

# SALUD CREATIVA

---

Ana Martínez  
Florentino Díaz  
Sarah Pink



-logía | *udla*  
ediciones

## Editora

### Ana Martínez

Es doctora en Ciencias Políticas y Sociología, con especialidad en Antropología Social, y especialista universitaria en Sociología del Consumo por la Universidad Complutense de Madrid, desde 1998. Fue profesora titular de Sociología en la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, desde el 2003 hasta el 2014. Su actividad investigadora se articula en dos líneas de trabajo: promoción de la salud y el bienestar y metodología de la investigación social. En la actualidad es investigadora y docente de Antropología y Sociología Médica y Coordinadora de Vinculación con la Comunidad en la Escuela de Medicina de la Universidad de Las Américas, Quito, Ecuador.



-logía

ud/b.



# SALUD CREATIVA





# SALUD CREATIVA

Ana Martínez  
Sarah Pink  
Florentino Díaz

**Colaboradoras:**

Shanti Sumartojo  
Lisa Spong  
Laurene Vaughan

**Salud Creativa**

© Ana Martínez, Sarah Pink, Florentino Díaz

**© Universidad de Las Américas**

Facultad de Ciencias de la Salud

Campus UDLA Park

Redondel del Ciclista, Antigua Vía a Nayón

[www.udla.edu.ec](http://www.udla.edu.ec)

Quito, Ecuador

Primera edición: Enero, 2019

**CUIDADO DE LA EDICIÓN**

Coordinación Editorial UDLA

**CORRECCIÓN Y ESTILO**

Adriana E. Salgado C.

**DISEÑO DE CUBIERTA**

David Sánchez

**DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN**

David Sánchez

**EDITORIAL**

UDLA ediciones

**PUBLICACIÓN EN LÍNEA**

[HTTPS://WWW.UDLA.EDU.EC/TIPO/LIBROS/](https://www.udla.edu.ec/tipo/libros/)

ISBN: 978-9942-779-12-0

**DERECHOS DE AUTOR**

© De cada texto su autor

Gracias por respetar las leyes del copyright al no reproducir, escanear ni distribuir ninguna parte de esta obra, sin la debida autorización. Al hacerlo está respetando a los autores y permitiendo que la UDLA continúe con la difusión del conocimiento. Reservados todos los derechos. El contenido de este libro se encuentra protegido por la ley.

Editado en Quito, Ecuador

Prevía a su publicación, esta obra fue evaluada bajo la modalidad de revisión por pares anónimos.

## **Agradecimiento**

Nuestro agradecimiento a todas las organizaciones y personas que generosamente apoyaron nuestro proyecto:

A los participantes del «Taller Salud creativa» que tuvo lugar los días 17, 18 y 19 de enero de 2017, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Las Américas.

Al Digital Ethnography Research Centre, RMIT University, Australia.

Al Hospital de Bendigo, Exemplar Health y RMIT University, de Australia, quien financió la investigación a la que hacemos referencia en el capítulo tercero.



# Contenido

13 **Introducción**

**Capítulo primero**

17 Etnografías de la salud

28 Medicina basada en narrativas como una forma de salud creativa

33 Relatos de salud creativa

36 El maletín de médico

38 La vida y la muerte: hermanas siamesas

40 Un mal de nombre nazi

41 Dormir en el suelo

42 Descargas emocionales

43 Liderazgo en salud

**Capítulo segundo**

45 Salud creativa: una poética etnográfica de lo posible

49 ¿Qué es lo posible?

51 Contingencia

55 Improvisación

56 Creatividad

### **Capítulo tercero**

- 59 Recuperación: salas sensoriales para pacientes de unidad psiquiátrica
- 63 Etnografía sensorial
- 66 Modulación sensorial en *Bendigo Health*
- 72 Imaginando y planificando para el nuevo lugar

### **Capítulo cuarto**

- 77 Salud creativa: un enfoque desde la práctica poética

- 93 **Trayectorias profesionales**

- 97 **Referencias**

## Introducción

Salud creativa es un texto para lectores de cualquier disciplina académica o práctica profesional que estén interesados en la creatividad como forma de generar cuidados, bienestar y salud. Planteamos algunas ideas en torno al diseño, la antropología y el arte para definir una nueva mirada hacia la salud con una aplicación práctica desde la creatividad. Queremos reflexionar sobre las técnicas y formas de conocimiento que conforman las prácticas de creación, de etnografía y poesía con el fin de explorar hasta qué punto un futuro saludable podría entenderse también como productivo sin dejar de cumplir con las exigencias de predicción y resolución que, con frecuencia, dominan las estructuras sociales contemporáneas. En su lugar, proponemos un marco conceptual y aplicado que enlace con las nociones de contingencia, improvisación y creatividad y examine cómo estos conceptos podrían permitirnos pensar en generar otras posibilidades en el futuro.

El libro es el resultado de una colaboración interdisciplinar y del compromiso de crear formas de pensamiento y práctica más allá del alcance de una sola disciplina académica, y con la iniciativa de involucrar al arte para permitir nuevas formas de creación y factibilidad. Este proceso nos ha llevado a cohesionar la teoría y la práctica del diseño; la antropología y la etnografía visual y sensorial; la antropología de la salud y de la medicina; y las intersecciones con el arte y la práctica visual.

Esta colaboración, como la de cualquier proyecto interdisciplinar, requiere una apertura no solo hacia los modos de trabajo de otros sino también para incidir y cambiar nuestra manera de pensar. Juntos hemos diseñado el marco de la salud creativa; sin embargo, su realización y este libro no hubiera sido posibles sin la oportunidad de presentar nuestras ideas en un taller y, de esta manera, aprender de los participantes que se acercaron a compartir generosamente sus experiencias y tiempo con nosotros con la clara voluntad de experimentar.

Es nuestro deseo que los lectores se interesen por este libro con una apertura similar para empezar a considerar un cambio: de una

perspectiva basada en soluciones a otra centrada en las posibilidades de un mundo incierto que puede permitirnos hacer frente, de maneras nuevas e innovadoras, a los problemas perennes que enfrentamos en salud (así como en otros contextos). De hecho, el objetivo primordial de este libro no es solamente ofrecer soluciones sino, más bien, invitar a los lectores a pensar y crear nuevas posibilidades, a partir del marco teórico y metodológico

Comenzamos, en el capítulo uno, con una discusión detallada del contexto en el que el taller y este libro se presentaron en Ecuador. Este primer texto habla de las experiencias previas de acercamiento al arte y la salud que se habían desarrollado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Las Américas de Quito. El interés en esta articulación de la creatividad como un modo de generar salud está siendo caracterizado a través de las complejidades de modelos de salud intercultural, necesarios en un contexto estructuralmente diverso, con el agravante de la necesidad de responder a la coyuntura del terremoto de gran magnitud, ocurrido el 16 de abril de 2016, en la costa ecuatoriana.

A este trabajo añadimos el enfoque de antropología del diseño, que se describe en el capítulo dos que se centra en tres conceptos. Primero exploramos hasta qué punto la creatividad es la base de cómo se practica la salud a través de una diversidad de contextos. A continuación, consideramos cómo esto implica las actividades de improvisación de las personas en relación con las contingencias de las circunstancias en que nos encontramos. Al mirar cómo la salud y el bienestar se constituyen desde este prisma, somos capaces de cambiar la perspectiva. Esta comprensión también invoca un enfoque etnográfico —que se introduce ya en el capítulo uno— y nos obliga a atender a los elementos sensoriales, tácitos y emocionales en torno a la salud y las prácticas derivadas de ella.

En el capítulo tres, esto se explica más a través de un ejemplo concreto, basado en un proyecto llevado a cabo en Australia, que se centra en el uso y la experiencia de una sala sensorial en el servicio psiquiátrico de un hospital. Este ejemplo muestra cómo se puede implementar un enfoque de etnografía sensorial aplicada, desarrollado con el marco de la antropología del diseño.

Finalmente, el capítulo cuatro nos traslada a nuestro interés por reunir las formas de práctica de arte y la salud. Este texto nos introduce en la relación entre poesía y salud, acercándonos a nuestro argumento para una apertura del enfoque en lugar de un paradigma basado en soluciones. La forma en la que aprendemos poesía, una manifestación de creatividad, puede considerarse una tecnología para abrirse a lo posible, haciendo de la poética un elemento clave de la práctica de la salud creativa. También los trazos del pincel y la tinta china que dibujamos en el taller constituyen una forma de meditación para la salud.

Salud creativa, como hemos destacado anteriormente, es un conjunto de proposiciones en lugar de un marco de soluciones. Sin embargo, significativamente, es en torno a los temas que resuenan desde lo antropológico y lo etnográfico, tanto como desde los principios de la antropología del diseño y la práctica poética, como logramos conectar con nuestras inquietudes sobre la salud y el bienestar en una forma creativa. Invitamos a los lectores a pensar y practicar con nosotros las diversas formas de salud creativa para, con las ideas expuestas aquí, contribuir a esta discusión. Queremos recordar que los libros no son puntos finales o conclusiones a temas sino, más bien, aperturas. En este sentido, esperamos que este sea solo el comienzo de un viaje creativo a la salud.



# **Capítulo primero**

## Etnografías de la salud

Ana Martínez Pérez  
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS



En enero de 2017, se llevó a cabo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Las Américas un taller de Salud creativa, planteado como un encuentro participativo y de exploración en el que tratamos de responder a la cuestión: ¿qué es una salud creativa? Y, desde ahí, ¿cómo podemos aplicarla? Creamos una metodología interdisciplinar para comprender y comunicar sobre la salud en un proceso de creación. En la articulación entre arte, salud y etnografía, las tres variables pueden funcionar como medios y como fines en sí mismas, de ahí la versatilidad de este enfoque interdisciplinar que es una espiral más que una línea recta. Esta apertura a lo que nos ofrecen las perspectivas y prácticas desarrolladas por la antropología, el arte, la poesía, el performance, la etnografía y el vídeo documental nos lleva a lograr un modelo de promoción de la salud desde la expresión artística, tanto para la educación médica de los y las profesionales de la salud como para la salud centrada en la comunidad.

El método etnográfico, muy posicionado en las vivencias de la expresión artística, es el conjunto de herramientas adecuado para este tipo de taller generativo. Nos servimos del performance poético y el diario de campo en medicina narrativa, de los visionados de material audiovisual generado por otros en la aplicación de arte en el contexto de salud. También, los ejemplos de otros proyectos etnográficos nos sirvieron para un marco de referencia y aplicación de la salud intercultural en la salud creativa; y, finalmente, el uso de tecnologías y medios digitales para una articulación de la promoción de la salud desde el arte. Las recetas mágicas no existen en los modelos de intervención que proponemos; sin embargo, cada vivencia del taller supone una experiencia de salud creativa en tanto las personas que participan generan formas alternativas de llevar las riendas de su propia salud.

Entendemos el modo tres de generación de conocimiento (Martínez y Camas 2016) como el más adecuado en tanto buscamos un conocimiento participado con las comunidades de práctica (profesionales de la salud) y de aprendizaje (estudiantes de Medicina). El proceso vivido se registró audiovisualmente con el fin de editar objetos masivos de aprendizaje o documentales etnográficos desde la investigación participativa. En este taller desarrollamos una conceptualización de Salud creativa con el fin de que se aplique en el contexto de la Escuela de Medicina de la Universidad de Las Américas, en Quito, Ecuador, pero también que responda a debates y aspectos más amplios y globales que queremos compartir con el resto de la comunidad científica.

A finales de junio de 2016, en la misma Escuela de Medicina, celebramos la Semana de Arte en el contexto de la salud. A partir de esto, surgió muy pronto la idea de registrar lo que haríamos, no solo porque era algo extraordinario sino también porque tenía un sentido de continuidad para nuestro proyecto que era convertir a la Escuela de Medicina de la UDLA en un centro de formación en salud: donde los estudiantes y los profesores sintiéramos que estábamos apostando por la mejora de las condiciones de vida de la población ecuatoriana y no solo por atender a las dolencias, malestares y enfermedades. Las dos líneas de acción por las que conseguiríamos este fin serían: 1) promover el arte como forma de salud —de ahí el título—; y, 2) centrar la salud en la comunidad y no únicamente en los hospitales o consultorios médicos. Esta transformación, orientada a la salud y el bienestar, revertirá en nuestra salud y en la mejora de la atención y los cuidados de los pacientes. El modelo está pensado para poder replicarse en otros lugares porque se inspira en lo que se está haciendo en otras escuelas promotoras de salud de diferentes países.

La segunda Semana de Arte, en el contexto de la salud, implica la toma de partido hacia un modelo más proactivo de salud creativa. El taller, realizado los días 17, 18 y 19 de enero de 2017, buscó generar propuestas de cambio social: un grupo de profesionales que queremos mejorar la atención de salud de la población nos reunimos para aprender a plantear, desde la etnografía, propuestas que nos ayuden a pensar y diseñar la

salud que queremos. El primer día estuvo dedicado a ver iniciativas desarrolladas en la etnografía; el segundo día se centró en la invitación que nos hace el arte con sus diferentes posibilidades; y, finalmente, dedicamos el tercer día a un balance para enfocarnos en la salud que queremos para nosotros y para las personas con las que trabajamos y vivimos. El registro audiovisual se llevó a cabo con las cámaras de los celulares y con materiales producidos en la propia dinámica grupal de un taller generativo.

El documental «El arte de la salud» es el testimonio del taller que tuvimos, a finales de junio de 2016, con docentes de medicina y al que dimos el mismo título. Este trabajo audiovisual inció con la reflexión final de un grupo de docentes que han vivido una semana de experiencias emocionantes, y con el balance de lo allí vivido. A lo largo de los días, fuimos alternando una serie de actividades donde diferentes profesionales, vinculados al mundo del arte y/o de la salud, presentaban propuestas desde diferentes puntos de vista como medicina narrativa, música, expresión corporal, danza, pintura corporal —o body painting—, performance, historia del arte, teatro, clown, mímica, títeres y, finalmente, la escritura como testimonio y hoja de ruta de la propuesta. El sentido del relato es que el arte es una herramienta para promover la salud y este es solo un ejemplo de cómo puede lograrse tal propósito.

Nuestra propuesta es una invitación para cualquier persona que quiera promover la salud, en cualquier lugar: lo único que habría que hacer es adaptar las propuestas en formato digital al analógico y considerar las particularidades culturales que cada contexto requiera. Los materiales escritos se publican en forma de libro, entendido como objeto de arte y como (re)medio de comunicación y salud.

Queremos mejorar la salud de la población con la que trabajamos en la Escuela de Medicina porque necesitamos líderes saludables para dirigir la salud del resto de la ciudadanía. Buscamos cumplir con los dos objetivos de la Carta de Okanagan (2015): un llamado a la acción para promover la salud a nivel interno de cada institución de educación superior y para liderar procesos en la población con la que nos relacionamos y a la que nos debemos como profesionales de la salud. Tanto

nuestra docencia como la investigación que hacemos se orientan hacia un modelo de salud centrado en la comunidad, que solo es posible si formamos a nuestros docentes y estudiantes (futuros profesionales) en la promoción de la salud.

En la entrevista «Cien años sin ir al médico», —realizada en el Hospital Mount Sinaí (Estados Unidos) y publicada en *El País*, el 30 de marzo de 2006—, ante la pregunta de Javier Sampedro: «¿Qué es peor para el corazón, el estrés o la mala alimentación?», el doctor Valentí Fuster, cardiólogo, responde: «El corazón es mucho más complejo que todo eso. Lo peor tal vez sea no enseñar a los niños lo que significa la tolerancia».

En consecuencia, y de acuerdo al planteamiento del Dr. Fuster, si aprender la palabra «tolerancia» es bueno para la salud, ¿cómo pensar la relación entre arte y salud? En la interacción entre ambas, establecemos la transformación del tradicional enfoque centrado en la enfermedad a una visión orientada a la salud. Somos agentes promotores de bienestar y creatividad que nos apoyamos en los profesionales de la salud y el arte, en un proceso generador de vida. Precisamente ahí es donde radica la importancia del entorno en el que interaccionamos, como los cuerpos que somos, con el resto de los seres vivos con quienes aprendemos. Cuerpos que no están divididos entre cuerpo y alma, o entre mente y cuerpo, sino que pertenecen a seres íntegros e integrales.

En los años cincuenta del siglo pasado, Aaron Antonovsky, quien además de estudiar medicina había estudiado sociología, empezó a preguntarse no tanto por la tradicional cuestión de qué era lo que hacía que las personas enfermáramos sino más bien por qué esto hacía que tuviéramos buena salud. A partir de ello nació su teoría de la salutogénesis, no solamente con el concepto del sentido de coherencia (1987) sino también con todo un enfoque que algunos de sus discípulos (Lindstrom, 2010) se han encargado de hacernos llegar, incluso dibujando «su» río de la vida.

Al pensar la salud en el río de la vida, nos damos cuenta de hasta qué punto, si no cambiamos de enfoque, serán muchas las vidas que se seguirán perdiendo en la «catarata» de la enfermedad. En efecto, hemos de revisar la educación médica hacia un modelo que incluya la salud

como principal ocupación de los profesionales, que no son «enfermólogos», como decía Edmundo Granda (2009).

