

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Aceptación y rechazo de tratamientos no biomédicos en personas ansiosas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sarudiansky, Mercedes y Saizar, María Mercedes.

Cita:

Sarudiansky, Mercedes y Saizar, María Mercedes (2011). *Aceptación y rechazo de tratamientos no biomédicos en personas ansiosas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/74>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/yq7>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE TRATAMIENTOS NO BIOMÉDICOS EN PERSONAS ANSIOSAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Sarudiansky, Mercedes; Saizar, María Mercedes
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

RESUMEN

La utilización de estrategias de complementariedad terapéutica por parte de los usuarios del sistema de salud es un hecho innegable en la mayoría de las sociedades. En efecto, en los últimos años se ha percibido un crecimiento en torno al consumo de medicinas alternativas y complementarias, lo cual llevó a un pronunciado interés tanto por parte de organismos de salud internacionales, de las disciplinas de la salud, como de las investigaciones en ciencias sociales y humanas. En los trastornos mentales, especialmente en casos de ansiedad y depresión, la utilización de estas terapias no sólo ha acompañado esta tendencia, sino que incluso son dolencias en las que su utilización es muy frecuente. En el presente trabajo intentaremos delinear los factores que influyen tanto en la selección como en el rechazo de este tipo de terapias, en personas ansiosas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Palabras clave

Ansiedad MAC Aceptación/Rechazo CABA

ABSTRACT

ACCEPTANCE AND REJECTION OF NON-BIOMEDICAL TREATMENTS ON ANXIOUS PEOPLE OF BUENOS AIRES (ARGENTINA)

The use of complementary therapeutic strategies by the users of the health care system is an undeniable fact in most societies. Indeed, in the last years has been a growth in consumption of complementary and alternative medicine, which took a strong interest both from international health agencies, health disciplines, and had also an impact in research studies on social and human sciences. In mental disorders, especially in cases of anxiety and depression, the use of these therapies has accompanied this trend, being ailments in which its use is very common. This paper attempts to outline the factors that influence both the selection and rejection of such therapy in anxious people of the City of Buenos Aires

Key words

Anxiety CAM Selection/Rejection CABA

Introducción

La biomedicina es la opción terapéutica preeminente en los sistemas de salud tanto de nuestro país como de la mayoría de las sociedades del denominado "mundo occidental"; sin embargo, nunca ha llegado a ser la única opción disponible (Cant & Sharma, 2000). De hecho, las investigaciones y abordajes realizados desde el campo de las disciplinas sociales y humanas señalan que la utilización de terapias no biomédicas en los recorridos de búsquedas de salud ha dejado de ser considerado como un fenómeno inusual (Cartwright & Torr, 2005; Bordes, 2010; Idoyaga Molina, 2002; Franco, 2000; Korman & Idoyaga Molina, 2010; Nuñez, 2003; Saizar, 2008, entre muchos otros). Consecuentemente con ello, la Organización Mundial de la Salud, en el año 2002 (OMS, 2002), ha publicado una estrategia para la utilización de medicinas tradicionales y de las medicinas alternativas y complementarias (1) -de ahora en más, MAC-, corroborando, de esta manera, la creciente importancia que han adquirido estas modalidades terapéuticas en los itinerarios de salud de la población de diversos contextos y validando, asimismo, su utilización.

Las explicaciones en referencia a la popularidad de las MAC se fundamentan en diversos factores. Al respecto, Cartwright y Torr (2005) resaltan la emergencia de los valores posmodernos, los cuestionamientos hacia la ciencia médica y un creciente foco en la responsabilidad individual y el consumo. Douglas (1995), por su parte, explica que su utilización -especialmente por parte de la comunidad intelectual inglesa- implica una "*una sensibilidad más delicada en favor del cuerpo*" (pp. 38), así como también una opción por modelos de abordaje más holístico y menos invasivo, en detrimento de la fragmentación propuesta por ciertas corrientes biomédicas (*Ibid.*). Desde una perspectiva más general, Kleinman, Eisemberg y Good (1978), al discriminar los distintos aspectos de la noción de enfermedad (a partir de la distinción en el idioma inglés de los términos *disease* e *illness* [2]), ya habían señalado la disonancia entre la práctica médica contemporánea y las expectativas de los usuarios como factores intervinientes en las búsquedas de salud entre los usuarios.

De todas maneras, la elección de los tratamientos, así como las razones o fundamentos de su utilización suelen ser heterogéneos y condicionados a factores particulares, fenómeno que se repite no sólo en el plano de las terapias alternativas y complementarias, sino en el amplio espectro que implica la atención y las búsquedas de salud (al respecto, ver Karasz, 2005; Weiss et al,

1986, entre otros).

