. Ehmm... en que estaba antes? Ahhh... diciendo como llegue a los hospitales, claro.

Bueno entonces empezamos a hacer pautas para los voluntarios, pautas para los coordinadores de grupo, empezamos a trabajar un poco, pero estábamos en la teoría trabajando, sin poder entrar al hospital Elizalde.

Con lo cual yo dije, bueno, si quieren seguir trabajando en la teoría, sigan trabajando en la teoría; yo voy a ir a algún hospital. A ver a donde podemos ir a imponer nuestras manos..como yo digo siempre " Manos a la obra"... no?

Si bien no son nuestras manos las que... solo transmiten, son una herramienta.

Entonces me fui al Hospital Torneau, no me preguntes porque Hospital Torneau, yo siempre decía que cada uno de los que estaban allí..ehmm, dándole un marco masteorico para presentar en otro lugar y demás.

Cada uno iba a coordinar un grupo. Entonces yo decía que quería coordinar el grupo del Hospital Torneau..todavía ni siquiera había ido a hablar.. por que? No se... Era algo que sentía.

Con lo cual me fui al Hospital Torneau, anduve por distintos sectores, hasta que en el sector de tratamiento del dolor, la jefa me recibió con los brazos abiertos. La verdad. Y ahí estuve desde

febrero del 2012 hasta junio del 2016. Así estuvimos cuatro años hasta que se cerró el centro de dolor.

Ese era un centro multidisciplinario, no solo había reiki, había yoga, Zen terapia, un montón de otras terapias complementarias. Había acupuntura; realmente un tema para todos los pacientes que ahí se atendían, el cierre del sector, pero bueno.

Después también empezamos a trabajar en otros lugares a donde íbamos a ofrecernos, por ejemplo: acá están los centros de salud y acción comunitaria que dependen de los hospitales municipales, que la sigla es SAC y bueno estábamos trabajando en ese Sac 24 hace casi cuatro años, también en el Hospital Uraondo; tienen toda una lista para sacar... vos me seguís (K) en el muro de Reiki al servicio??? O por el mio personal???

K: Yo por el tuyo personal me parece. Nos gustaría si no te complicamos ver un listado de los hospitales aca en Argentina que se pueda hacer reiki, que estén haciendo Reiki.

A: no lo tengo yo a ese listado, yo te puedo dar el listado donde estamos nosotros.

K: bien, si por lo menos lo de ustedes.

A: En realidad hay algunos que son grupos abiertos, otros grupos cerrados, después te los envio por mail.

Hay grupos que son cerrados solo para los pacientes del sector y otros abiertos a la comunidad. No solo a los pacientes de ese hospital o sector sino a cualquiera que quiera ir a tomar una sesión de reiki.

K: ¿El hospital les abrió las puertas sin ningún inconveniente para que pudieran trabajar???

A: Sin ningún inconveniente, pero no fue fácil...

K: si, si bueno

A: tuvimos que ir a hablar con varias personas... ehmmm... por ejemplo en UTI, en el Hospital Rivadavia, es como que ehmm... los médicos decían... acá hay mucha gente que se va de este plano físico y o estaban muy convencidos, por ellos mismos, por la responsabilidad que tienen, no? Ante los pacientes, de que alguno pensara que Reiki era alguna cosa rara y que por eso el familiar había fallecido.

M: El problema es que hay tanto charlatan, que como ellos no creen... es como que nada.

A: Entonces ante tanto desconocimiento del tema. Que no todo el mundo tiene que saber... Por supuesto. Pero bueno.

No pudimos entrar a ese sector y entonces en el hospital Rivadavia un día talleres abiertos a la comunidad y otro día a los pacientes de artritis reumatoidea.

Aparte hay otros dos grupos más que no son nuestros, pero también dan reiki, que nosotros también publicitamos, porque bueno no es una propaganda personal simplemente la acción de reiki en todos así que bueno nosotros también le hacemos publicidad, están tanto en oncología como en traumatología.