¿Qué hacer con un paciente sano? Es la pregunta encomendada a los estudiantes en su examen de habilitación profesional en Ecuador; y comentaban sorprendidos que nunca se habían planteado que se pudiera presentar una persona «no enferma» en la consulta. El actor que interpreta al enfermo sano en una prueba de simulación clínica dice acudir a la consulta encontrándose bien de salud. En el juego de rol que se despliega mediante la técnica del paciente estandarizado, los estudiantes muestran su desconcierto cuando se dan cuenta de que durante cinco años han estudiado qué hacer con un enfermo, pero no cómo trabajar por la salud, para conservarla, para mantenerla para gestionarla. Sería deseable e incluso económicamente rentable (ver Informe Lalonde de 1974, publicado en 1981) enfocarnos en promover la salud, siguiendo esa doble vertiente de salud objetiva y subjetiva de Terris (1970) según la cual es el sujeto el que percibe su propia salud cuando es capaz de valerse por sí mismo. Tanto en la formación continua de los profesionales como en la atención clínica, la orientación salutogénica conlleva el desplazamiento del escenario del hospital y del centro de atención primaria a la casa, a la comunidad y a la vida cotidiana de una ciudadanía que requiere el empoderamiento en salud, solicitado por la Carta de Ottawa (1986), primer documento de promoción de salud.

Y este viraje, estos dos cambios hacia la salud y la vida, hacen que relacionemos el arte con la salud, el cuerpo y la naturaleza, en una articulación organizada desde la creatividad, el bienestar, la experiencia sensorial y el ecosistema en el que habitamos. Este diálogo queda muy bien definido en la idea de salud que nos presenta Luis Hervás Olmedo, un niño de cinco años, estudiante de C.E.I.P. Primer Marqués del Turia, colegio de educación infantil y primaria de Valencia (España), quien, cuando se le pide dibujar sobre los derechos del niño y la niña, traza la silueta de un árbol de la vida, lleno de pájaros, mariposas y flores, enmarcado por unas nubes nada amenazantes: familia, escuela, médico, alimentación. Este niño fue capaz de dibujar la idea antes expuesta por Ilona Kickbusch: «La salud es básicamente una estructura social: se crea

a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega».

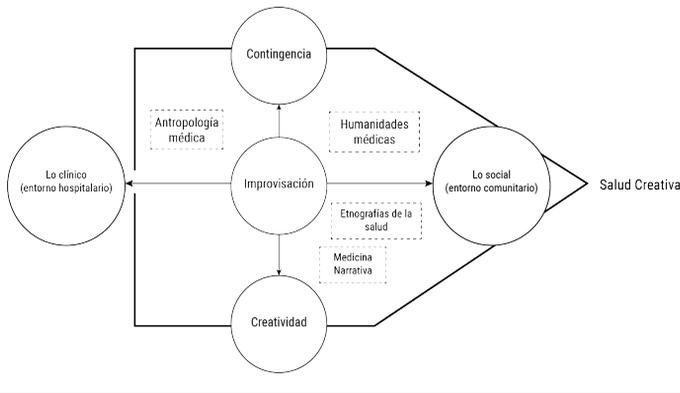
Tenemos la necesidad de articular la salud y el arte en el medio en el que vivimos porque, como dicen los autores de un libro reciente: «La salud no puede ser una cuestión meramente individual sino que está siempre en la intersección entre el ser humano, su sociedad y su objeto, ambos concebidos como ecosistemas e integrables» (Betancourt, Merten y Parra 2016). Para ello tenemos tres niveles de aproximación al concepto de salud: un nivel amplio y colectivo que entiende la salud como derecho; otro intermedio, desde el punto de vista profesional, que está viendo la salud como intervención; y, finalmente, uno personal o individual que considera que la salud es bienestar. Estos tres ámbitos, para entender la salud, guardan relación con aquella manera de capacitar a los futuros médicos, en la que la primera visita de un paciente estaba protocolizada por una sucesión de tres preguntas: ¿qué le pasa?, ¿cuánto tiempo hace que le pasa esto?, y ¿a qué lo atribuye?

Este marco conceptual (ver figura 1) va tomando forma gracias a dos grandes aportes: el de Sarah Pink con los conceptos *contingencia*, *improvisación*, *creatividad*; y el de Rita Charon (2006), figura de referencia en medicina basada en narrativas, con su trilogía análoga: *atención*, *recepción*, *afiliación*.

Sabemos que, en la mayoría de los casos, tanto el diagnóstico como el tratamiento tiene que ser un lugar de encuentro equidistante entre los signos y los síntomas (Conde 2002) porque, de lo contrario, terminaríamos sesgando hacia lo que muestra esa evidencia

—que no siempre es evidente— o esas narrativas que, siendo excepción, no pueden ser norma. La medicina, basada en evidencia, termina teniendo la dificultad de que depende de los parámetros que tomemos para evidenciar. Por ejemplo, tenemos relatos de pacientes a los que se les ha diagnosticado una infección por un PCR elevado en los análisis clínicos y, por tanto, se les ha administrado una alta dosis de antibiótico sin realizar los cultivos y pruebas para determinar si la infección era vírica o bacteriana. Articular signos y síntomas requiere otro modo de aprender medicina para tratar también de otra manera a los pacientes.

FIGURA 1. Marco conceptual de Salud creativa



La medicina basada en narrativa podría llevarnos a ese equilibrio, pero tendremos que empezar a narrar de forma habitual, como un proceso que bien podría constituir el primer avance en salud creativa. De ahí parte el entrenamiento al que sometemos a los estudiantes de tercer semestre: escribiendo entre 500 y 1000 palabras por semana.

Esta relación articulada entre el arte y la salud nos lleva a promover la salud desde la creatividad y, así, la propia expresión de los sentimientos y emociones se manifiestan como una de las habilidades para la vida (Life skills 1993) pero también como un modo de empoderamiento en salud, entendida como una competencia estructural (Pérez y Luquis 2008). Dado el índice, la prevalencia (ver figura 2) y las proyecciones epidemiológicas presentes (Organización Panamericana de la Salud 2016), sabemos que la tarea de los médicos no será la curación, porque las primeras causas de muerte son enfermedades crónicas no transmisibles. El papel de «salvavidas», tradicionalmente atribuido a los profesionales de la medicina, se limitaría a aquellas pocas situaciones especialmente vinculadas a los accidentes cerebrovasculares, a los infartos agudos de miocardio y a algunas cirugías de emergencia por traumatismos. La atención médica, y con ella la relación médico-paciente, pasa por un acompañamiento de

los procesos de salud-enfermedad-atención y, como mucho, transita el terreno del alivio del dolor (Menéndez 2003).

Esta «cura de humildad» de la medicina, con enfoque patogénico, merece un giro copernicano en educación médica (Bleakley 2011), con el fin de adaptar la capacitación de los recursos humanos en salud a las nuevas necesidades de una población aquejada de otros males. Los profesionales de la salud, pero también quienes nos dedicamos a la educación, hemos vivido la pérdida de sentido de la vocación de servicio por estar inmersos en procesos de privatización de los servicios públicos. Estos derechos a la atención sanitaria y a la educación se ven conculcados cuando se produce un abuso de poder ante la situación de máxima vulnerabilidad que conlleva la enfermedad o la ignorancia.

Por consiguiente, la formación universitaria tendría que ajustar sus principios a unas necesidades de una población que sabe lo que requiere para mejorar sus condiciones de vida y su salud. Hasta ahora, la orientación de los profesionales de la salud ha sido hacia el trabajo hospitalario y hacia la enfermedad, pero ¿qué pasaría si iniciáramos un giro copernicano, consiguiendo que sea el sistema de salud el que acuda al encuentro de las personas en sus comunidades para la mejora de su salud?

En la evolución de la idea de cuerpo, en el pensamiento occidental, hemos vivido procesos que han ido escindiendo la integralidad de la solidaridad orgánica a, como diría Durkheim, la solidaridad mecánica: más funcionalista, más instrumental y menos humana. Como bien dice Antonio Damasio (1996), si somos un organismo biológico, también psicológico y social, aunque se nos olvide y nos resistamos a cambiar el orden de esas tres facetas de la salud. Ese organismo funciona como un todo en donde la especialización excesiva de la formación de postgrado, y la atención en los niveles secundario y terciario del sistema de salud, no nos beneficia. Sabemos que no hay un órgano del cuerpo que pueda ser entendido sin el resto, el funcionamiento es orgánico y no mecánico, pero seguimos formando en la lógica mecánica de que se puede analizar la retina como si fuera la tesela de un mosaico con pretensiones de ser una representación en sí misma.

En los últimos informes sobre cobertura universal de salud (Evans 2012) vemos cómo el resultado más positivo lo obtienen países con una atención primaria en salud con enfoque de medicina de familia. Los casos de Cuba y Brasil, en la región de las Américas, serían buenos ejemplos. La cercanía de esta atención, que por algo se llama «primaria», permite hacer más inclusivas las políticas públicas de forma que sea el sistema el que se acerque a la ciudadanía y no al revés. Necesitamos médicos capaces de empoderar en salud a la población para que sea cada persona la que lleve las riendas de su propia vida y se comprenda como un ser autónomo, capaz de gobernarse a sí mismo y no de ser gobernado por los demás. Como decía Spencer y nos recuerda Marcela Lagarde, (2000, 75): «los liderazgos deben conducir a mejorar la calidad de vida, no a empeorarla. Deberíamos proponernos que al liderar mejoraran su salud, pues no podemos pensar en personas deterioradas liderando la causa del desarrollo humano.

**FIGURA 2.** Marco explicativo de salud creativa



## Medicina basada en narrativas como una forma de salud creativa

En el proceso del Taller de Salud creativa se dieron momentos de mucha creatividad, en primer lugar, por los relatos construidos al son de la música de violín de un participante, estudiante de Medicina y músico, Julio Montaluisa.

Los textos que presentamos al final de este capítulo dan buena cuenta de cómo, en el relatar del paciente o del profesional de salud, hay un proceso de toma de conciencia del propio proceso de salud-enfermedad y cuidados de quien atiende o de quien es atendido.

Estos dos momentos conforman el binomio que Bleakley (2011) explica, en términos de *sensibility* y *sensitivity*, las formas de percepción que tiene el profesional a través de sus sentidos para llegar a un diagnóstico, y las formas de «recepción» cuando estos mismos profesionales se ven afectados por la vivencia de otros, pacientes o colegas, en un proceso muy similar al etnográfico. De esta manera, a lo largo de los tres días de taller pudimos poner en práctica tanto la *sensibility* como la *sensitivity* en una suerte de cadena de performance desde diferentes expresiones artísticas. Como dice Jairo Sánchez<sup>1</sup> en su tesis de grado (2017): «lo que hacen los médicos que aplican la medicina narrativa son en realidad actos performativos, [...] en donde las experiencias de los pacientes y los médicos se incrustan y se encarnan, actos generativos que crean realidades corporales (*embodied knowledge*)». En efecto, la competencia narrativa se basa en el performance y permite al profesional de la salud interpretar los relatos de los pacientes.

---

<sup>1</sup> Jairo Gabriel Sánchez Carrasco es uno de los participantes en el Taller de Salud Creativa. Un mes después de su participación defendió su tesis «Contribuciones de las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica: a propósito de los casos de las facultades de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia», que fue calificada con la máxima nota en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Entrenamos al estudiantado en Medicina para que escriban todas las semanas en torno a mil palabras, sus relatos habrán de dar cuenta de las experiencias de algunos familiares cercanos, en su experiencia como pacientes y en su itinerario asistencial por el sistema de salud en el que en unos años más trabajarán. Además, cada estudiante tuvo que entrevistar a un médico para que le relate sus vivencias en el año de rural o visitar a la yerbatera de un mercado para que le explique los motivos de consulta por los que las personas que se hacen una limpia con escobas dulces o amargas, según sean sus males. Si los profesionales de la salud saben relatar e interpretar relatos de quienes sienten y padecen, serán más capaces de diagnosticar, pero también de acompañar en el proceso de empoderamiento en salud que, al fin y al cabo, es de lo que se trata. Lamentablemente, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el país y, de forma general, en el mundo no permite la sanación de muchos de los procesos de enfermedad que nos aquejan.

En la conjunción de las etnografías de la salud y la medicina narrativa, tuvimos ocasión de iniciar un proceso formativo a un grupo de médicos recién egresados que quiso recibir una capacitación en antropología antes de ir al servicio social de Salud rural<sup>2</sup> durante un año. Ecuador es un país pluricultural en el que los profesionales de la Medicina realizan, de forma obligatoria, un servicio social de doce meses en el área rural. En este año de servicio, los médicos trabajan en diferentes comunidades y grupos étnicos, sin haber recibido una formación específica en antropología y con pocas nociones de promoción de la salud. Este periodo de medicina, en entornos rurales o urbano-marginales, resulta equivalente al trabajo de campo etnográfico por la duración, la incursión en el ámbito rural y la coincidencia de la tarea comunitaria apoyada en las técnicas etnográficas que, por excelencia, definen nuestro método: observación participante y entrevistas en profundidad. Sin embargo,

---

2 Los médicos haciendo etnografía son: José Andrés Ocaña, José Córdor, Tiana Suárez, Javier Panchi y Jairo Sánchez, Médicos cirujanos egresados en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, quienes actualmente trabajando como médicos rurales para el Ministerio de Salud Pública en diferentes lugares del país.

durante los diferentes años de formación de pregrado en Medicina, son pocas las universidades en el país que contemplan la posibilidad de educar con contenidos de antropología médica y de la salud. Los titulados en Medicina habrán de ejercer su profesión en una realidad social ecuatoriana que cuanto mejor conozcan más efectiva va a ser su intervención en los procesos de salud-enfermedad-cuidados. A tal efecto, toda vez que detectamos las necesidades formativas de estos profesionales, debemos completar la formación de los estudiantes de Medicina con un componente socio-antropológico de la salud, para que el periodo de Medicatura rural y la atención a la ciudadanía en general sean culturalmente adaptadas a esta realidad social del país. Esta motivación nos lleva a dar una visión holística y transversal en los temas de investigación sobre el proceso de salud, enfermedad y cuidados en cualquiera de los ámbitos de docencia, investigación o vinculación que planteamos desde la Escuela de Medicina de la UDLA.

Por su parte, el grupo de médicos referidos, eran egresados en Medicina por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y durante su pregrado se formaron en el contexto del programa «Líderes en salud». Este grupo decidió iniciar una formación en la UDLA para la investigación y la intervención en salud con herramientas de la etnografía durante los cuatro meses previos a la Medicatura rural.

En la conjunción de estas dos iniciativas, propusimos una «Etnografía del periodo de salud rural en Ecuador» que nos permita conocer qué está ocurriendo en las comunidades a las que llegan médicos recién egresados, todavía en periodo de formación, trabajar en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con los principios y estrategias del Modelo de Atención Integral en Salud. El entrenamiento en etnografía pone a este grupo de jóvenes médicos en el doble rol de ser informantes del estudio etnográfico y etnógrafos-médicos que investigan su condición de agentes de salud. La observación participante, tanto como la entrevista en profundidad e incluso los grupos de discusión, son técnicas adecuadas para este proceso de investigación en el que los médicos etnógrafos son observadores y observados, de ahí que hayan sido entrenados previamente para poder cumplir con esa doble condición.

Esta suerte de experiencia piloto en la formación de los médicos, nos permite incorporar el método etnográfico a la educación médica con el fin de centrar el ejercicio de la medicina en la comunidad y en la promoción de la salud; pero también, para integrar a los médicos rurales en el doble rol de ser investigadores etnográficos e informantes médicos para una etnografía de la medicatura rural, estudiando la percepción social que existe en las distintas comunidades y regiones del país hacia los procesos de salud-enfermedad. Con este encuentro interdisciplinar entre la antropología y la medicina, hemos querido dar cuenta de las fortalezas y carencias formativas de los egresados en Medicina ante el desarrollo del año de servicio social de salud rural. Los contenidos desarrollados en el periodo de formación constituyen un compendio de revisión teórico-conceptual de cuatro aspectos: bases etnográficas de la antropología de la salud; proceso salud-enfermedad y atención o cuidados: salud intercultural y promoción de la salud.

Cuando los seis médicos formados para hacer etnografía iniciaron su año de rural y después de haber sido entrenados en las bases de la medicina narrativa, escribí un texto de despedida que ilustraba el trabajo realizado y el que estaba por empezar. Este texto y algunos de los testimonios construidos durante el Taller de Salud Creativa forman parte de la antología de relatos que presento a continuación pues creo que ilustran la competencia estructural y narrativa que desarrollamos en el taller y que nos permite acercarnos a la salud por medio de la creatividad.



## **Relatos de salud creativa**

*Aware of my breath  
Aware that I'm not breathing  
I'm hibernating  
Breathe in... breathe out  
Bring it back  
Sooth my head... in... out...  
Calm, smooth out the pain  
Growing quieter, less and less  
Breathe deep, going away, in... out...*

*Consciente de mi aliento*

*Consciente de que no estoy respirando*

*Estoy hibernando*

*Inhalar... exhalar...*

*Traerlo de vuelta*

*Alivia mi cabeza... adentro ... afuera ...*

*Calma, suavizar el dolor*

*Yendo a menos y menos*

*Respire profundo, hacia dentro ... hacia fuera ...*

STEPANIESINFRONTERAS

## El maletín de médico

Quito, cuando entra el invierno

En este maletín de médico van mis deseos para ustedes en este año y en la vida larga que quiero que tengan.

Aquí tienen un cuaderno para sus pensamientos, úsenlo, van a aprender mucho con él.