Estamos en varios hospitales ahora comenzamos en un hogar de ancianos también dependiente del gobierno de la capital federal también un grupo del hospital materno infantil del hospital de Paraná Entre Ríos un hogar de ancianos en Roque Pérez. De Buenos Aires y todos los demás están en capital federal.

K: Buenísimo. La verdad es un trabajo enorme el que están haciendo.

A: En Mar del Plata tenemos una voluntaria, que era de acá y que se mudó a Mar del Plata y que iba a hacer las gestiones para ir a un CAPS también tenemos en Pinamar y Ostende en provincia de Buenos Aires.

K: Si vi ahí cuando entramos con las chicas al face que decía reiki al servicio Pinamar en una de las páginas.

A: Pinamar ya cumplió creo un año y Ostende empezó el año pasado así que son grupos muy nuevitos y estamos muy contentos porque nos estamos expandiendo ehmm nos cuesta a veces conseguir voluntarios estables, porque a todo el mundo le gusta hacer un trabajo voluntario o demás pero bueno a veces por razones laborales o personales o porque la energía, ustedes deben saber más que yo..

K: Es bastante densa.

A: Y afecta a los trabajadores como ustedes no solamente a los pacientes que van y que están en una situación a lo mejor de más vulnerabilidad física emocional todo. Pero en realidad a los trabajadores también les afecta por lo cual nosotros cuando vamos a algún centro de salud recomendamos que primero lo tomen todos

los trabajadores de la salud. No importa si es médico enfermera el que limpia el piso o el administrativo

K: Si tal cual.

A: Porque todos están ahí y están afectados por esa energía.

K: Son lugares donde hay mucho dolor y mucho sufrimiento y bueno si realmente afecta a todos es así.

A: Exacto por eso es que elegimos ir a los hospitales y dentro de los hospitales elegimos los hospitales públicos provincial nacional municipal no importa porque estamos trabajando con nuestra labor anónima para el reconocimiento del reiki a nivel oficial estamos trabajando en una comisión del senado que va a tratar las terapias/medicinas complementarias,

K: Buenísimo.

A: Ya no se están llamando complementarias se habla de integrativas.

Yo participe disertando sobre reiki en hospitales que se llevó a cabo en marzo del 2015 en Buenos Aires y bueno se habló de medicina integrativa.

Había médicos de España de toda Latinoamérica y todos hablaban de medicina integrativa porque tampoco es alternativa no es ni una ni la otra.

K: Exacto.

A: Es todo junto-

K: Es una cohesión entre ambos en realidad.

A: Claro el paciente no solo es su cuerpo físico, porque si cómo es eso de que a veces el medico no entiende que dos personas ante el mismo síntoma, la misma enfermedad..

K: Reacciona de distinta forma.

A: Se le dan la misma dosis y en uno funciona de una manera y en otro no tanto entonces bueno justamente eso no somos solamente cuerpo físico-

K: Porque aparte la predisposición de la persona frente a la enfermedad, genera la forma en la que lleva el tratamiento.

A: Un lindo combo. Si por supuesto.

K: No es lo mismo una persona con una energía muy negativa y que para todo es no y que no enfrenta la situación que una persona que quiere salir adelante que le pone garra es diferente.

A: Si claro por supuesto, ¿Ustedes trabajan como enfermeras o están estudiando?

K: Somos todas enfermeras.

M: Estamos en la tesis de la licenciatura.

K: Estamos por recibirnos de licenciadas es la última materia.

A: ¿Pero trabajan las tres como enfermeras?

K-M-E: siiiiii.

A: ¿En qué sector trabajan?

E: Karina esta en recuperación cardiovascular, yo en alto riesgo obstétrico y Mara aparte de recibirse de licenciada en enfermería es partera, trae bebitos al mundo.