Palo santo, para que purifiquen el lugar en el que van a vivir y donde van a trabajar.

Les mando un poco de los alimentos de los dioses para que estén con ustedes: amaranto, panela, maíz y falta cacao, que no tengo ahora.

Les añado las dos plantas de las limpias, para que estén sanos: si tienen salud podrán ayudar a otros.

La ruda y la lavanda les servirán para eso.

La guayusa, para que estén despiertos hacia lo que no quieran ver.

Coca, para que no olviden de donde vienen.

Sal, para que no les falte el salario.

Hierbabuena, que les traiga bondad.

Canela, clavo y pimienta de la ruta de la seda del Oriente,  
para que les llegue la sabiduría y el conocimiento ancestral  
y sean magos sanadores, los magos del Oriente.<sup>3</sup>

Les pongo laurel canelo de mi tierra, para invocar los  
triumfos. Su victoria es el bienestar de otros.

Fruta, para que no olviden que la mejor medicina es el  
alimento.

Lana con tintes naturales del mercado de Otavalo, para  
cuando tengan frío dentro.

Y un retal de una de mis prendas favoritas, para que duden  
siempre: la duda les hará libres.

Tienen también hoja de higo, para que trabajen con mujeres.

Cúidense mucho y cuiden al pueblo que espera de ustedes.

Que los dioses les guarden el camino,  
que les coronen las estrellas,  
les acompañen los pájaros y en un rincón de mi voz,  
mientras la pueda hacer oír,  
habrá escondida siempre una palabra de aliento.  
Suerte.<sup>4</sup>

ANA

---

<sup>3</sup> El Oriente es como se conoce en Ecuador a la región amazónica porque está situada al este del país. De los seis médicos, cinco han terminado trabajando en esa región y uno en los Andes centrales, de tal modo que nos referíamos a ellos como «los magos del Oriente».

<sup>4</sup> Traducción de una canción de Lluís Llach, llamada *Laura*.

## **La vida y la muerte: hermanas siamesas**

Esta es la historia de la enfermera Chapata y el doctor Chapatín. Los dos vivían en la Sierra y echaban de menos el mar y el Oriente, así, respectivamente. Su vocación era la vida: Chapata trabajaba en la hermosa labor de traer gente al mundo y Chapatín en la necesaria ayuda de acompañar la muerte. A veces la vida y la muerte son hermanas siamesas y están unidas por lo que las separa como los archipiélagos. Mientras una mujer da a luz, Chapata vive el riesgo de alguna complicación. Tanto como cuando a Chapatín se le muere un paciente, sus órganos aún con vida sirven para que otra persona pueda continuar. Ésa es la paradoja de las vidas de Chapata y Chapatín: lo cerca que están la vida y la muerte, muerte preñada de vida, vida preñada de muerte.

Un buen día, en su nostalgia del mar y el río, quisieron traerse un poco de cada uno para no echarlos de menos. Chapata y Chapatín cogieron cuatro elementos: cantos rodados, arena de la playa de la costa y del río, conchas y agua salada o dulce. Al llegar a Quito pensaron que sería bueno

que todo quedara en un tarro de cristal donde pudieran verlo. Echaron los elementos en el frasco y todo se regó sobresaliendo. Solo entonces recordaron las enseñanzas del doctor Chávez, aquél cirujano sabio del hospital Eugenio Espejo. Primero hay que echar el bien ser, hay que ser buenas personas y eso son los cantos rodados, lo que más pesa, lo más importante. Después se añade el bien hacer, que nos lleva a tener amor por el trabajo bien hecho, y ahí tenemos la arena. Llegado este punto hay que buscar el bienestar que significa estar bien con uno mismo y son las conchas de mar y río. Por último, procuramos el bien tener que implica lograr vivir con lo necesario, fruto de nuestro trabajo y esa es el agua, lo más efímero, lo que va y viene.

La enfermera Chapata y el doctor Chapatín supieron que su tarro ya nunca más se derramaría. Lo miraban, recordaban el mar y el río del Oriente, y sonreían para luego seguir ayudando a otros a vivir su vida de la mejor manera.

AITANA (DOCENTE)

## Un mal de nombre nazi

Estamos en la semana-espiral de la salud y la vida, de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad. Y yo voy a contar cómo, cuando mi madre empezó a morir, yo empecé a ser madre. Mi madre, la persona a la que di las gracias por haberme traído al mundo cada 20 de julio, murió hace casi un año. Sin embargo, ella empezó a morir muy lentamente hace 16, cuando le fue diagnosticado el mal de Alzheimer. Mi madre, que me había dado la vida, empezó a morir cuando mi primer hijo tenía poco más de un año. El diagnóstico me sumió en una tristeza profunda que no sabía a qué se debía hasta que empecé a descubrir que se estaba olvidando de que me había parido. ¿Cómo puede una madre olvidarse de que ha dado luz a su hija? Pues sí, eso pasa con el mal de nombre nazi que se llevó a mi madre. Me tuve que volver a redefinir como persona sintiendo que esa era la prueba más dura que la vida me tenía preparada. A mí, que nunca había estado enferma, al menos no grave, y que no se me había muerto nadie. No sabía lo que venía después. Cuando ya había aprendido a vivir con una madre que estaba pero no era, tuve que aprender a deseársela la muerte a quien me había dado la vida. Yo que pensaba que el diagnóstico era duro y que el hecho de que no me reconociera era difícil, empecé a salir llorando de su dormitorio repitiéndome: ojalá no te despiertes... Y así murió, durmiendo en paz.

AITANA (DOCENTE)

## Dormir en el suelo

Al pasar por las habitaciones del hospital para ver cómo habían pasado la noche, al amanecer, las enfermeras encontramos en el suelo a un paciente indígena. Nos asustamos pensando que se nos había caído de la cama pero cuando hablamos con él entendimos que en realidad fue él mismo quien se había dejado caer sobre una manta porque no estaba acostumbrado a dormir sobre un colchón. Nos pasó también que dábamos sulfato de hierro a las mujeres embarazadas porque la incidencia de la anemia ferropénica era muy alta. Hicimos un seguimiento porque no notábamos mejoría en los análisis hasta que descubrimos que se lo administraban a sus maridos porque era algo que les iba a dar fuerza y eran ellos los que la necesitaban para traer el sustento a la familia.

GOITIA (ENFERMERA)

## Descargas emocionales

Ocurrió el terremoto y algunas familias habían perdido a varios de sus miembros, eran duelos muy difíciles de resolver no solo por las pérdidas sino por el miedo y la incertidumbre ante el futuro. Lo habían perdido todo y les quedaba un albergue donde, aparentemente, estaban seguros, pero donde les faltaba arraigo e intimidad. Los talleres de descargas emocionales servían para canalizar la angustia de quienes tenían estrés postraumático pero, con más de dos mil réplicas, a veces se daba la circunstancia de que en medio de la relajación se producía otro temblor con el consiguiente ataque de pánico y abandono del entorno por seguro que este fuera.

LENIN (PSICÓLOGO)

## Líderazgo en salud

Tenía varias comunidades shuar a mi cargo, era responsable de la salud de varias personas que vivían todavía con la costumbre de caminar por la Amazonía porque son pueblos nómadas. Yo tuve que hacer mi trabajo también siendo nómada porque había que desplazarse en canoa varias horas para llegar a ver a los pacientes. Al final tuve que asumir que lo mejor que podía hacer por ellos era formar a unos cuantos líderes en salud para que fueran ellos mismos los que atendieran partos difíciles o accidentes que ocurrieran cada día por las actividades y el medio geográfico en el que estas personas viven.

CHAMÁN (MÉDICO)



## **Capítulo segundo**

Salud creativa: una poética  
etnográfica de lo posible

Sarah Pink

ROYAL MELBOURNE INSTITUTE OF TECHNOLOGY  
MELBOURNE , AUSTRALIA



En este trabajo asumimos el nuevo reto de reunir los principios de la etnografía de diseño sensorial, la práctica creativa y la antropología de la salud. Al hacerlo avanzamos hacia una metodología que llamamos Salud creativa. La Salud creativa se refiere al desarrollo de un enfoque para abordar y trabajar con los problemas y desafíos encontrados en la prestación de atención de la salud y los procedimientos. Este enfoque explica la creatividad en una serie de diferentes niveles. Se trata de reconocer la creatividad en el contexto de la inevitabilidad de la naturaleza, en la improvisación de la actividad humana en el mundo y en el potencial de nuestros compromisos, con prácticas deliberadamente creativas que permitan nuevas formas de comprensión y reconociendo la continuidad de la creatividad como proceso y no como producto.

Nuestro principal argumento e intervención en las discusiones sobre la relación entre salud y creatividad gira en torno a la combinación de la etnografía de diseño y la práctica poética. Esta no es la primera vez que se proponen conexiones entre la etnografía y la poesía: en 1986, James Clifford escribió sobre la poética de la escritura etnográfica (1986: 25-6). Aquí, aprovechamos la oportunidad de avanzar más allá de ese pensamiento desafiando las temporalidades pasadas que caracterizaron la escritura etnográfica a la que se refería Clifford, y comprometiéndonos con la orientación de la antropología del diseño hacia el futuro y más allá del texto escrito. Tanto las prácticas etnográficas como las poéticas, tal como las interpretamos, animan una temporalidad que tiene en su núcleo un compromiso con lo posible.

La noción de lo posible está en el centro de nuestro argumento porque permite una forma de pensar que no está basada en soluciones, que es

indeterminada y coherente con una sensación, comprensión teórica y experiencial del mundo como incierto, emergente y en permanente proceso. A continuación, detallamos este punto. Nuestra discusión se desarrolla a través del contexto de los problemas que enfrentan los médicos y los profesionales de la salud en Ecuador. Por un lado, el ejemplo de Ecuador presenta una serie de temas específicos a ese contexto, con los que desarrollamos una metodología dialéctica. Sin embargo, argumentamos que las implicaciones son más amplias, ya que la etnografía de diseño y la metodología de la práctica creativa que proponemos se basa en un conjunto de principios que son relevantes más allá del contexto de un solo país o tema y que ya han sido probados hasta cierto punto fuera del contexto de las intervenciones de salud. De hecho, aquí no se presenta una metodología como terminada, que pueda ser tomada y aplicada directamente a otro proyecto o problema, sino un modelo que necesita ser adaptada y fusionada con cada nuevo entorno y conjunto de actividades con las que se utiliza. Debido a que nuestro trabajo se centra en las soluciones posibles, más que en las soluciones de punto final, también hemos asistido a la continuidad o al futuro de nuestro trabajo. En este espíritu, alentamos a los lectores a utilizar este libro para aprovechar las posibilidades abiertas por nuestro enfoque y proyecto en nuevos dominios.

Nuestro argumento, en lo posible y de cara a los compromisos con la práctica creativa aplicada (factible), se basa en el principio de que las soluciones definitivas de problemas o intervenciones en contextos de salud no siempre resultan las mejores o incluso las más viables. No obstante, (desarrollamos esta metodología en la pretensión de un nuevo modo de enfrentar viejos problemas mediante una sincronía entre estos temas y las intervenciones que puedan ser llevadas a cabo de forma integral y efectiva en procesos colaborativos).

## ¿Qué es lo posible?

La noción de lo posible nos permite superar la linealidad de una temporalidad pasado-presente-futuro hacia el reconocimiento del papel de la imaginación en la formación de nuestra relación entre lo que ha sucedido, el sentimiento de estar en el presente y las posibilidades de lo que podría suceder. En este sentido, el futuro mismo no existe como realidad objetiva, sino que tiene el mismo status ontológico que las alteridades que podrían haber sido simultáneas a un presente pero que todavía no sucedieron. El concepto de posibilidad es importante porque nos demuestra no solo una forma de romper las temporalidades lineales, sino que también revela las contingencias que giran en torno a la experiencia y la actividad emergente, rememorada, imaginada. Este enfoque cuestiona la temporalidad de la práctica etnográfica tradicional, como puede verse en la literatura de antropología del diseño que citamos a continuación, y sus fundamentos para la práctica poética.

Mientras, lo posible ha sido durante mucho tiempo parte del diseño (Clarke 2016), recientemente en la literatura de antropología del diseño, el concepto de lo posible pone el énfasis en las “etnografías de lo posible” (Halse 2013) oponiéndose a la idea de una investigación etnográfica que necesariamente debe situarse en el pasado. Al explorar esta aproximación, nos sumamos a la opinión de antropólogos del diseño, como Halse y Boffi (2016), en la crítica al enfoque centrado en los resultados, y a favor de abrir lo posible como imaginario, como una idea emergente del ser.

De acuerdo con Kjaersgaard (y otros 2016: 4-5), «un enfoque en “etnografías de lo posible” llama la atención sobre los espacios peculiares y transformadores enredados en pasados, presentes y futuros concretos, espacios que son muy discutidos en la práctica, pero poco explorados en lo teórico».

Los antropólogos del diseño se involucran en el posicionamiento reflexivo y crítico dentro de estos espacios, para desafiar suposiciones y

obtener oportunidades alternativas para el futuro. Sus exploraciones sobre “lo posible” van más allá de los procesos lineales de diseño y planificación de artefactos, hacia procesos más imaginativos y especulativos de coproducción de conocimiento con diversos actores” (Kjaersgaard y otros 2016: 5).

Los ejemplos incluyen el enfoque de Smith y Otto sobre «emergencia e intervención» como conceptos complementarios en el diseño antropológico «exploración y producción de conocimiento» (Kjaersgaard y otros 2016: 5). Smith y Otto están interesados en cómo la antropología del diseño puede permitirnos conocer el futuro emergente (2016: 20) a través de una aproximación a la noción de «emergencia» en Mead (1932), como una «cualidad fundamental de la realidad social», pero que convoca a los antropólogos a considerar no tanto «lo que es» como «lo que podría ser» (2016: 21). Las intervenciones de antropología de diseño colaborativo y experimental están en el centro de los métodos que se emplean para ese trabajo, en el que se producen «nuevas perspectivas e imaginaciones» (2016: 28). La idea no es crear «resultados específicos de artefactos» (o soluciones cerradas), sino que «los contextos antropológicos de diseño y los procesos de intervención son a menudo abiertos, centrados en cuestiones emergentes de la producción de conocimiento a través de compromisos colaborativos y materiales» (2016: 27).

Halse y Boffi (2016) tampoco ven las intervenciones de diseño como formas de producir soluciones. Como muestra su trabajo en un contexto hospitalario de cuidados paliativos, la realización de encuentros para una etnografía multisensorial y las intervenciones de prácticas creativas de «fotografía, bordado, guijarros, bolsas textiles y diarios», permiten generar «los diálogos empíricos cualitativos sobre la posibilidad» con el fin de aprender sobre «preocupaciones, aspiraciones y horizontes imaginativos» de las personas (Halse y Boffi, 2016: 101). Estas rutas en lo posible, como se puede imaginar y experimentar a través de intervenciones de diseño, son un punto de partida para considerar cómo podemos contemplar el trabajo hacia el cambio en un mundo en el que no podemos saber lo que sucederá a continuación.

De forma paralela a este movimiento en la antropología del diseño, aquí entendemos la noción de lo posible como un futuro indeterminado, desconocido e impredecible. El enfoque en la contingencia y la improvisación que desarrollamos reconoce esta perspectiva sobre el futuro, y ha respaldado la práctica en la antropología del diseño. Al atender a la aparición en curso de las formas existentes de contingencia e improvisación en el presente a medida que se desarrolla, nos interesa también la cuestión de cómo han surgido ya las posibilidades y las formas de imaginario que coemergen con ellas. Nuestra propuesta para Salud Creativa se basa, por lo tanto, en la necesidad de crear posibilidades, se desarrolla específicamente en el contexto de repensar la manera de abordar los temas de salud pública, salud intercultural e intervención en crisis y desastres. Sin embargo, también busca definir una metodología más ampliamente aplicable para involucrarse con las temporalidades del pasado-presente-futuro con el fin de producir nuevas comprensiones de lo que podría suceder a continuación.

En las siguientes secciones esbozamos tres conceptos clave que informan el proceso con el que trabajamos para desarrollar Salud Creativa, y que resuenan a través de nuestros enfoques para entender la práctica etnográfica, poética y de la salud. Volvemos luego al concepto de la posibilidad de sugerir cómo la participación con estos conceptos tanto teórica como prácticamente puede permitir movimientos desde enfoques basados en la solución a aquellos que hacen participar con la posibilidad y abrir posibilidades.

## **Contingencia**

La idea de la contingencia ha desempeñado recientemente un papel importante en la información del trabajo de algunos teóricos de la Geografía humana y antropólogos. Por ejemplo, en la geografía se ha hecho hincapié en la naturaleza contingente de mundos experienciales con atmósferas afectivas de nuestras vidas sensoriales (Anderson,

2009). Pero también en un enfoque de las contingencias cotidianas relacionadas con el uso de la tecnología, por las cuales Kitchin y Dodge, tratan «las circunstancias desordenadas, contingentes y fluidas a través de las cuales la vida cotidiana de la gente se desarrolla» (2011: 236-7, ver también Ash, 2012, 2013). En una escala más amplia, Amin escribe sobre las «latencias, acumulaciones y vitalidades contingentes en el trabajo» en contextos de crisis y desastre (2013: 143). La investigación antropológica ha mostrado más detalladamente cómo tales contingencias realmente se desarrollan, utilizando un diálogo etnográfico-teórico para teorizar cómo las vidas y los mundos son contingentes. Esto ha ocurrido a través del análisis de cómo se desarrolla la contingencia, por ejemplo, en la vida cotidiana en los hogares (Bille y otros, 2015, Pink y otros, 2016). Por muy importante que sea el trabajo antropológico reciente, también subraya cómo «la contingencia está en el centro de la comprensión de cómo se desarrollan los futuros» (Pink y Salazar, 2017, p.16), y qué necesitamos reconocer: «la contingencia radical del futuro, no lo sabrán y nunca lo sabrán» (Irving 2017, p.39). Este trabajo abre un camino hacia el pensamiento sobre cómo y por qué la contingencia no es solo un concepto para explicar lo que ya ha sucedido, sino que también nos ayuda a comprender la dinámica de los procesos de cambio.

Las exploraciones etnográficas y teóricas de Andrew Irving sobre cómo se desarrollan las contingencias y las contingencias subsecuentes de las realidades particulares a través de las cuales son recontadas resultan reveladoras para esta discusión. Al contar la historia de una mujer ugandesa VIH positiva, y cómo su vida se salvó a través de una reunión casual que le llevó a tener acceso a la provisión de medicamentos antirretrovirales, Irving demuestra cómo una serie de eventos que surgen a través de configuraciones contingentes de azar conducen a las particularidades de los momentos en los que se encuentran las personas en el presente. Como escribe: «el simple hecho de girar a la izquierda o a la derecha puede abrir futuros radicalmente diferentes, en este caso de vida y muerte, y cómo estos se insertan dentro de las complejas interrelaciones de personas, acciones y acontecimientos en un mundo por contigüidad, contingencia y economía política global» (Irving 2017: 38). Y, por lo tanto:

El presente consiste en múltiples presentaciones posibles, cuyo carácter permanece indeterminado y está sujeto a revisión a la luz de acontecimientos futuros que no han ocurrido. Por otra parte, refuerza que siempre hay alguna forma de conexión práctica y contigua —por oposición a una simple asociación conceptual o conjeturada— entre eventos presentes y futuros (Irving 2017: 38).

El beneficio de un descifrado tan detallado de la forma en que se juega y se explica la vida a lo largo del tiempo, es que demuestra la incertidumbre de lo que sucederá y la incertidumbre de lo que sabremos ha sucedido. Aprender nuestra situación en el presente de esta manera desafía la noción de una temporalidad lineal. Por lo tanto, mientras que el tipo de temporalidad que tenemos en mente se caracteriza por formas de movimiento, dado que no podemos regresar a un lugar o momento en el que estábamos antes (ver Massey 2005), esta temporalidad implica también la “conexión contigua” que escribe Irving (2017), por medio de la cual el presente es revisado cuando nuestra experiencia de él nos acompaña mientras nos deslizamos hacia futuros aún desconocidos.

Para Salud Creativa la tarea se convierte en la búsqueda de comprender cómo se desarrollan las contingencias en los contextos específicos de salud que nos conciernen, el trabajo creativo implicado en la forma en que se comprenden y los patrones de actividad y significado que los rodean. Durante nuestro taller comenzamos a desentrañar los contextos culturales y prácticos de la contingencia, como se trata en el capítulo Etnografías de salud, que nos ha mostrado cómo estas contingencias no solo están incrustadas en la vida cotidiana, sino que constituyen un contexto global (como en el ejemplo de Irving).

Por lo tanto, siempre hay implicaciones posibles para nuestra salud o bienestar cuando tomamos esta o aquella. Implicaciones incrustadas en las pequeñas decisiones que tomamos ante eventos globales que afectan a mucha gente y acontecimientos diversos. Estas relaciones son quizás invisibles hasta que alguien las busca, o como en el caso del trabajo que hicimos en el primer día de nuestro taller y continuamos en el capítulo xx de este libro, cuando individual o colectivamente tratamos de separarlas etnográficamente. A través de la etnografía tratamos de ver lo que

hay, pero también buscamos lo que no es aparente, buscamos ir bajo la superficie de lo que las cosas podrían parecer e investigar qué más podrían ser. Para conectar con la discusión de Irving (2017), nos relacionamos con las vidas contiguas y conectadas de las personas, las cosas y los procesos. Miramos lo que hay detrás y alrededor de ellos, y tratamos de comprender cómo se componen sus temporalidades y circunstancias particulares, buscamos lo que es significativo y contemplamos lo que podría suceder después. Llevar a cabo este proceso etnográfico implica hacer una invitación a explorar lo posible en lugar de lo previsible.

Un segundo ejemplo de contingencia cotidiana se fija mucho más en la especificidad del detalle de las cosas que hacemos en nuestras vidas sin realmente pensar en ellas. En la investigación existente esto se demuestra muy bien a través de reenactments de video etnográfico con participantes que muestran cómo viven aspectos muy mundanos de sus rutinas diarias, como ir a dormir por la noche (Pink y Leder Mackley 2016), lavar la ropa (Pink y Astari 2015) O cuando se utilizan tecnologías de auto-seguimiento (Pink, Sumartojo y otros 2017). Cómo, por quién y cuándo pueden llevarse a cabo estas actividades cotidianas subyacentes siempre depende de ciertas configuraciones infraestructurales, sociales, culturales, ambientales y de otro tipo que surgen de la vida cotidiana en el hogar. Colaborar con los participantes en la investigación para que estas contingencias sean visibles, implica que los informantes pueden demostrar cómo llevan a cabo sus actividades cotidianas mediante corporalidades y materialidades de su entorno, que terminan explicando las lógicas de cuanto hacen por extraño que pueda parecer a los “otros”. Estas maneras de generar entendimientos compartidos en contextos muy mundanos también se refieren a las formas en que las personas crean formas de bienestar y realización en sus hogares. Esto se discute más adelante en el libro *Making Homes* (Pink, Leder Mackley, Morosanu, Mitchell y Bhamra 2017) y ejemplos se pueden ver en los sitios web [www.energyanddigitalliving.com](http://www.energyanddigitalliving.com) y [www.laundrylives.com](http://www.laundrylives.com) Como se planteó en estos proyectos, una participante de investigación lamentó ante los investigadores, hasta qué punto, por diversos motivos sociales, afectivos o de infraestructura, no tenía satisfecha su demanda de energía. (nota al pie: Ver Pink y Leader Mackley 2012 para una discusión más extensa).

Como señalamos en otro lugar (Pink y Salazar, 2017: 15) es necesario explicar cómo, partiendo de que «el futuro es contingente, porque nuestro presente también lo es» (ByB). Desde la perspectiva del cambio, el siguiente paso, toda vez que hemos comprendido cómo surgen estas secuencias contingentes, es narrar el sentido y el significado que les damos. Explorar cómo y dónde sería más adecuado hacer intervenciones que pudieran crear formas abocadas al cambio; o qué podría dar lugar a posibilidades que de otro modo no habrían surgido.

## Improvisación

Las secuencias de eventos y actividades discutidas en la sección anterior, se presentaron como ejemplos de contingencias que se desarrollan. Los otros conceptos con los que trabajamos en Salud Creativa –la improvisación y la creatividad— están situados, de manera similar, en estas narrativas y sus complejas temporalidades. En nuestro taller utilizamos la contingencia y la improvisación como conceptos emparejados a través de los cuales podemos entender cómo las personas se entrelazan a través de las contingencias que surgen en la vida cotidiana, y cómo responden con sus formas de improvisación. Cuando enlazamos estos conceptos, pueden usarse para revelar no solo cómo suceden las cosas, sino también para entender las formas en que la creatividad humana sostiene tanto las circunstancias en las que nos encontramos como las que participamos como individuos como colectivo. En estos momentos se determinará lo que ocurrirá a continuación, y en la elaboración de los patrones y formas habituales de hacer las cosas que informan de lo que sabemos que suele suceder.

El concepto de improvisación es fundamental para el pensamiento contemporáneo sobre la continuidad de la vida y el diseño. Para los antropólogos Elizabeth Hallam y Tim Ingold, la improvisación es «una condición necesaria porque no existe un modelo que nos instruya sobre cómo lidiar con las contingencias continuamente cambiantes de la

vida» (Hallam e Ingold 2007, 2); y es «inseparable de nuestros compromisos performativos con los materiales que nos rodean» (Hallam e Ingold 2007, 3). Basándose en su trabajo, los antropólogos del diseño Wendy Gunn y Christian Clausen sugieren que es por medio de tal improvisación que la gente «encuentra maneras de seguir adelante» (2013, 174). Es, pues, este momento interminable del que nos ocupamos cuando hablamos de improvisación, en el que nos movemos hacia lo que podría estar próximo a suceder, y donde creamos suficiente seguridad para continuar con nuestras vidas.

Hay muchos ejemplos de improvisación en el trabajo etnográfico existente, y algunos de ellos pueden verse en investigaciones que se han centrado en cuestiones de salud. Durante nuestro taller, Sarah Pink presentó un ejemplo de su investigación colaborativa, sobre salas sensoriales, que incluimos como el Capítulo 3 de este libro. Los ejemplos que hemos compilado a partir de experiencias de salud en Ecuador, en el Capítulo 1, también pueden entenderse en estos términos.

## **Creatividad**

La creatividad, tal como la entendemos aquí, no es simplemente el resultado de un tipo particular de comportamiento individual, que conduce a un producto creativo específico y puede ser evaluado. En cambio, entendemos la creatividad como un elemento integral de la actividad humana, como emergente y continuamente cambiante. Este entendimiento se basa en teorías antropológicas para las cuales la creatividad, la imaginación, el conocimiento, otras cualidades intangibles, y las formas en las que percibimos y experimentamos el mundo, se entienden como siempre emergentes de configuraciones particulares de cosas y circunstancias (véase Sneath, Holbraad y Pedersen 2009; Ingold 2000). En este entendimiento, la creatividad está conectada con la improvisación, de una manera que no constituye simplemente entender lo que la gente hace en el mundo, sino que también representa una perspectiva crítica sobre las teorías de

la innovación como crecimiento y trabajo creativo como estímulo para el crecimiento. La diferencia entre improvisación e innovación, entonces, no es que la obra funcione dentro de la convención establecida mientras que la otra la rompe, sino que la primera caracteriza la creatividad por medio de sus procesos, esta a través de sus productos (Hallam e Ingold 2007, 2). Esto implica que mientras que la innovación, según lo definido por Hallam e Ingold (2007), conduce a los productos terminados, que se podrían lanzar al mercado como artículos acabados; en contraste, la improvisación es un proceso continuo que genera nuevas posibilidades pero no cierra procesos inventando soluciones.

La creatividad del tipo improvisador (a diferencia del tipo enfocado en la innovación) a veces pasa desapercibida, ya que a menudo es experiencial, encarnada, realizada y en curso, en lugar de documentada o registrada en algún lugar como un objeto terminado. «En un contexto (frecuentemente encontrado) en el que el trabajo y las organizaciones están regulados por culturas de auditoría» (Strathern 2000; Wright y Shore 2015), las formas de creatividad sabiduría, improvisación y experiencial no representativas suelen pasar desapercibidas e indocumentadas (Pink, Lingard y Harley 2017).

Durante nuestro taller buscamos descubrir tal creatividad y entender dónde y cómo emergía, y se ubicaba en los contextos de salud pública, de desastres y crisis e interculturalidad en Ecuador. Hicimos esto mientras explorábamos cómo surgen instancias de improvisación y las contingencias alrededor de estas. Tratamos de descifrar cómo estas instancias se habían manifestado y articulado a través de las experiencias de las personas presentes en el taller, a menudo no documentadas o discutidas. Así también, podemos ver el taller de creatividad como parte de este proceso, al hacer emergente la creatividad de una forma que pudiéramos reconocer y registrar, a través del video, para que pudiéramos obtener una conciencia más clara sobre ello en un contexto que se relacionaba con el bienestar, pero de una manera diferente,



## **Capítulo tercero**

Recuperación: salas sensoriales para  
pacientes de unidad psiquiátrica

Sarah Pink, Shanti Sumartojo y Laurene Vaughan

ROYAL MELBOURNE INSTITUTE OF TECHNOLOGY

MELBOURNE , AUSTRALIA

Lisa Spong

BENDIGO HEALTH

MELBOURNE , AUSTRALIA



En este trabajo, proponemos un modelo para el diseño de salas sensoriales en la atención psiquiátrica crítica, que tenga como punto central la atención a las experiencias e imaginarios afectivos implícitos, sensoriales y tácitos de los pacientes y el personal; y que se articulen en relación con las realidades cotidianas y el diseño del entorno construido.

El uso de salas sensoriales o salas de confort, en el cuidado de pacientes psiquiátricos críticos, es un área de creciente interés e investigación (Novak et al. 2012; Champagne y Stronmberg 2004), que surge a menudo de la preocupación por su eficacia a la hora de ayudar a los pacientes a calmarse a sí mismos. Dentro de este contexto, también se buscaba reducir las tasas de aislamiento del paciente (en una habitación o en cualquier otro espacio restringido del cual no pueda salir), u otras intervenciones restrictivas (físicas o mecánicas) que impida que un individuo tenga libre movimiento de sus extremidades, sin incluir el uso de muebles que restrinjan su capacidad. Sin embargo, todavía no se entiende bien cómo los pacientes y el personal clínico perciben y participan en la creación, el diseño o la configuración de los elementos sensoriales de estas salas y de aquello que las compone; qué sensaciones y repercusiones generan y cómo esto podría vincular la experiencia sensorial con los objetos materiales y los espacios construidos.

Para examinar las narrativas verbales, las manifestaciones corporales sobre las experiencias de actividad y las imaginaciones para las salas sensoriales futuras o los artículos sensoriales portátiles tanto de los

pacientes como del personal, nos basamos en la etnografía sensorial. A través de estos planteamientos argumentaremos que los usos de estas habitaciones por parte del paciente y del personal, a menudo descritos como basados en «ensayo y error», demuestran la importancia que tienen para el usuario el diseño, la improvisación o la innovación en el entorno construido.

Nuestro análisis se basa en un ejemplo de salas sensoriales, en el contexto de la transición a un nuevo diseño de hospital, en el Hospital Bendigo, en el estado australiano de Victoria. Este hospital, recientemente diseñado, se inauguró a principios de 2017, es el mayor desarrollo hospitalario no metropolitano del Estado, y atiende a una población de poco más de 300.000 personas, en una zona de captación de casi 57.000 kilómetros cuadrados (Bendigo Health n.d.). Su unidad de servicios psiquiátricos está creciendo y las nuevas instalaciones están diseñadas con 80 camas —casi el doble de la capacidad anterior a la mudanza—.

En este texto, tartamos, además, la implementación de salas sensoriales en los servicios psiquiátricos de salud en Bendigo, su introducción en las antiguas instalaciones y cómo fueron ideadas y planificadas para el nuevo sitio.

A continuación, presentamos nuestra metodología de etnografía sensorial. Antes del traslado al nuevo hospital, realizamos una investigación etnográfica, en la que exploramos con los pacientes internos, el personal, la gerencia y los diseñadores, la forma en que utilizaban las salas sensoriales en el antiguo sitio y cómo se imaginaron las nuevas instalaciones. Nos centraremos en cómo estas salas Conducen a la mejora de la salud de los pacientes, pero también incrementan el grado en el que el personal se involucra posibilitando estas experiencias. Al hacerlo, exploraremos cómo la salud y el bienestar de los pacientes psiquiátricos internos está continuamente constituida e ideada, en relación con los entornos materiales y sensoriales, desde dos perspectivas distintas.

En primer lugar, analizamos cómo los pacientes y el personal clínico utilizaban las salas sensoriales existentes y cómo se alentaba a los pacientes a elegir y utilizar determinados elementos con el fin de crear sensaciones y estímulos particulares. En segundo lugar, en el contexto

del diseño de una nueva instalación construida expresamente, debá-  
tamos cómo se imaginó el uso de las futuras salas y la forma en que se  
eligieron, con conocimiento de causa, tanto el diseño, como la ubi-  
cación y los elementos dentro de las salas.

## **Etnografía sensorial**

La etnografía sensorial, «desarrolla un acercamiento al mundo y a la  
investigación que da cuenta de cómo las formas sensoriales de experi-  
mentar y conocer son integrales tanto para las vidas de las personas que  
participan en la investigación como para la forma en que los etnógrafos  
practicamos nuestro oficio» (Pink 2015, xi). En lugar de estudiar «los  
sentidos», esta propuesta, basada en la antropología fenomenológica  
(Ingold 2000), implica atender a la percepción sensorial como parte in-  
tegral de la forma en que las personas aprenden, conocen y se compro-  
meten afectivamente, con las posibilidades de los entornos materiales y  
sociales cotidianos en los que se mueven.