A: Trae milagros, que lindo. Cada uno sabe de esto del riesgo de atender a los pacientes y nosotros cuando vamos a los hospitales como para no generar resistencia en los profesionales que son más reacios, porque no conocen y de más, nosotros no hablamos de pacientes nosotros hablamos de receptores. Porque si no algunos médicos piensan que vamos a competir y nosotros no podemos competir.

Primero no queremos competir, pero segundo tampoco podríamos competir con un médico porque nuestra labor está dirigida hacia otro plano entonces por eso, es que siempre insistimos a que todo el plantel de salud tiene que tomar sesiones para saber de qué estamos hablando.

Porque esto no es estudiar que la aspirina hace tal efecto es evidenciarlo en uno mismo y después poder recomendarlo.

K: Y una vez que vos empezaste a trabajar dentro de los hospitales el personal de salud empezó a querer interesarse en el reiki y hacer cursos.

A: Si si tenemos iniciados a un montón de médicos y enfermeros una enfermera del Torneau es maestra la jefa tiene tercer nivel lo mismo en otros CAPS. Si si lo mismo los pacientes estamos en un hospital de rehabilitación que es el Manuel Roca en la ciudad de Buenos Aires y venia un paciente con su mochilita con el oxígeno a cuesta y dejo de venir hace unos meses y antes de ayer recibí un mensaje por Facebook no sé cómo fue que me buscó o que me encontró habrá escuchado mi nombre no se y me pone que el gracias a la semilla que despertó el reiki hizo primero y segundo nivel y

que ahora quiere ir como voluntario, si lo aceptamos como voluntario. Como una forma de agradecimiento por lo que el reiki había hecho en él.

K: Totalmente

A: Todo el efecto y todos los cambios que había tenido en su patología y en su vida personal, porque a veces la patología persiste, pero uno tiene otra mirada, otra forma de ver las cosas y entonces la Dra del Torneau siempre decía "a veces el dolor es el mismo pero la gente lo ve de otra manera y puede responder de otra manera al mismo dolor"

Entonces es como que entre comillas no lo siente de la misma forma, no lo siente tanto.

También presentamos un trabajo estadístico en las Jornadas Científicas del Hospital Torneau en el 2013, que fue aprobado por la comisión de Bioética, teníamos un videíto, pero ahora lo perdimos.

K: Eso te iba a preguntar, si ese material lo tenes como para poder facilitarlo y que lo pongamos dentro de lo que es la tesis como aval de lo que nosotros estamos hablando, que se ésta trabajando y lo bueno que es.

La idea nuestra en realidad es poder eh..ni hablar si podemos conseguir que en algunos de los hospitales de acá de Mar del Plata se pueda hacer no es cierto, sino también un poquito más ambicioso, que en la Facultad nos den un lugar para poder hacer un seminario de Introducción al Reiki, esa es la idea.

A: Eso estaría bueno. Pidan al universo o a lo que cada una crea, no es cierto? Hay que pedir y estar seguro de que algo va a ser. Nosotros ahora como docentes en el Pos Grado de Medicina Integrativa que se está dando en el C24 en que estamos trabajando hace varios años y que depende de la UBA.

Así que aveces se cortan nuestras expectativas, nosotros ni siquiera lo pensamos el crecimiento que tuvimos.

Así que de todos modos, si ustedes quieren las puedo contactar con esta chica que les digo que vive en Mar del Plata y que tuvo experiencia de Reiki en Hospitales... si les parece.

K: Estamos interesadas en que tenga sus frutos, más allá de obtener un título tiene fundamentalmente que ver con algo muy personal.

Yo hace ocho o nueve años que hago Reiki y creo que nunca nadie me dijo que le había hecho mal, todo lo contrario.

A: obvio, y si alguien dijo que le hizo mal es porque al Reiki se lo llama crisis de sanación. Que a veces surge... mal, mal entre comillas.

K: Obvio

A: Algo que surge, que tenemos que sanar, y bueno sino lo vemos como lo vamos a sanar; sino somos conscientes. Entonces bueno ese mal es entre comillas.