En la práctica, la etnografía sensorial siempre se adapta a contextos,  
entornos y participantes específicos y, en este sentido, no existe un  
modelo único a seguir. Se requiere una profunda sensibilidad del inves-  
tigador para tratar de entender y empatizar con las experiencias de los  
participantes y una apertura para comprender lo que podría sentirse  
al experimentar las posibilidades de los mundos cotidianos, desde la  
perspectiva de otros. Esto, por supuesto, no significa que el etnógrafo  
sensorial pueda saber lo que es sentir el mundo de la misma manera que  
los demás o imaginar el futuro exactamente como ellos lo hacen. Sin  
embargo, se asume que, al buscar ocupar ambientes materiales y senso-  
riales similares, y al comprometerse empáticamente con las realidades  
de otras personas, los investigadores pueden crear «correspondencias»  
(Okely 1994) entre sus propias experiencias y las de otras personas.  
Esto puede ayudar a ofrecer y difundir ideas, que ayudarán a profun-  
dizar nuestra comprensión y, cuando se combinan con los principios de

la etnografía de diseño, también informarán las intervenciones hacia nuevas formas de bienestar. En el proyecto utilizamos un método de etnografía sensorial para aprender acerca de las experiencias de los participantes en la investigación de estar en y contribuir a la formación y de imaginar futuras salas sensoriales, un aspecto que a menudo no se les invitaba a discutir explícitamente. Para ello, conversamos con los usuarios clave de las salas —personal y pacientes—, pidiéndoles que nos mostraran cómo pasaban el tiempo en la sala, cómo habían llegado al uso que más les satisfacía, sus objetos favoritos y las sensaciones que tenían al utilizarlos.

Se utilizaron grabaciones de video o audio para realizar las entrevistas, dependiendo de su preferencia, y también tomamos fotografías de las características de la sala, según sus indicaciones. Fue parte de un estudio etnográfico más amplio en el Hospital Bendigo que versó sobre el diseño de la USP para pacientes internos. Para este estudio entrevistamos a 42 profesionales de salud, pacientes o visitantes de los pabellones antiguos antes de la mudanza de 2017, y a algunos diseñadores del nuevo sitio.

En esta ocasión, nos centramos en la sala sensorial de la unidad de cuidados críticos para adultos, ya que fue la más utilizada, y nos basamos en el material de una serie de entrevistas diferentes, que tuvieron lugar con los participantes de la investigación en la sala. Para entender cómo se llevaría a cabo el abordaje del hospital, hacia la modulación sensorial en la nueva instalación, también entrevistamos al personal responsable de la planificación y compra de equipos sensoriales para la nueva ubicación del hospital. El material empírico, que se presenta a continuación, se extrajo de tres entrevistas y ejemplifica algunas de las formas en que un grupo de personas se encontró con estos espacios y los experimentó.

Nuestro planteamiento de etnografía sensorial está particularmente atento a la forma en que las personas se relacionan física y emocionalmente con su entorno, es decir, cómo se «sienten» en y con su entorno. Esto incluye un enfoque en la forma en la que los participantes podrían cambiar la organización material o sensorial de las cosas y los procesos, como parte de un proyecto para sentirse «cómodo», «mejor» o lo más

cerca posible de sentirse «bien». Buscamos investigar, específicamente, desde el punto de vista etnográfico, cómo las personas improvisan o innovan en sus entornos cotidianos, siguiendo un método de antropología del diseño que entiende la improvisación humana como parte de un proceso continuo (Ingold 2013; Gunn y Donovan 2012; Gunn, Otto y Smith 2013).

Esto puede ser visto como una forma de «diseño cotidiano», en el sentido de que aprecia cómo la gente común (es decir, no necesariamente diseñadores capacitados), están activamente involucrados en la creación y reelaboración de sus entornos sensoriales y materiales, en relación con las contingencias de la vida cotidiana, sus esperanzas e imaginarios. El reconocimiento de esta práctica de diseño diario, por parte de los usuarios no profesionales, en el ámbito del mundo cotidiano, es un área en expansión de estudios, investigación y práctica de diseño por parte de diseñadores y arquitectos.

Desde el trabajo pionero de Donald Norman y el desarrollo del diseño centrado en el usuario hasta la evolución de nuevos dominios de la práctica del diseño, corriente liderada por Bill Moggridge y Pelle Ehn, ahora tenemos campos como el diseño de experiencia de usuario, el codiseño, el diseño para la innovación social y el diseño participativo (Norman 1988; Moggridge 2006; Ehn 1988). Esto ha llevado a un lento pero constante cambio en la forma en que se entiende y realiza el diseño de las cosas, los entornos y los servicios.

Es importante destacar que el resultado de un proceso de diseño rara vez es el objetivo final, ya que los usuarios adaptan o adoptan nuevas aplicaciones, a medida que evolucionan sus necesidades. Así pues, nuestro enfoque se basa en este discurso y también refleja la pregunta de Ingold sobre cómo los diseñadores podrían «diseñar para la improvisación» (Ingold 2012, 32). Para lograrlo, la etnografía sensorial utiliza el entorno cotidiano real, que se experimenta como parte del proceso de investigación, invitando a los participantes a utilizar objetos y recursos sensoriales, como dispositivos de memoria o como elementos de apoyo, para compartir con las actividades y experiencias del investigador, que normalmente no se expresan verbalmente y que, por lo tanto, suelen pasar desapercibidos y no investigados.

Un método de etnografía sensorial también entiende el conocimiento —o formas de saber— como configuraciones específicas de cosas, procesos y personas que no están predeterminadas (Pink 2015). Como mostramos en la siguiente exposición, este principio se aplica tanto a nuestra comprensión de cómo el personal y los pacientes llegan a conocer las cosas, de cómo nosotros, en calidad de etnógrafos, encontramos formas de conocimiento durante la investigación. De acuerdo a lo que se expone más adelante, las percepciones generadas a través de este método nos han permitido ir más allá del simple entendimiento de lo que sucede en las salas sensoriales. En cambio, también indican que la improvisación/innovación diaria, desarrollada por los pacientes y el personal, debería jugar un papel importante a la hora de orientar el futuro diseño de la sala sensorial.

## **Modulación sensorial en Bendigo Health**

En agosto de 2013, Bendigo Health (BH) inició un trabajo de tiempo completo con el personal de Reducción de Intervenciones Restrictivas (RRI, por sus siglas en inglés) para revisar la provisión de ambientes seguros y opciones alternativas para el cuidado de otros pacientes, además de aquellos que requieren de una práctica restrictiva. En relación con este papel, BH recibió fondos para ayudar a implementar la modulación sensorial dentro de la unidad psiquiátrica y la utilizó para desarrollar la primera «sala de modulación sensorial», dentro de la unidad psiquiátrica de ancianos. Al mismo tiempo, se introdujeron carros que contenían equipos de modulación sensorial en las unidades de cuidados extendidos seguros y de cuidados críticos para adultos. Estos carros aseguraron que aquellas unidades sin espacio disponible todavía pudieran utilizar la modulación sensorial para tratar de reducir las intervenciones restrictivas, ayudar a los individuos a autorregularse y fomentar una comunidad de seguridad.

A medida que el programa demostró su éxito en la reducción de las intervenciones restrictivas, la unidad de adultos críticos también agregó

una sala sensorial, convenientemente ubicada para el acceso tanto de las unidades de alta dependencia como de las de baja dependencia. Rápidamente se hizo evidente que estas salas de modulación sensorial estaban logrando entornos más seguros, opciones de cuidados alternativos y reducción de las intervenciones restrictivas para los pacientes. Como resultado, BH se comprometió a continuar con la práctica de la modulación sensorial, asignando siete habitaciones, dentro de la unidad psiquiátrica del nuevo hospital, para este propósito.

Con este trasfondo, y en el momento del estudio, había tres pabellones psiquiátricos en Bendigo Health, todos con diferentes perfiles de pacientes. El más grande fue el de adultos en el pabellón de críticos, con 24 camas, y el tiempo de ingreso de pacientes fue, en promedio, de unos diez días. La unidad segura de cuidados extendidos (SECU, por sus siglas en inglés) tenía ocho camas, con tiempos de admisión mucho más largos, a veces muchos meses o incluso años. La SECU no era un centro forense pero ofrecía tratamiento y rehabilitación a largo plazo, para pacientes hospitalizados con síntomas severos e irreversibles de enfermedad mental, junto con perturbaciones significativas asociadas, que inhiben su capacidad de vivir en la comunidad.

La unidad de cuidados para personas de la tercera edad era una mezcla de 10 camas psiquiátricas para personas de edad avanzada, ubicadas conjuntamente con 10 camas de evaluación de demencia para este grupo de pacientes, bajo la atención separada de geriatras. Los tres sitios tenían terapeutas ocupacionales (OT) que trabajaban con los pacientes para identificar sus preferencias sensoriales y lo que podría ofrecer mayor beneficio terapéutico. En esta sección, mostramos cómo estas salas fueron configuradas y se encontraron a través de procesos de aprendizaje e improvisación, en los que sus experiencias fueron siempre novedosas, en lugar de resultados predeterminados o totalmente predecibles. Además, a menudo no eran fáciles de comunicar verbalmente y, por lo tanto, los compromisos sensoriales tanto del personal como del investigador eran elementos esenciales de la generación de formas de conocer, comprender e intervenir.

Presentamos esto a través del ejemplo del trabajo de Shanti con David, un terapeuta ocupacional que trabajó extensamente con los pacientes

tanto en la sala de la unidad de adultos agudos como por medio de ella. A mediados del 2016, este espacio especializado se había completado con mecedoras, paneles táctiles en las paredes, murales tranquilizantes y diversos equipos —cosas para tocar, mirar, manipular, oler o escuchar—.

Los hallazgos de la reducción de las intervenciones restrictivas en BH fueron presentados en el año 2015, en la 16.<sup>a</sup> Conferencia Internacional de Salud Mental; la 41.<sup>a</sup> Conferencia Internacional de Enfermería en Salud Mental de ACMHN; y, el 7.<sup>o</sup> Simposio Australiano de Salud Mental Rural y Remota. La sala buscó obtener tres efectos principales: 1) calmar a los pacientes que estaban molestos o agitados; 2) aumentar la vigilancia en pacientes deprimidos o desinteresados; y, 3) distraer a los pacientes que podrían estar experimentando alucinaciones auditivas o visuales. Esta sala, así como una similar en la unidad de personas mayores, solo se introdujo unos 18 meses antes del estudio, y había sido reutilizada desde un lugar de almacenamiento o un espacio no utilizado.

Usando la relevancia de la sala como un punto de partida, en el encuentro de investigación de etnografía sensorial, el terapeuta ocupacional David pudo recordar y explicar los procesos y sentimientos relacionados con ella, mientras discutía con Shanti (la investigadora que lo estaba entrevistando) sobre cómo se relacionaba con los pacientes en la sala. Al introducir a los pacientes en la habitación, por ejemplo, explicó cómo comenzaría mostrándoles la forma de subir o bajar las luces, demostró los movimientos oscilantes de las sillas y señaló el prominente mural de una escena a orillas del río en la pared. Estas exposiciones de acciones, relacionadas con los sentidos y el movimiento, ayudaron a los pacientes a entender la asequibilidad del espacio, qué tipo de experiencias podrían tener en él y el control que podrían ejercer en la creación de estas experiencias.

Así, los aspectos físicos de la habitación en sí —el interruptor de la luz, el mural y la silenciosa privacidad que la habitación ofrecía— fueron parte de la forma como los pacientes comenzaron a identificar las maneras de ayudarse a sí mismos a sentirse mejor.

Un ejemplo fue el mural de la escena del río que David describió como «simplemente una buena imagen de un espacio tranquilo y relajante. Me

identifico con esta foto porque me gusta estar en el río y relajarme, así que también conozco a muchos de nuestros clientes como este». Sabía que a los pacientes les gustaba esta imagen porque se lo decían explícitamente: «Algunos dicen que es un lugar muy tranquilo, así que cuando eran niños pudieron haber ido al río, y recuerdan la pesca o la salida con la familia o amigos, y eso los aleja del ambiente de la sala y los lleva a otro lugar, lo cual es muy bueno». Si bien estas materializaciones, las experiencias basadas en la luz, la visión y el movimiento, constituyeron elementos clave de la manera en que las salas sensoriales podían ser experimentadas como un entorno, en el que las personas podían entrar y formar parte de él, también contenían objetos que los pacientes podían utilizar en las salas o, a veces, llevar a sus propias habitaciones.

Como explicó David, el proceso de descubrimiento de la utilidad de los objetos era a menudo un proceso de ensayo y error:

Algunos pacientes saben cuáles son sus preferencias sensoriales pero muchos no saben lo que les gusta, hasta que entramos aquí [la sala sensorial] y lo prueban. Así que, si tienen problemas para identificar cuáles son sus preferencias sensoriales, venimos aquí y, simplemente, probamos cosas diferentes y ellos nos dicen lo que les gusta o no, lo que les hace sentir más agitados o enojados. Hablamos de sensaciones tranquilizadoras y sensaciones de alerta. Alguien que podría estar realmente deprimido, podría usar algún equipo sensorial para estar más alerta; mientras que otros que podrían estar realmente enojados o agitados, o necesitar distracción de las voces, o cualquier cosa por el estilo, podrían usar el equipo sensorial para calmarse o distraerse.

David describió cómo tuvo que descubrir, dialogando con los pacientes, la forma de aplicar el equipamiento en las habitaciones, para tratar los síntomas particulares de los pacientes. Esto incluyó el momento cuando ellos mismos no son capaces de entender con precisión sus efectos. Por ejemplo, señaló que un paciente «podría decir que esto es realmente relajante, pero podemos ver que en realidad podría estar causando una alerta».

En estos casos, el beneficio terapéutico surgió al estar en la sala y trabajar a través de las diferentes opciones de equipamiento. No se trataba

de un caso sencillo en el que los pacientes conocieran, de antemano, lo que les gustaba o lo que los diferentes objetos podían tener antes de conocerlos. Es decir, solo trabajando con el terapeuta ocupacional y manipulando, oliendo, mirando o jugando con los objetos, podía surgir el conocimiento de lo que funcionaría. El papel de David también incluyó sus reflexiones sobre sus propias preferencias, por ejemplo, su gusto por el mural de la escena del río, su placer por manipular sus objetos sensoriales favoritos, al mostrarlos a Shanti, y la aplicación de estas experiencias en su trabajo con los pacientes. Esto implicaba la relación empática del encuentro entre David, el paciente, la habitación y el objeto, con las percepciones de David sobre lo que le hacía sentir tranquilo, ayudándole a entender las eventuales posibilidades de las distintas intervenciones.

De manera similar, el hecho de que Shanti se pusiera experimentalmente la pesada capa y la manta, le enseñó rápidamente que no le gustaba la sensación que creaban, pero la experiencia la ayudó a relacionarse con los participantes de la investigación, porque le permitió establecer una coincidencia entre su propia experiencia y la de ellos, permitiéndole imaginar cómo podrían sentir la manta. De esta manera, las preferencias de David y Shanti se convirtieron en parte de lo que ambos entendían y, en el caso de David, ayudaron a los pacientes a entender el cuarto y el equipo sensorial.

Un tema clave que surgió en nuestra investigación, sobre cómo tanto el personal como los pacientes se encontraron con las salas sensoriales, fue la improvisación, ya que eligieron y combinaron diferentes materiales y elementos sensoriales. Esto, dijo David, implicó «ensayo y error», mientras trabajaba para introducir los diferentes elementos sensoriales a los pacientes y los invitaba a investigar cómo se sentían.

B, una paciente de la sala de cuidados agudos para adultos, transmitió a Shanti la sensación de improvisación que requería cuando le describió cómo había llegado a disfrutar de la sensación de llevar una manta pesada como una forma de comodidad. A continuación, transcribimos una conversación entre la paciente B y Shanti, en donde B es la paciente y S es Shanti:

**B:** Hay dos mantas pesadas, esta que puedes usar como un peto y se siente como si te estuvieran abrazando. Te pones esto alrededor del cuello y es bastante reconfortante.

**S:** ¿Te gusta la sensación del peso?

**B:** Sí, es interesante, como si no pensara que lo haría, pero en realidad es bastante agradable.

**S:** ¿Cómo te diste cuenta de que te gustaba sentir eso, alguien te lo sugirió?

**B:** Sí, las enfermeras dijeron que eso es lo que tenemos, puedes intentarlo, sí, nunca había oído hablar de ello antes de entrar aquí, pero me gusta mucho estar sentado aquí en esa silla y en esa también (señalando la silla). Es bastante agradable simplemente sentarse.

B continuó explicando cómo había llegado a una combinación reconfortante de usar dos mantas pesadas sobre los hombros y el regazo, mecerse en la silla, mirar el mural y oler una fragancia específica, suministrada por las enfermeras. A veces usaba una tableta de dibujo para colorear y borrar repetidamente, manteniendo las manos ocupadas. Con el tiempo, había trabajado en esta combinación de cosas y regresaba a la habitación regularmente, a veces después de un receso de varios días, para esta experiencia.

En estos relatos, los aspectos materiales de las salas ofrecieron una gama de experiencias potenciales que solo surgieron cuando los pacientes y el personal comentaron, experimentaron y probaron diferentes experiencias sensoriales, en diferentes configuraciones. Tanto David como B enfatizaron la naturaleza emergente de su conocimiento sobre lo que funcionaba para ayudar a los pacientes a «sentirse mejor», explicándolo como un proceso temporal, que requería la voluntad de generar nuevas experiencias desconocidas, incluyendo que el personal conociera sus propias preferencias como una forma de entender las posibilidades de los diferentes objetos. Esto podría alterarse o refinarse, por ejemplo, a medida que cambiaran los síntomas de un paciente o que sus preferencias fueran guiadas por el personal, con base en su observación del efecto de

las diferentes intervenciones sensoriales. El uso de la etnografía sensorial, en este caso, ayudó a demostrar cómo el conocimiento sobre las posibilidades del espacio y los objetos de las salas sensoriales era improvisado y surgía. También ayudó a desentrañar la forma en que se estaban anticipando y planificando las salas sensoriales en el nuevo sitio, como veremos a continuación.

## **Imaginando y planificando para el nuevo lugar**

La imaginación, al igual que las actividades de improvisación discutidas anteriormente, también pueden verse como surgidas de las configuraciones específicas de las cosas y los procesos. Como argumentan Sneath y otros antropólogos, las imaginaciones «no pueden ser plenamente condicionadas», y la imaginación es, por lo tanto, «un efecto esencialmente subdeterminado de las condiciones que las provocan» (Sneath, Holbraad y Pedersen 2009, 24–26). De esta forma, entendemos la imaginación no como algo que es una proyección de lo que está «lejos» y puede ser predeterminado sino más bien como un resultado continuo de lo que ya está sucediendo. Sin embargo, simultáneamente, las formas que imaginamos pueden impactar en lo que sucederá en un futuro aún desconocido. Por consiguiente, el estudio de la manera como la gente imagina es importante para el entendimiento de cómo podemos informar a las intervenciones útiles de codiseño sobre lo que puede suceder.

Realizamos este estudio justo cuando la Unidad de Servicios Psiquiátricos estaba a punto de mudarse al nuevo edificio del hospital, a principios del 2017. Se anticiparon muchos cambios significativos como resultado de esta mudanza y el personal estaba planificando el nuevo sitio y la transición al mismo, incluso, a través de un cuidadoso proceso de adaptación al nuevo entorno de su Modelo de Atención. Junto con muchos otros cambios en el entorno construido del hospital, el nuevo lugar fue dotado de siete salas sensoriales, con financiamiento para equiparlas, lo que permitió imaginar cómo podrían utilizarse para ofrecer una gama más amplia de experiencias sensoriales.

Cuando Shanti entrevistó al personal involucrado en la planificación del nuevo sitio, se hizo evidente que estaban tratando de anticiparse al nuevo ambiente construido, a su utilización y al equipo que satisfaría mejor la amplia gama de necesidades de los pacientes. La mudanza también representó una oportunidad para integrar más profundamente la intervención sensorial en el Modelo de Atención, lo que significó hacer que las técnicas, el equipo y las salas fueran más accesibles, tanto para el personal clínico como para los pacientes. Por ejemplo, al pensar en las nuevas instalaciones del hospital, David explicó cómo imaginaba las habitaciones en términos tanto de la variedad de su uso como del personal que podría utilizarlas:

Hemos comprado mucho equipamiento para llenar esas salas uniformemente, así que podremos hacer más intervenciones de modulación sensorial. Esperemos que haya más personal a cargo de la intervención sensorial, ojalá tengamos más personal para empezar, para que la gente pueda hacer más intervenciones sensoriales al mismo tiempo, o intervenciones en grupo si es posible, si las habitaciones son grandes... si son realmente grandes, sería bueno para los grupos, pero no estoy seguro de que sea para uso individual. Tengo que probarlo con alguien para saber lo que piensa. Puede que se sienta un poco vacío. Ojalá tengamos suficiente equipo para llenarlo, pero de nuevo no queremos sobrecargarlo, así que... tendremos que solucionarlo una vez que lleguemos allí, creo que será un ensayo y error. Aquí se desconocía el precio previsto de las habitaciones: su tamaño, cuántas personas podrían utilizarlas cómodamente, cómo se almacenaría y utilizaría el equipo dentro de ellas. De hecho, sus formas de imaginar las futuras habitaciones, ni siquiera eran siempre posibles de verbalizar directamente, sino que implicaban un sentido de cómo se podían sentir.

David tenía un sentido implícito de lo que «se sentiría bien» en las habitaciones, expresado como el no querer que se sintieran demasiado llenas o vacías, o cuál sería la mejor manera de organizar el mobiliario y el equipamiento en ellas. El sugirió que este equilibrio podría alcanzarse solamente a través de la experimentación e improvisación en el espacio, probándolo y haciendo los cambios necesarios.

Otro ejemplo tangible de este proceso de improvisación imaginaria fue la compra de equipos. Lisa, responsable de la Reducción de

Intervenciones Restrictivas, dirigió la planificación y el aprovisionamiento de las habitaciones y ayudó a desarrollar las mejores formas de utilizar la intervención sensorial con pacientes psiquiátricos, en toda la Unidad. Como se explicó anteriormente, su papel era parte de una estrategia más amplia para disminuir el uso de la «intervención restrictiva», y la intervención sensorial fue vista como un medio clave para ayudar a los pacientes a calmarse o distraerse a sí mismos cuando están agitados. Ella describió cómo le gustaría que la intervención sensorial funcionara en las nuevas instalaciones:

Ahora disponemos de siete salas sensoriales, así que estamos tratando de equiparnos con la mayor variedad de elementos posible. Estamos intentando tener una gama lo suficientemente amplia de vistas, olores y sonidos que gusten a la gente. También tenemos carros, así que esperamos que alguien pueda llevarlos a su propio espacio privado. Hablamos de espacios de calma con una caja de artículos sueltos por todas partes para que cada día sea diferente. En la caja tendremos diferentes opciones de música, objetos suaves al tacto, mantas pesadas, calefactores, etcétera; ojalá hayamos cubierto todo.

Al imaginar cómo los pacientes usarían el equipo sensorial como un producto de ensayo y error que podría cambiar día a día, Lisa había tratado de seleccionar los elementos entre los que se podía elegir, en lugar de diseñar de manera prescriptiva para obtener resultados sensoriales en particular. Ella quería permitir tanta flexibilidad y elección individual como fuera posible y, lo que es más importante, incluir el uso de carros con cajas individuales para que los pacientes no se vieran limitados únicamente al uso de las habitaciones. Podrían, por ejemplo, tener música para escuchar o una pelota esponjosa contra el estrés para jugar en sus propios espacios privados, convirtiendo sus dormitorios en una versión de las salas sensoriales.

Al atender las posibilidades móviles de las técnicas, el personal estaba pensando sobre cómo permitir que surgieran nuevas formas de compromiso, pero también sobre la forma en que las intervenciones sensoriales podrían ir más allá de los confines de una habitación diseñada para tal propósito y, en su lugar, acompañar al paciente a

muchos de sus espacios. De hecho, esto podría incluso llegar fuera de las instalaciones del hospital, ya que se ayudaba a los pacientes a comprar determinados artículos, como mantas pesadas, que podrían utilizar cuando fueran dados de alta.

Otra demostración de esto ocurrió cuando Shanti acompañó al personal en una visita para comprar equipamiento para el uso de los pacientes, donde quedó claro cómo el personal entendía los objetos, en términos de las habilidades y deseos anticipados de los pacientes. Por ejemplo, Lisa explicó que: «estamos tomando estas decisiones basándonos, en parte, en la seguridad para que no quieran conseguir algo que tenga demasiadas bolitas y cosas diminutas y también porque si una pieza desaparece de un juego, se pierde todo el juego. Estamos viendo cosas que se pueden usar como actividades de todo el grupo, pero también individualmente».

En una salida de compras anterior, ella y una colega habían analizado los mejores artículos para comprar, por lo que pudieron tomar decisiones rápidamente al imaginarse cómo usarían los pacientes los artículos, cuáles serían los juegos más fáciles y satisfactorios, los riesgos que planteaban para la seguridad y cuánto tiempo podrían tomar las diferentes actividades. A medida que se movían por la gran sección de juguetes de una tienda local, llenaban rápidamente sus carritos de compra, evaluando, comentando e imaginando continuamente los precios y los efectos de los artículos.

Hemos iniciado un nuevo debate sobre el uso creciente de las salas sensoriales en las unidades psiquiátricas para pacientes internados, en relación con las formas en que el personal y los pacientes participan en su creación y diseño, y cómo ellos imaginan las futuras salas sensoriales.

Como hemos demostrado, las formas en que tanto el personal como los pacientes generan formas de conocimiento sobre las salas sensoriales, sus asequibilidades y posibilidades son novedosas, experimentales y personales. En el ejemplo que hemos discutido se trataba de formas de improvisación y modos empáticos de anticipación, combinados con seguridad y conocimiento clínico por parte del personal. Asimismo, cuando los pacientes se involucraron con el personal en el codiseño de sus propios encuentros sensoriales con las habitaciones y sus objetos

materiales, fueron evidentes los modos improvisados y personales de conocer, evaluar y (re)constituir la experiencia. Los resultados óptimos, en términos de «mejoría», surgieron de la relación entre los pacientes, el personal de enfermería o paramédico, el entorno construido y los objetos sensoriales que se tocaban, olían, miraban o sentían en los cuerpos de los pacientes y del personal. Esto incluyó un proceso de prueba, error e improvisación que permitió al personal y a los pacientes saber qué era lo mejor para cada individuo.

Cuando examinamos la forma en que se anticiparon e imaginaron las futuras salas sensoriales, vimos que el personal se comprometió con las mismas al reconocer, de igual manera, las cualidades que se desprenden de sus encuentros con estos espacios. Imaginaron a cada paciente como un ser distinto, con diferentes configuraciones de cosas y procesos apropiados, para que cada paciente codisearnara con el personal las formas específicas en que los recursos sensoriales y materiales de dichas salas podrían ser utilizados para generar formas de bienestar.

En consecuencia, hemos adoptado un método de antropología del diseño para interpretar este contexto. En lugar de identificar un problema que debe ser resuelto por el diseño, hemos tratado de entender cómo los espacios sensoriales ya están diseñados por los «diseñadores de la vida diaria», es decir, el personal y los pacientes que aplican sus propios conocimientos formales e informales y su experiencia a los modos improvisados de la acción cotidiana.

Habiendo demostrado estos ejemplos existentes de buenas prácticas y los entendimientos subyacentes que los informan, planteamos otro interrogante sobre el diseño: ¿cómo podría el diseño de la investigación y la intervención desempeñar un papel útil en el reconocimiento y la provisión de marcos para el desarrollo de tales procesos, comprometiéndose con la forma en que las prácticas e imaginarios de los pacientes y el personal podrían ser mejor entendidos y tenidos en cuenta en el futuro?

## **Capítulo cuarto**

Salud creativa: un enfoque  
desde la práctica poética

Florentino Díaz

CASA ALKIMIA

LIMA, PERÚ



La poesía construye una relación entre salud y consciencia de la salud en tanto que son dimensiones de la experiencia del tránsito de nuestro ser en el mundo. ¿Cómo nace esta relación? ¿Cómo se enhebra con el ir permanente de cada nuevo tiempo? ¿Existe aquello que podríamos determinar como «salud creativa»?

En la práctica médica existen diversos escenarios y situaciones que plantean una constante reflexión y búsqueda de propuestas para viabilizar soluciones. En el taller que realizamos en Quito, nos centramos en la relación médico-paciente, en la práctica médica en un contexto intercultural y en las contingencias que se presentan en una situación médica dentro de un desastre natural como fue, por ejemplo, el terremoto de Manabí, Ecuador, en 2016. El enfoque que hemos buscado darle al desarrollo de esta metodología está en un proceso de construcción y la particularidad de su dinámica radica en la confluencia de distintas experiencias de investigación y diseño tales como la etnografía sensorial, la antropología médica y la perspectiva del quehacer poético.

Me voy a referir a este último, desde mi experiencia como poeta y como terapeuta de la tradición oriental, en las técnicas de acupuntura<sup>1</sup>,

---

1 Es una práctica del Asia que consiste en introducir agujas muy finas en puntos estratégicos del cuerpo humano para aliviar dolores o curar diversas enfermedades.

moxibustión,<sup>2</sup> *qi gong*<sup>3</sup> y masaje energético. La práctica poética expresa la relación entre el ser humano y su mundo, una relación que bien puede devenir en asombro, dolor, incertidumbre o celebración entre una diversidad de sentires. Nuestra percepción de la realidad es un acontecimiento en permanente investigación, desde las tradiciones ancestrales hasta la actual neurociencia.

¿Por qué nuestro entorno aparece como es y no lo hace de otra forma? Pareciera una pregunta obvia pero su respuesta, o la reflexión que la indaga, nos conduce a plantear un enfoque: cómo percibimos este universo o cómo nos acercamos a él. Para la tradición oriental, el ser humano es considerado «un universo dentro de otro universo» (Padilla 2004). La realidad externa es un universo y nosotros mismos somos otro cosmos que interacciona y vive en él. Tal visión no fue ajena a la tradición occidental, en especial al pensamiento hermético y neoplatónico: el hombre es un microcosmos y nos muestra múltiples correspondencias con la inmensidad que le rodea. El contacto con esta inmensidad es lo que enciende el núcleo de toda expresión poética.

El ejercicio de la poesía, entendida no solo como una práctica exclusivamente verbal o escrita sino como un hacer que articula gesto, visualidad, materialidad y movimiento, se convierte —en virtud de su capacidad de transformación, interrelación y descubrimiento de nuevos puntos o perspectivas de visión— en una forma fundamental de entrenarnos ante la incertidumbre. Los elementos de la contingencia, la improvisación y la creatividad operan en el quehacer poético y se corresponden con la propuesta de salud creativa.

Si comprendemos la poesía no solo como el inmenso corpus de la expresión textual, gestual, visual y sonora de la humanidad —materialidad visible e intangible—, sino también como el agente de la misma realización

---

2 Es una técnica de la medicina tradicional china que se basa en la curación por medio del calor. Este calor se produce por una especie de puro formado por las raíces de la planta artemisa. La moxa (el puro que se quema), se ubica en diferentes partes del cuerpo para curar diversas dolencias, y suele combinarse con la acupuntura.

3 Son técnicas propias de la medicina china que se practican para el mantenimiento de la salud. Normalmente, estas técnicas comprenden la respiración, el ejercicio físico y la mente.

y su factor, entonces se vincularía con una experiencia, una cualidad propia de la consciencia; es decir, aquella dimensión en la que el humano se sitúa para conocer, relacionar y producir nuevos espacios: aquellos escenarios donde la imaginación teje sus más diversos hilos y permite, de ese modo, entablar puentes entre lo conocido y lo desconocido.

La poesía puede ser considerada como una actitud, un enfoque o disposición de la consciencia, en la que cada individuo se propone recibir, procesar y transmitir su movimiento en el mundo. Ese movimiento es de una naturaleza inabarcable a través del lenguaje: nos sobrepasa. La acción poética nos permite sentir, darnos cuenta del extrañamiento con respecto a lo que acontece y sabernos parte de algo que, definitivamente, no se mostrará según nuestras expectativas o deseos. La realidad es más amplia siempre.

La escritura poética, así como las otras expresiones de la poesía, es una manifestación de esa actitud, que podríamos denominar como la esencia misma del proceso creativo, en tanto es transformadora de lo contingente (mediante sus íntimos recursos de improvisación).

Esta afirmación la hago en sintonía con la propuesta de Sarah Pink, y de otros antropólogos, de contemplar la creatividad desde su devenir de proceso y no de producto. Me interesa esta visión centrada en el sujeto creador: la creatividad entendida como posibilidad y realización permanente de lo humano; la poesía, como el propio existir, está siempre desplazándose, está fluyendo y construyéndose permanentemente. Quien se adentre en la práctica poética ha de constatar esta situación: hacerse parte de lo poético es aceptar el movimiento y la intrínseca contingencia de la vida.

Bajo esta visión de poesía no encontraremos difícil plantear una relación con los acontecimientos más intrínsecos de la creatividad humana, y mucho menos con el de la salud y la realización o comprensión de ella, especialmente significativo y profundo. La poesía los aborda desde sus recursos más potentes: la contemplación, la interrelación de saberes, el trance del ensueño o despliegue divergente de ideas y, finalmente, la acción —compleja y siempre plena de improvisación, adaptación y retroalimentación— que repercute en la materialidad, en un entorno.

En la escritura poética, o en el trazo de la visualidad poética de una caligrafía o una estructura energético visual, el ser humano se hace receptivo a esa consciencia que percibe más allá de la suya propia, que le ronda y le sostiene.

Me gusta reflexionar sobre la imagen del viento porque en ella se permite al lector la posibilidad de crear su propia secuencia de sentidos. Tal es la función propia del lenguaje poético, por su propia condición no lineal, por su propia función expansiva y de texturización de la realidad: nos concede la faceta de una incommovible centralidad del asombro, una intimidación paradójica con aquello desbordante; ese *ganz andere*<sup>4</sup> que, en otros tiempos, Mircea Eliade relacionaba a lo sagrado. Y es que lo poético, como espacio de acción de la poesía, es la consecuencia y, paradójicamente, su propia raíz.

Interesante percibir la entrada de una lógica distinta, una lógica semejante a la que podríamos aludir cuando nos relacionamos con los acontecimientos contingentes o inesperados, con aquellos que provocan en nosotros las más distintas y novedosas improvisaciones. Hablar de la poesía nos permite, entonces, acometer esta inmersión. Es un nuevo espacio, como si nuestras palabras trataran de recibir también y hacerse parte de esa misma actitud: sensibilidad del tacto, sensibilidad del oír y del ver, y del pensar que transcurre en todo el cuerpo.

Por eso, contemplar la poesía y su acción poética, desde una estructura, es importante en tanto que nos demos cuenta de que esa misma estructura está siempre en desplazamiento. Como la nube suspendida en el viento de la atmósfera terrestre, también el existir percibido por nuestra consciencia se ve tocado por la particularidad de la luz solar, de elementos que son determinantes: presión, temperatura, giro tectónico de placas, entre tantos otros factores a considerar dentro de lo que mueve, configura y posibilita la permanencia de una nube.