K: ¿es un por qué?

A: ¿es un para qué? ¿Me quieren hacer alguna otra pregunta?

M: A nivel hospitalario, ¿cuándo lo aceptaron no hubo problema de que entren?

A: no, no

M: y en el Torneau, ¿por qué se cerró?

A: Temas internos del Hospital. Que te puedo decir era un grupo interdisciplinario, como les decía antes, una lástima.

M: Hacia muchos años que estaban haciéndolo una lástima que se haya cerrado.

A: Claro, nosotros más de cuatro años, es uno de los pocos hospitales, mejor dicho, es el único Hospital de la Capital Federal que tiene un sector de Tratamiento del Dolor de ahí se derivan todos.

Ahora están empezando grupos en otros Hospitales.

Este grupo tiene más de 20 años de experiencia, así que suponemos que se va a reabrir... Porque los pacientes quedaron...

M: A la deriva...

A: Imaginate que sería abandono de persona.

M: Claro

A: No tienen a donde ir, otro centro similar. Así que yo hice una carta al director del hospital diciendo si podíamos seguir dando las sesiones y cuando se lo fui a presentar el director sin pedirlo me recibió, así que me dijo que cuando se reabriera íbamos a volver a estar ahí.

K: ¿El problema fue puntualmente con las terapias complementarias o...?

A: No, no... fue tema médico, fue un tema interno del hospital.

M: ¿tenían algún pago ustedes por hacer las sesiones?

A: no, todos voluntarios, todas las terapias complementarias de ese sector, todos voluntarios.

M: Porque también puede ser que no tenga presupuesto y por eso cortan el programa.

A: No, no precisamente.

M: Bien, bien. Viste como es todo ellos quieren hacer recortes y cortan por lo más fino siempre.

A: Claro, aparte nosotros éramos voluntarios, no derivábamos presupuesto de nada, muy por el contrario, bajo el nivel de presión de los pacientes, disminuyo la concurrencia al sector de tratamiento del dolor, disminuyo el consumo de sedantes, de analgésicos; sobre todo eso fue nuestra estadística.

Lo que pido es que cuando nos nombran pongan la fuente.

K: Si, sí. Quédate tranquila que todo lo que charlemos lo vamos a poner.

A: Nosotros queremos expandirnos.

E: te hago una consulta, ustedes hablan de estadísticas, en las estadísticas, ¿ustedes que evalúan? ¿Los beneficios del tratamiento? ¿La cantidad de gente que asiste?

A: En el trabajo que presentamos en el Torneau, lo que medimos estadísticamente es la disminución del nivel de estrés, el nivel de ansiedad, la disminución de la concurrencia al tratamiento del dolor. Los que habían tomado curso de Reiki, los que habían tenido mejoras en el sueño y los que habían tenido un cambio de actitud frente a algunos acontecimientos que la vida les proponía, en especial frente a personas que habían tenido pérdidas, fallecimiento de familiares.

Tomamos sobre una población en ese momento de 205 personas que habían recibido 40 o más sesiones de Reiki, tomamos una muestra de 39 personas; las sesiones son de 10', 15' o 20' de dos o más Reikistas por paciente o receptor; y eso los hicimos que, durante 14 meses, la estadística me refiero, dimos más sesiones.

Así que bueno sobre ese campo, sobre esa muestra estadística hicimos el trabajo que presentamos en la jornada del 2013 del Hospital Torneau, y después aparte todas las sesiones, por ejemplo, hoy fuimos al hospital Roca y dimos 37 sesiones.

K: ¡UFFF!!!!

A: De 9 a 11:45 hs... y bueno así y todo hacemos una estadística de los pacientes atendidos. Ya tenemos como 15.000 sesiones dadas.

K: ¿en estos cinco años?

A: desde que empezamos con Reiki al Servicio. Así que son dos tipos de estadística distintas.

K: Buenísimo. La verdad es que es súper interesante el trabajo. ¿Ustedes tienen contacto con algún grupo del exterior que haga Reiki en instituciones?

A: Si, dos grupos de Brasil, uno que está en una salita, como una especie de sala de primeros auxilios, en Florianópolis. Otro chico que esta al Norte de Brasil, no recuerdo la ciudad; otra en Lima, Perú. A veces intercambiamos experiencias, pero no es un contacto muy fluido, tenemos conocimiento y estamos en contacto. También con la Fundación Sauce de Madrid.

K: España tiene un trabajo importante hecho en todo lo que es Reiki dentro de las instituciones de salud.

A: Si, si no llevado a cabo, pero si impulsado por la fundación Sauce. Yo tome un curso, el presidente de la Fundación Sauce hace muchos años y creo que me inspire también en esto de dar Reiki en Hospitales.

Pueden buscar si quieren en fase o en Google notas que me han hecho de esto de Reiki en hospitales, por si quieren poner algo. Si buscan... Reiki en hospitales con resultados sorprendentes.

K: Creo que yo te encontré ahí, si mal no recuerdo.

A: y hay otro que me hicieron.

K: Hay uno creo que del Diario Clarín

A: si, si es el de Clarín.

K: de ese saque tu nombre yo.

A: Si no busquen por mi nombre, hay otro que me hicieron en Clarín. Algo de Reiki tendencia, en Medicina Integrativa o algo por el estilo.

A lo mejor pongan Reiki Medicina integrativa y mi nombre y a lo mejor aparece. Después en el muro de Reiki al Servicio como primer artículo hay un reconocimiento, hay varios artículos, pero la verdad es que me los guarde y no sé dónde están.

K: Dale, Buenísimo. ¿Te hago una consulta indiscreta... cuantos años Tenes?

A: Dale, ¡55 años!!!

K: En este momento no se nos ocurre nada más, más que nada agradecerte un montón el que nos hayas dado tu tiempo y bueno que cualquier cosa que necesitemos vamos a volver a molestarte.

A: si, no hay problema, sino me mandan las preguntas por mail. Si tienen alguna duda u otra cosa que surja después o cuando estén pasando el dialogo me dicen, yo si las puedo ayudar desde mi humilde puesto... encantada.

M: ¡Buenísimo!!!

K: ¡Genial!!!

Bibliografía

- o "Alternativo", *Diccionario de la Real Academia Española*, <http://dle.rae.es/?id=26t9lcH>. Acceso a la página 06/05/2016.
- o "Complementario", *Diccionario Actual*, <http://quees.la/complementario/>. Acceso a la Página 06/05/2016.
- o Duque Henao, María Alejandra, "Martha Elizabeth Rogers. Seres humanos unitarios", disponible en <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com.ar/2013/06/seres-humanos-unitarios.html>
- o Franco, Teresa, Ginatto, Adriana y Vietto, Hugo, "Reiki Aplicado al dolor crónico", *Jornadas científicas Hospital Torneau*, octubre 2013.
- o Galvis López, Milena Alexandra, "Teorías y Modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica", *Revista CUIDARTE*, vol. 6, núm. 2, 2015, pp. 1108-1120 Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia.
- o Kérouac, S. P., *El Pensamiento Enfermero*, Barcelona, Masson, 1996.
- o OMS, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 22 de julio de 1946, Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, ingreso en 30/05/2016.
- o OMS, "Estrategias sobre medicina tradicional 2014-2023", 2013, disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
- o Shubert, Vania, "El legado histórico del modelo Nightingale: su estilo de pensamiento y su praxis", *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.52, no.2 Brasília, Abril/Junio 1999.
- o Torres, Alexandra, Sanhueza, Olivia, "Desarrollo de la autoestima profesional en la enfermería", *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XXIV, N° 2, septiembre de 2006.