Es inevitable, como un transcurrir acorde al propio horizonte que nos cerca desde lejos, entrar en una doble amplitud del mirar: un mirar que, sabiéndose cercado por el horizonte, se expande en la luminosidad

---

4. Que en alemán quiere decir «completamente diferente»

y ligereza de su espacio más profundo; un mirar que, desplazándose en esa ligereza, percibe la consistencia propia del límite, del contorno curvo sobre el que ese horizonte se despliega. Dos miradas en una sola, como uno solo también es el acontecimiento del pensar y del pensar la relación entre poesía y salud. Tal relación necesita de la separación para poderla expresar y, sin embargo, su sola expresión nos conduce a una unión, tal como sentimos que sucede en el desplegar de la mirada a campo abierto o sobre los surcos blancos de una nube.

Pero ha de parecer extraño este discurso y hasta falta de sentido para un lector ávido de una técnica específica o del esquema que produzca en él la momentánea ilusión de la producción y la reproducción de aconteceres, como bien se ha difundido en el pensamiento mecanicista o instrumental de las realidades vivas y naturales. Es a ese lector a quien me dirijo puesto que, por medio de este texto, busco acompañar la reflexión sobre la poesía y su relación con la salud. Estas palabras funcionan como un puente de poesía que, como tal, se revele fluido y, a la vez, con cierta opacidad. Aquella opacidad que también demanda todo lo que está por verse, aquella opacidad del futuro cuyos contornos, más que hacerse visibles a la visión profunda o sabia, se sugieren o son soñados. Esta presencia del sueño es vital, esta presencia del saberse ensoñando es el núcleo, la semilla más honda del que brota sin cesar, a lo largo del mundo, el monte frondoso de la experiencia poética. Abrazar la ensoñación nos permitirá movernos, no en una intención de predecir, en tanto que el futuro no es «algo» fijo que está por suceder, sino en la intención de intuir y presentir una irradiación de posibles.

Contemplo la metodología que proponemos en Salud creativa, desde mi perspectiva de poeta y terapeuta de la medicina oriental, como una forma de abrir nuestra vivencia a una comprensión de esa no predictibilidad de los sucesos en el tiempo. Me gustaría insistir en esto porque, si nos eximimos de ese dejarse envolver o acompañar por la experiencia onírica, la experiencia de ensoñación y la experiencia de contemplación de la realidad —no solo como sujetos separados de ella sino también como parte de una visión que, a su vez, es lo visto y el propio ver—, no hay muchas posibilidades de examinar lo poético y su relación con la

salud. En ese sentido, la poesía tiene una estrecha y tenaz relación con la salud, si las contemplamos con estos recursos conceptuales, poéticos y diversos, que son, a su vez, elementos de lenguaje, que nos sirven para transmitir una experiencia que los rebasa: lo contingente, lo improvisado y lo creativo. Determinar algunos de estos aspectos en la práctica de la poesía se hace necesario para adentrarnos en sus posibilidades de conexión con lo que planteamos al hablar de salud creativa. Estos aspectos podemos describirlos de la siguiente forma:

La **contingencia**, entendida como ese aparecer de lo inesperado, aquella sucesión de eventos que no están planeados o determinados en una particular situación y que incluso transversalizan, es decir, pasan de un campo de acontecimientos a otros, es una cualidad inherente del propio devenir.

La **poesía**, como expresión y confabulación expresiva de ese devenir y, al mismo tiempo, como un intento, desde lo humano, de trascender y encontrar la liberación de ese mismo movimiento de las cosas. Confluye con la contingencia en tanto que la incluye, la acepta, no la rechaza, no la condena, la examina, la exalta, la exhibe y la extrema. La poesía es un laboratorio donde las contingencias más descabelladas e inimaginables pueden ocurrir; y si la poesía es real —con esto me refiero a que si la poesía expresa la contingencia dentro de los ámbitos de belleza y dignidad que le son propias [Leonard Cohen]—, entonces nos permitirá intuir la contingencia y atisbar, por una suerte de «túnel cuántico», ese otro movimiento que nuestra conciencia percibe como futuro. En la práctica poética es precisamente inesperado, esta contingencia, lo que se busca expresar, lo que palpita por detrás del texto, lo que gesta su estructura y ritmo. Ya Terry Eagleton comenta en *How to read a poem* (2010) que la forma poética no está desligada de una postura ante la realidad que, efectivamente, la poesía desencaja esa experiencia empaquetada que la tendencia esquematizante del capitalismo actual tiende a acentuar.

En el poema, como afirma Bachelard (1982), «las simples palabras —palabras completamente sencillas— vienen a descansar en el seno de una ensoñación» y es esa «lenta ensoñación» la que «descubre las profundidades en la inmovilidad de una palabra». Es, precisamente,

ese ensoñar la raíz de la actitud poética, en tanto que nos dispone a una sorpresa permanente, a contemplar, sin proyección de una idea previa, el mundo tal como se presenta. He aquí ese abrazar de lo contingente que también se acerca a la actitud meditativa del budismo zen. Poesía, meditación y desplazamiento artístico de nuestra consciencia. Artístico porque no rechazamos el instante, lo asumimos, lo sentimos, lo desplegamos en sus posibilidades, nos sabemos confiando en un hilo o centro invisible. Eso es dejarse ser poema en la trama poética de este mundo.

Cuando se está en la misteriosa circunstancia de la necesidad de restablecer la salud, el terapeuta necesita de esta consciencia que lo poético ejerce, de este ensoñar que la práctica del poeta le puede entregar. Porque solo entonces, ante ese abrazo, ante esa contemplación ensoñadora del instante, el terapeuta realmente se sabe frente a otro ser; sabe que existe lo imprevisto y no lo rechazará; sabrá guardar la calma, la serenidad profunda con la que transmitir ese toque de alivio, esa impronta sanadora, a la hora de situarse en el acontecimiento del dolor o el desespero, ante la enfermedad o la tragedia. La actitud poética nos anima a sintonizarnos con el asombro y diluir la reacción del miedo ante un acontecimiento que no esté previsto en los esquemas o circunstancias a las que nos habituamos. Pero es precisamente ese asombro el elemento de lejanía, de sana distancia que nos permitirá, dentro de los recursos que cada uno desarrolle, improvisar, configurar respuestas distintas, apelar a nuestra inventiva para proponer nuevas miradas, nuevos usos, nuevos enfoques de lo que, usualmente, consideramos como salida o resolución de un problema.

La improvisación, en el ejercicio poético, es la actualización de lo posible. Y no solo en este ámbito sino en el de la realidad cotidiana donde podemos encontrar múltiples improvisaciones en relación a los sucesos, siempre en cambio y además no condicionados a nuestra exclusiva expectativa. Es decir, la experiencia poética nos muestra cómo, en su proceso, la realidad es un flujo en el cual estamos inmersos y al que, mediante nuestra verbalización, gestualización o disposición material, convocamos de una determinada manera para sentir que nos adaptamos a ella. Más aún, la expresión poética articula los elementos

de la cotidianeidad para transformarlos y darles otro sentido. Tal sentido puede ser el de anunciar otra posibilidad, otro camino por recorrer.

Asimismo, la poesía nos permite ver en ese desvelamiento de lo que está ahí, una denuncia de los esquemas fijos con los que queremos responder al flujo de los sucesos. Nuestras propias respuestas son puestas a prueba en el acontecer poético, nuestros juicios, nuestras expectativas. En el actuar médico, en la acción terapéutica, esta improvisación puede expresarse en la actitud serena de quien desarrolla, por el constante ejercicio de lo poético, una consciencia de lo armónico, una consciencia de lo que genera belleza o equilibrio. De esta manera, internarnos en la práctica de la poesía, en todas sus expresiones que, como ya hemos mencionado, no solo abarcan las escritas o sonoras, nos lleva a ir comprendiendo y abrazando esta naturaleza cambiante de nuestro entorno y, al mismo tiempo, nos va permitiendo -sobre todo al cuerpo médico, a aquellas personas que se adentran en la comprensión del mundo de los otros, en la acción sobre el mundo que son otros-, llegar a una percepción de nuestras cualidades o situaciones más internas.

Hacerse poeta es abrazar esa actitud en que nos confiamos a un compromiso de establecernos como congregadores de la palabra, gestores de la posibilidad de permitirnos siempre una respuesta distinta ante las circunstancias de la existencia. Eso es hacerse poeta, eso es convertirse en ese mediador que, de alguna forma, como cita María Zambrano en su texto *Sobre un saber del alma*, «conjura para descubrir la realidad, cuya huella enmarañada encuentra en la angustia que precede a la creación» (1950, p.33) y es esta angustia la que podría proponerse como una consecuencia de la contingencia, como una consecuencia también de no saberse a dónde dirigirse, a dónde desplazarnos en el intempestivo vaivén de lo que sucede, de lo imprevisto. Como señala Czhizentmihalyi, esa angustia que viene de un desfase entre nuestra expectativa y nuestra habilidad ante los retos. Sin embargo, la actitud construida por la poesía es la de la aceptación. Aceptación que hallamos espléndidamente esbozada en tantas otras prácticas de profundización en la naturaleza de la realidad como el budismo zen o la caligrafía oriental o en la meditación activa o el danzar del performer.

Improvisar es una respuesta que ha eludido el miedo, que ha superado, trascendido la inmovilidad propia del que se ve sin esperanzas, sin recursos o sin capacidad de gestionar otra posibilidad o perspectiva. Por eso, esta capacidad de improvisar se hace un elemento esencial para el siguiente aspecto de la práctica poética y que se vincula por completo con la práctica de una salud creativa, me refiero a la creatividad. La creatividad es un acontecimiento ineludible del vivir. Cada forma de existencia está o ejerce alguna acción de adaptación y de respuesta ante su entorno, ejerce una comunicación, una identificación y un camino que le mantiene en el curso de la vida como parte de ella, le permite permanecer. Son todas estas cualidades inherentes al quehacer poético, porque en el ejercicio del arte poético el humano entabla comunicación con espacios que no ha determinado antes, resuelve o busca indagar sobre texturas de la realidad que, por supuesto, le han sido desconocidas; le permite ir en ese «deambular», en ese «ir rastreando» —como señala Tim Ingold (2014) al referirse al proceso de la lectura en la época medieval— un camino posible. La creatividad es el elemento esencial del quehacer poético que se fundamenta en su capacidad permanente de improvisar, de probar, de experimentar, de cohesionar y transformar los elementos que nos circundan. Esta creatividad poética se relaciona con la salud en la medida en que desarrolla en quien la ejerce tres actitudes o anhelos que son fundamentales a la hora de entablar una conexión con el momento terapéutico, como por ejemplo: una recuperación de la capacidad de empatizar; una consciencia de la percepción de una cualidad inocente o primigenia de la realidad y una evocación de una naturaleza humana simbolizada en el fuego que reúne, en su luz y la oscuridad también de las palabras, como en aquellos relatos de los orígenes del mundo.

Como bien menciona Root-Bernstein en su libro *El Secreto de la creatividad* (2002, p. 233):

Existen muchos médicos que recurren a la empatía para comprender y tratar mejor a sus pacientes. En su *Autobiography*, el poeta Carlos Williams —que también era médico en activo— dice: «Me sumía en las mismas preocupaciones que asaltaban sus mentes [de sus pacientes]. Por unos

instantes, al menos, me convertía en ellos hasta el punto de que, cuando salía de esa situación y cobraba de nuevo distancia [...] era como si despertase de un sueño.

Es la empatía una cualidad de suma importancia en el momento del encuentro entre médico y paciente, un elemento fundamental a la hora de diseñar para un determinado grupo, o plantear una estrategia o una solución en un determinado contexto con sus personas específicas, sus rostros y sus voces. La empatía nos hace más receptivos y posibilita esa conexión energética, esa conexión viva, lúcida, creativa, tan manifiesta en el cuerpo como en el pensamiento, y que se irradia en ideas, en intenciones y perseverancia a la hora de encontrar soluciones o descubrir un nuevo espacio en el espacio de nuestro ser. Estoy seguro de que esta posibilidad de la empatía es uno de los grandes hallazgos de la experiencia poética. Y digo empatía porque la experiencia poética es la experiencia del trance, donde uno realmente puede sentir que «sale de sí mismo» y que, permaneciendo en su centro, puede atisbar la realidad desde el movimiento y la luz de otro centro.

En la tradición oriental se dice que un terapeuta, apenas ve a su paciente llegar, debe entrenarse para reconocer los órganos afectados, el origen de la enfermedad y el tratamiento para ella. Es en esa receptividad empática, en esa claridad de nuestra percepción que podemos trabajar —como en el poema— las posibilidades de un contacto sanador, de una experiencia creativa para la salud. Comprendiendo la salud como un acontecimiento de equilibrio, de consciencia y proceso de vida en la que nos sentimos conectados a una dimensión más plena, a una esperanza renovadora, a una confianza a prueba de choques.

Es decir, esa salud no será la planteada por una visión en la que nuestro cuerpo se convierta en un campo de batalla entre enfermedad y medicamentos o entre virus y retrovirales, será una salud que comprenda al cuerpo como lo que es: «un nosotros», un cuerpo de múltiples conexiones, de diversas dimensiones, de insólitas revelaciones que está evocando en su presencia la plenitud de un universo. Un universo dentro de otro universo, que está planteándonos el reencuentro con algo que nos trasciende. Y nos trasciende porque no es desde la

sola racionalidad que se le puede percibir; nos trasciende porque, en esa dimensión, lo poético se nos hace puente hacia lo misterioso, hacia ese centro sagrado y suprahumano de la realidad.

Esta naturaleza del cuerpo presiente su transformación en el ejercicio de lo poético a través del proceso empático de irse convirtiendo el médico, el terapeuta, en una suerte de espejo sobre el cual la imagen del paciente se reconstruye, se devuelve a su luz natural a su tesitura natural, a su raíz natural. Pero es desde la imagen, desde esa posibilidad de recibir la luz del otro, que nos instalamos en la rearticulación de esa luz. Pero me encuentro hablando de pronto de luz, y es verdad que cuando lo hago también estoy hablando de sonido. Luz y sonido, transparencias que evocamos en el encuentro con otro humano, y debería agregar «movimiento». Pues tal luz y sonido, identidades que transitan en la configuración de este mundo, se vuelven ese nosotros del cuerpo, se convierten en ese resplandor que es la historia de cada ser. Resplandor que percibimos como opacado por algún acontecimiento de dolor, de pérdida, de olvido o de silencio.

La enfermedad, en esa salud creativa, ya no será considerada la enemiga sobre la cual descargar el arsenal de guerra que lleve de encuentro la vida misma del paciente. La enfermedad será contemplada también como un lenguaje, como la pista de aquel verso que se descarriló, de aquella palabra que se dejó ir y que nuestro ser-poema reclama que retorne. La enfermedad tendrá una experiencia distinta, una evocación de lo que podríamos hacer, renovar, perdonar, sanar, volver a amar. Como en la poesía, aquellas vivencias nos permitirán reescribir nuestro nosotros, reescribir nuestro espacio, volverlo a soñar.

Recuperar la percepción de lo inocente es también otra cualidad de la práctica poética y su vinculación con la salud. María Zambrano (1950) plantea la nostalgia del poeta como aquella nostalgia de un tiempo anterior a todo lo vivido y que su afán por la palabra es un afán por devolverle su perdida inocencia. ¿A qué nos referimos con ella? ¿Cómo la inocencia puede repercutir en la salud, o en la actitud de quienes se plantean el trabajo en la salud? Quiero señalar, siguiendo aquí el pensamiento de la filósofa andaluza, que comprendo a la inocencia

como una simultaneidad de acontecimientos que marcan la estructura íntima de una realidad psíquica y espiritual; es decir, simultaneidad de pensamiento, ritmo, imagen y silencio, y que hacen de la palabra, entendida esta como amplio acontecer de lo humano, pura acción, plena creación. En ese sentido, la inocencia es un atisbo de nuestra naturaleza creadora más plena, esa naturaleza hacia la cual buscamos sintonizarnos, redescubrirla cuando emprendemos nuestro recorrido en el camino de la poesía y la salud. Una naturaleza, una cualidad intrínseca de nuestro ser que se actualiza en la medida en que nos volcamos a la creación, a la expresión, a la contemplación de lo que siendo nosotros es el misterio y milagro mismo de la existencia.

Empatía, inocencia y, por último, el fuego que congrega, el fuego que nos reúne como recuerdo de nuestra humanidad. Esta última estancia es la que la creatividad propicia en nuestro ser. Es en esta amplificación donde quisiera sugerir la imagen del fuego que configura el espacio de lo visible y que, al mismo tiempo, configura también un espacio de lo no visible. Es en esta doble visión: lo que podemos comprender y lo que escapa de momento, según sea el movimiento del fuego, a nuestra comprensión. Digo «según sea el movimiento del fuego» porque ese fuego no está fijo, enterrado o instalado de manera definitiva en un punto. Es un fuego que, como en los inicios humanos, es nómada, trashumante, que deambula, que congrega pero que, al mismo tiempo, teje los rumbos que apuntan hacia esas nuevas estancias, sin perder de vista su centro, el origen donde la palabra, el poema y la experiencia poética nos expresan aquello que nos convierte en humanos: la solidaridad, el amor, la protección, la ternura, el asombro, el temor, el odio, la muerte y el propio engrandecerse.