- o Viorel Viscarra, María Evelyn y Viruez Soto, José Antonio, "¿Medicina científica vs. Medicina alternativa?", *SCientífica*, v.4, n.4, La Paz, 2006.
- o Zabalegui Adelaida, "El rol del profesional de enfermería", en *Aquichan- Yarnaz*, vol 3, n°3, octubre 2003, Universidad de la Sabana, Cundimarca Colombia.

Artículos web

- o "La primera receta médica en prescribir Reiki a un paciente se extiende en las redes sociales como un documento histórico", disponible en
- o <http://www.tunuevainformacion.com/salud-integral/444-la-primer-receta-medica-en-prescribir-reiki-a-un-paciente-se-extiende-en-las-redes-sociales-como-un-documento-historico.html>
- o "¿Qué son los cuidados paliativos?", <http://www.fundacionpaliar.org.ar/que-son-los-cuidados-paliativos/>
- o "Principios de los cuidados paliativos", <http://www.fundacionpaliar.org.ar/principios-de-los-cuidados-paliativos/>
- o "Historia de los cuidados paliativos", <http://www.fundacionpaliar.org.ar/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
- o "Cuidados paliativos en Argentina", en <http://www.fundacionpaliar.org.ar/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
- o "Principios de los cuidados paliativos", en <http://www.fundacionpaliar.org.ar/principios-de-los-cuidados-paliativos/>
- o "La revolucionaria teoría de Bruce Lipton", <http://www.guioteca.com/fenomenos-paranormales/la-revolucionaria-teoria-de-bruce-lipton-cientifico-afirma-que-pensamientos-curan-mas-que-los-remedios/>, acceso en 17/07/2016.

- o Ciudad Virtual de la Gran Hermandad Blanca Revista digital Holística y Comunidad espiritual... Reiki en Hospitales Diferentes Países Publicado por: Rosa (Coordinadora redacción GHB) en El Rincon de la Salud, Medicina Natural 11 agosto, 2012. <https://hermandadblanca.org/reiki-en-hospitales-diferentes-paises/>
- o <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/martha.html>
- o <http://www.mantra.com.ar/contmanifestacionesenergeticas/queeslafisicacuantica.html>
- o <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/11/04/tendencias/1320419777.html>
- o <https://es.wikipedia.org/wiki/Chakra>
- o <http://www.quo.es/salud/el-reiki-cura> (
- o <http://www.nih.gov/>
- o <http://reikiunificado.com/reiki/historia-del-reiki>
- o [http://www.reikiworld.net/Reiki spanish/Historia de Reiki.htm](http://www.reikiworld.net/Reiki%20spanish/Historia%20de%20Reiki.htm)
- o <http://www.reiki-apuesta-.com/historia%20del%20reiki.html>
- o <http://reikiunificado.com/reiki/historia-del-reiki/>
- o <http://www.sanacionysalud.com/hospitales.htm>
- o http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21702/1/2009_8.pdf
- o <http://www.tunuevainformacion.com/salud-integral/444-la-primer-receta-medica-en-prescribir-reiki-a-un-paciente-se-extiende-en-las-redes-sociales-como-un-documento->
- o [http://webs.ono.com/aniorte nic/archivos/teoria marta rogers.pdfhistorico.html](http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/teoria_marta_rogers.pdfhistorico.html)
- o <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com.ar/2013/06/seres-humanos-unitarios.html>
- o <http://www.mantra.com.ar/contmanifestacionesenergeticas/queeslafisicacuantica.html>
- o <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/11/04/tendencias/1320419777.html>
- o <https://es.wikipedia.org/wiki/Chakra>
- o <http://www.quo.es/salud/el-reiki-cura>
- o <https://reikiandorra.wordpress.com/los-chacras-principales/>

- o https://entremujeres.clarin.com/entremujeres/vida-sana/salud/hospitales-complementaria-tendencia-medicina-integrativa_0_Hyc8-JtPQe.html
- o <https://es.slideshare.net/SusanaMariaGarcia/interaccion-de-frmacos-con-terapias-alternativas-4027911>