El fuego nos recuerda esa posibilidad, como la luz de una vela, o la presencia de la intención en el acto de sanación, en la relación con el paciente. Este fuego se instala en la actitud que ha sabido entrar en la dimensión existencial del paciente, que ha sabido recoger la posibilidad creadora de esa existencia en una actitud inocente y que ahora está presto a recordar el origen pero a hacer ver que, simultáneamente, existe un desplazamiento, un recorrido; y no solo como individualidades, sino

como un tejido humano, como conciencias que están en búsqueda, en constante develamiento de eso que -siendo invisible- se hace visto y que, al moverse, siempre ha de descubrirnos otra textura invisible en lo circundante, en nosotros mismos.

Fuego que entabla un precioso abrazar con el misterio, con esa semilla en las profundidades de nuestra realidad, fuente de todo gesto, palabra, acción y visión. Fuego del verso y del canto encendido, fuego del mirar y de la pulsación de latido, fuego del corazón que se sabe asido al otro fuego del que viene su sentido. Así, con ese fuego el poeta, el terapeuta poeta, el médico poeta, hace una confabulación de recursos, una muestra andante de posibilidades que nos permitan recuperar la esperanza, diluir el miedo y plantear no un combate sino un abrazo, no una guerra sino una escucha de ese acontecimiento humano, de esa dimensión de la vida como es la enfermedad, pero ahora contemplada desde una salud creativa, una salud que se fundamenta en nuestra íntima creatividad, en nuestra íntima imaginación, en nuestra íntima poesía.



## Trayectorias personales

### Florentino Díaz

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

Escritor peruano, terapeuta en acupuntura y artista visual. Cuenta con diversas publicaciones de poesía: *Transmutación de la ciudad*, *La revolución de los peces*; 28: *versión 1.0*; *Danza para las calles que tiemblan*, entre otros. También ha publicado el libro de ensayo *Sobre el libro y lo poético*. Ha desarrollado performances poéticas y talleres sobre creatividad y temas de salud con un enfoque artístico. Su trabajo se orienta a las relaciones entre poesía, tradición oriental y terapia. Actualmente es docente en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

### Ana Martinez

Universidad de Las Américas

Es doctora en Ciencias Políticas y Sociología, con especialidad en Antropología Social, y especialista universitaria en Sociología del Consumo por la Universidad Complutense de Madrid, desde 1998. Fue profesora titular de Sociología en la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, desde el 2003 hasta el 2014. Su actividad investigadora se articula en dos líneas de trabajo: promoción de la salud y el bienestar y metodología de la investigación social. En la actualidad es investigadora y docente de Antropología y Sociología Médica y Coordinadora de Vinculación con la Comunidad en la Escuela de Medicina de la Universidad de Las Américas, Quito, Ecuador.

## Sarah Pink

Instituto Real de Tecnología de Melbourne, RMIT, Australia.

Es profesora en la Escuela de Medios y Comunicación de la Universidad RMIT. Su investigación se encuentra en la intersección entre antropología del diseño y futuros y tecnología. Actualmente su estudio se enfoca en Tecnologías Emergentes y Futuros Digitales, y Diseño para el Bienestar, proyecto financiado por el consejo académico de investigación y asociaciones académico-industriales a nivel internacional. Sus recientes publicaciones en coedición y coautoría incluyen los siguientes títulos: *Uncertainty and Possibility* (2018), *Anthropologies and Futures* (2017), *Making Homes* (2017) y *Digital Ethnography* (2016).

## Lisa Spong

Hospital de Bendigo, Victoria, Australia

Es enfermera y trabaja en el área de salud mental con pacientes adultos internos, cuidados intensivos, asesoría en manejo de crisis, evaluación y ubicación de pacientes y cuidados de prevención y recuperación del Hospital de Bendigo. Desde 2013, es Coordinadora de Intervenciones, Reducción y Contención del Servicio de Salud Mental. El compromiso con su propio desarrollo profesional le ha llevado a continuar su educación hasta el nivel de maestría. Es una defensora de los pacientes y usuarios de salud mental. Recientemente recibió la invitación para ser miembro fundador de la Red de aliados del nuevo Consejo Victoriano por la Conciencia de la Enfermedad Mental (VMIAC). Trabajó como oficial superior de proyectos en el equipo de seguridad de Victoria, como jefe de enfermería de salud mental de Departamento de Salud y Servicios Humanos, desde octubre de 2016 hasta octubre de 2018.

## Shanti Sumartojo

Real Instituto de Tecnología de Melbourne, RMIT, Australia

Becaria del vicerrectorado de investigación en la Escuela de Medios y Comunicación del Real Instituto de Tecnología, RMIT, en Melbourne, Australia. Sus investigaciones indagan en la forma como las personas experimentan su entorno espacial, incluyendo los aspectos materiales e inmateriales y usando metodologías etnográficas e investigación aplicada. Con un enfoque particular en el ambiente construido y el espacio público urbano, estudia la construcción de monumentos y lugares conmemorativos. Sus libros más recientes son *Atmospheres and the Experiential World: Theory and Methods* y *Empire in the Great War Centenary*.

## Laurene Vaughan

Real Instituto de Tecnología de Melbourne, RMIT, Australia

Decana de la escuela de Diseño del Real Instituto de Tecnología de Melbourne, RMIT, en Australia. Fue invitada a ocupar un lugar en la Silla Neirensberg 2012-2013, como catedrática distinguida, *Distinguished professor*, de Diseño, en la Universidad Carnegie Mellon, de Estados Unidos. Internacionalmente reconocida como investigadora principal en proyectos interdisciplinarios de diseño aplicado. Investiga la naturaleza interactiva y situacional de la producción cultural y las prácticas analógicas y digitales. Fue jefa investigadora de la colección de archivos vivos del Circo OZ y coeditora de *Performing digital* de la editorial Palgrave. Su última publicación es *Based Design Research*, en la editorial Bloomsbury Academic.



## Referencias

- Ash, J. 2012. "Technology, Technicity and Emerging Practices of Temporal Sensitivity in Videogames." *Environment and Planning A* 44(1): 187-203
- \_\_\_\_\_. 2012. "Attention, videogames and the retentional economies of affective amplification." *Theory, Culture & Society* 29(6): 326.
- \_\_\_\_\_. 2013. "Technologies of captivation: videogames and the attunement of affect." *Body and Society* 19: 275-1. Bachelard, Gaston. (1984). *La poética de la ensoñación*. Fondo de Cultura Económica.
- Bachelard, G. 1982. *La poética de la ensoñación*. México: Fondo de Cultura económica.
- Bendigo Health. s. f. *About Bendigo Health*. Recuperado de: [http://www.bendigohealth.org.au/About\\_Us.asp?PageID=10](http://www.bendigohealth.org.au/About_Us.asp?PageID=10).
- Betancourt, Ó. Mertens, F. y Parra, M. 2016. *Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente*. Quito: Abya-Yala, COPEH-LAC.
- Bille, M., Bjerregaard P., y Flohr S. 2015. "Staging Atmospheres: Materiality, Culture, and the Texture of the In-between", *Emotion, Space and Society* 15: 31-8.
- Bleakley, A. 2011. *Medical Education for the Future. Identity, Power and Location*. Dordrecht: Springer.

- Champagne, T., y Stromberg, N. 2004. "Sensory Approaches in Inpatient Psychiatric Settings: Innovative Alternatives to Seclusion & Restraint". *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(9), 35-44.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_ et al. 2017. *The principles and practice of Narrative Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Clarke, A. 2016. "The New Design Ethnographers 1968-1974: Towards a Critical Historiography of Design Anthropology". In *Design Anthropological Futures*. ed. / R. C. Smith; K. T. Vangkilde; M. G. Kjærsgaard; T. Otto; J. Halse; T. Binder. London: Bloomsbury Academic. Pp 71-87.
- Clifford, J. 1986. "Introduction: partial truths", in J. Clifford and G. Marcus (eds), *Writing Culture: the Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- Conde, F. 2002. "Encuentros y desencuentros". *Rev. Esp. Salud Pública* 76: 5 oct.
- Damasio, A. 1996. *El error de Descartes*. Madrid: Alianza Editorial.
- Eagleton, Terry. 2010. *Cómo leer un poema*. Madrid: Editorial Akal.
- Ehn, P. 1988. *Work-Oriented Design of Computer Artifacts*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- \_\_\_\_\_ *Work-Oriented Design of Computer Artifacts*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Eliade, M. 1990. *Lo sagrado y lo profano*. Madrid: Editorial Guadarrama
- Evans M. 2012. Universal Health Coverage is a Development Issue. *The Lancet*, Vol. 380, Issue 9845, 864 - 865.

- Fernández Juárez, G. 2006. Salud e Interculturalidad en América Latina. *Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ab-ya-Yala/AECI/UCLM
- Flores, J. A. 2004. «Una etnografía del "año de provincias" y de "cuando no hay doctor". Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional», Salud e interculturalidad en América Latina. *Perspectivas antropológicas* (Gerardo Fernández, coord.), Quito: Abya-Yala/AECID/ UCLM.
- Granda, E. 2009. La salud y la vida. Quito: Organización Panamericana de la Salud, OPS-OMS, Ministerio de Salud Pública, *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*, ALAMES.
- Gunn, W., y Donovan, J. 2012. Design Anthropology: An Introduction. In W.Gunn & J. Donovan (Eds.) *Design and Anthropology* (pp. 1-18). London: Ashgate.
- Gunn, W., Otto, T., y Smith, R. 2013. *Design Anthropology: theory and practice*. Oxford: Bloomsbury Publishing.
- Gunn, W., y C. Clausen. 2013. “Conceptions of Innovation and Practice: Designing Indoor Climate” in W Gunn, T Otto & RC Smith (eds). London: Bloomsbury Academic. 159-179.
- Hallam, E, T. Ingold. 2007. “Creativity and Cultural Improvisation: An Introduction”, in E. Hallam and T. Ingold (eds), *Creativity and Cultural Improvisation* (Oxford: Berg).
- Halse, J., y Boffi, L. 2016. “Design Interventions as a Form of Inquiry”. In *Design Anthropological Futures*. ed. / R. C. Smith; K. T. Vangkilde; M. G. Kjærsgaard; T. Otto; J. Halse; T. Binder. London: Bloomsbury Academic. 89-104.
- Halse, J. 2013. “Ethnographies of the Possible”, in W Gunn, T. Otto & R. Smith (eds), *Design Anthropology: Theory and Practice*, 180 - 96, London & New York: Bloomsbury.

- Ingold, T. 2000. *The Perception of the Environment: Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. London: Routledge.
- Ingold, T. (2012). *Introduction: the perception of the User-producer*. In W. Gunn & J. Donovan (Eds.) *Design and Anthropology* (pp. 19- 34). London: Ashgate.
- \_\_\_\_\_. 2013. *Making*. Oxford: Routledge.
- \_\_\_\_\_. 2014 *Líneas, una breve historia*. Editorial Gedisa.
- Irving, A. 2017. "The art of turning left and right" in J. Salazar, S. Pink, A. Irving and J. Sjoberg (eds) *Future Anthropologies*. Oxford: Bloomsbury.
- Kitchin, R., y M. Dodge. 2011. *Code/Space. Software and Everyday Life*. Boston, MA: MIT Press.
- Kjærsgaard, M. G., et al. 2016. "Introduction: Design Anthropological Futures". In *Design Anthropological Futures*. ed. / R. C. Smith; K. T. Vangkilde; M. G. Kjærsgaard; T. Otto; J. Halse; T. Binder. London:
- Lagarde de los Ríos, M. 2000. *Claves feministas para liderazgos entrañables*. Managua: Puntos de encuentro.
- Lalonde, M. 1981. *A new perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: *Minister of National Health and Welfare*.
- Lindstrom, B. 2010. Un abordaje salutogénico para reducir las desigualdades en salud. En M. y. Hernán, *Formación en Salutogénesis y Activos en salud* (págs. 67-102). Granada: Escuela andaluza de salud pública. Disponible en <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=M150b3RsaW5r>.
- Martínez, A. y Camas, V. 2016 "Etnografías de empoderamiento en Europa y América: diseñando el futuro con las comunidades". *Empiria, revista de metodología de las ciencias sociales*, num. 35, 41-64, ISSN: 1139-5737, DOI/empiria.35.2016.17168rid

- Martínez, A. 2017. “La espiral de la salud y la vida” en Bueno, A. (coord.) El género en cuestión. *Debates multidisciplinares sobre lo normativizado*. Manta: Mar abierto.
- Massey, D. 2005. *For Space*. London: Sage.
- Menéndez, E. 2003. ¿Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência saúde coletiva* [online]., vol.8, n.1, pp. 185-207, Rio de Janeiro. <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>
- Mille, E., et al. (2014). “Sounding Narrative Medicine: Studying Students” *Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons*. *Academic Medicine*, 89(2), 335-342.
- Moggridge, B. 2006. *Designing Interactions*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Norman, D. 1988. *The Design of Everyday Things* New York: Basic Books.
- Novak, T., et al. (2012). Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. *Australasian Psychiatry*, 20(5), 401-406.
- Okely, J. 1994. Vicarious and sensory knowledge of chronology and change: ageing in rural France. In K. Hastrup & P. Hervik (Eds.) *Social Experience and Anthropological Knowledge* (pp. 34-48). London: Routledge.
- Padilla, José. 2001. *Tratado de sanación en el arte del soplo*. Perú: Edición Escuela Nei Jing.
- Pérez. M. A. y R.R. Luquis. 2008. *Cultural Competence in Health Education and Helath Promotion*. San Francisco C.A.: Jossey-Bass.
- Pink, S. 2015. *Doing Sensory Ethnography*, 3rd ed. London: Sage.
- Pink, S. and N. Astari (Directors). 2015. *Laundry Lives: everyday life and environmental sustainability in Indonesia*. [www.laundrylives.com](http://www.laundrylives.com).

- Pink, S., et al. 2017. *Making Homes: ethnographies and designs*. Oxford: Bloomsbury
- Pink, S., y K. Leder Mackley. 2012. "Video as a Route to Sensing Invisible Energy" *Sociological Research Online*. Available at <http://www.socresonline.org.uk/17/1/3.html>
- \_\_\_\_\_. (2016) "Moving, Making and Atmosphere: routines of home as sites for mundane improvisation" *Mobilities* 11(02).
- Pink, S., H. Lingard and J. Harley. 2017. "Refiguring Creativity in Virtual Work: The Digital-Material Construction Site" *New Technology, Work and Employment*. 32(1): 12–27
- Pink, S. and J. F. Salazar. 2017. "Anthropologies and Futures: setting the agenda" in J. Salazar, S. Pink, A. Irving and J. Sjoberg (eds) *Future Anthropologies*. Oxford: Bloomsbury.
- Root-Bernstein, Robert y Michelle. 2002. *El secreto de la creatividad*. Editorial Kairós
- Sánchez, J. 2017, no publicado hasta la fecha. "Contribuciones de las humanidades médicas y la medicina narrativa a la educación médica: a propósito de los casos de las Facultades de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia" Tesis presentada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina.
- Smith, R., y T. Otto. 2016. "Cultures of the Future: Emergence and Intervention in Design Anthropology" in *Design Anthropological Futures*. Ed. R. C. Smith; K. T. Vangkilde; M. G. Kjærsgaard; T. Otto; J. Halse; T. Binder. London: Bloomsbury Academic. 19–36.
- Sneath, D., Holbraad, M., y Pedersen, M. 2009. "Technologies of the Imagination: An Introduction", *Ethnos* 74(1): 5–30.

Strathern, M. 2000. "Afterword: accountability ... and ethnography" in M. Strathern (ed), *Audit Cultures: anthropological studies in accountability*. London: Routledge. Pp 279-304.

Wright, S., y C. Shore. 2015. "Audit Culture Revisited: Rankings, Ratings, and the Reassembling of Society" *Current Anthropology*, 56(3): 421-444

Zambrano, M. 1950. *Hacia un saber sobre el alma*. Madrid: Editorial Losada

*Salud creativa*  
se terminó de editar  
en Quito, Ecuador,  
el mes de enero de 2019  
bajo la marca

  
ediciones

siendo rector el Dr. Carlos Larreátegui Nardi.

# -logía

*-Logía* es una partícula lingüística de origen griego cuyas formas relacionan palabras como «ciencia», «estudio» o «tratado», elementos fundamentales para esta colección de escritos teóricos sobre diversas materias de las diferentes áreas del conocimiento.

## Otros títulos de la colección

### Barrios urbanomarginales: un espacio para la economía popular y solidaria

Roberto Hidalgo, Marcela Pérez

### Vulnerabilidad rural en América Latina y el Caribe

Susana Herrero, Alejandra Villa

### Los millennials frente al espejo: tecnología, jóvenes y educación

César Ulloa

### Mercado farmacéutico ecuatoriano

Esteban Ortiz

### Aplicaciones del marketing en Ecuador

Xavier Oviedo, David Villacís

## Otras colecciones de UDLA ediciones



ruta



imago



racimo



eje



símil



núcleo

A partir de las nociones de *contingencia*, *improvisación* y *creatividad* los autores de este libro plantean una nueva mirada a la salud y el bienestar de las personas desde el diseño, la etnografía y el arte como formas de cuidado propio y ajeno.

*Salud creativa* invita a sus lectores a pensar en un modelo de promoción de la salud desde la expresión artística, un modo alternativo de bienestar, aplicable en la formación de profesionales de la salud pero también en la salud comunitaria.

ISBN 978-9942-779-12-0



*udla*  
EQUADOR