El abordaje de las búsquedas de salud en los trastornos mentales presenta características particulares que se distinguen de aquellas centradas estrictamente en patologías biomédicas, dado que, como lo señalan Karasz y Dempsey (2008) en estos últimos casos la variabilidad sociocultural de la enfermedad, que estaría implicada directamente con las variaciones en torno a las búsquedas de salud, se encuentra reducida. La riqueza que se presenta en el caso particular de la ansiedad, como hemos señalado en artículos previos (Sarudiansky, 2010), descansa además en el hecho de que su conceptualización dista mucho de ser homogénea e, incluso, ha sido señalada como ambigua (Jablensky, 1985) y no científica (Hallam, 1985; Sarbin, 1964). Hemos podido constatar, en efecto, desde las distintas corrientes teóricas que dan cuenta de ella, desde el campo de la semántica (Pichot, 1999), y desde nuestra experiencia de campo, dificultades en torno a la definición y significación de este término. Todo ello, sumado a las ambigüedades y confusiones que se plantean desde el seno de la disciplina biomédica, donde, a su vez, los límites entre normalidad y patología muchas veces se encuentran desdibujados, convierte a la ansiedad en un terreno fecundo para la indagación de las variables personales y culturales que fundamentan la elección de estrategias de complementariedad terapéutica. En efecto, distintos estudios han evidenciado que la recurrencia a las terapias denominadas alternativas o complementarias en personas ansiosas y/o deprimidas es muy frecuente (Astin, 1988; Eisenberg et al, 1993; Berenson Gorn et al, 2009). El objetivo del presente trabajo es describir y realizar un ordenamiento conceptual de los fundamentos de la adherencia y rechazo de medicinas alternativas y complementarias en personas ansiosas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En primera instancia, enumeraremos las elecciones terapéuticas relevadas en nuestros entrevistados, señalando aquellas que se presentan con más frecuencia. En segundo lugar, realizaremos un ordenamiento a través de categorías, a las cuales denominaremos factores de adherencia y rechazo de terapias alternativas/complementarias.

Actividades y metodología

Para rastrear los fundamentos en la elección de terapias alternativas/complementarias en torno a la ansiedad hemos utilizado métodos y técnicas cualitativas. A través de entrevistas en profundidad realizadas a informantes calificados -personas que se reconocen como ansiosas-, hemos indagado respecto de sus experiencias de salud y enfermedad, así como también las trayectorias terapéuticas y creencias relacionadas con la enfermedad y su cura, tomando como eje principal la experiencia de ansiedad que es expresada desde la perspectiva de los actores. Los materiales originales con los que contamos en el presente trabajo fueron recabados durante el período 2008-2010, a través de entrevistas registradas digitalmente. La búsqueda de informantes calificados fue realizada a través de un mues-

treo no probabilístico, utilizando la técnica de la “bola de nieve”, característica de ciertas técnicas y métodos cualitativos, en la cual, a través del buen rapport establecido con ciertos entrevistados, se contactan nuevos informantes, y así sucesivamente, hasta lograr la saturación de los datos. La población elegida para el análisis del presente trabajo corresponde a 20 personas, habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en su mayoría mujeres (n=13), de entre 22 y 67 años. El criterio de exclusión de los sujetos a los fines de este análisis era que los entrevistados hayan recurrido a las prestaciones de un profesional “psi”, a fines de poder asumir que la atribución de la ansiedad se encuentra ligada a aspectos psicológicos. A los fines del presente artículo hemos privilegiado el análisis de fragmentos seleccionados de estas entrevistas. El trabajo de campo comprende, además, entrevistas a profesionales de la salud mental y análisis de discursos sociales representados en publicidades, notas periodísticas y charlas informales respecto de la ansiedad y sus posibles trastornos, los cuales se han utilizado como soporte contextual para el proceso de análisis.

Hemos categorizado los datos aportados por los entrevistados, intentando realizar, de esta manera, una enumeración de las estrategias terapéuticas más frecuentes que fueron utilizadas por los entrevistados (las cuales se exponen en el punto a. del siguiente apartado), así como también categorías que fundamentan los motivos de adherencia o rechazo a tales estrategias (punto b).

Resultados

a. Terapias alternativas/complementarias utilizadas por los entrevistados

Como ya hemos señalado, las medicinas alternativas no forman parte de la medicina oficial en nuestro país y comprende un conjunto heterogéneo de especialidades y especialistas, muchas veces ligadas a refiguraciones de conceptos y creencias de raigambre oriental (Idogaya Molina, 2002). Entre nuestros entrevistados, el total de ellos explicitó haber utilizado alguna vez una terapia alternativa, aunque no por ello esto suponga la adherencia o la persistencia en tal actividad.

Entre las terapias más frecuentes encontramos al yoga, las flores de Bach, la masoterapia, la meditación trascendental, la homeopatía, la biodanza, la bioenergética, el reiki, la reflexología, la acupuntura, la dígito-puntura, la aromaterapia y el tai-chi-chuán. Otras estrategias, como por ejemplo la herbolaria -la preparación de infusiones de hierbas con fines terapéuticos- también era una opción muy común, pero no las hemos incluido en nuestro análisis dado que en todos los casos se dio bajo la modalidad de autoatención, esto es, sin la mediación o consulta con un especialista.

b. Motivos de adherencia y/o rechazo

Hemos organizado los motivos de adherencia y rechazo de las medicinas frecuentadas por nuestros entrevistados de la siguiente manera: Dado que en la mayoría de los casos una categoría que correspondía a la explicación de la selección de un tipo de terapia (p.e. “efica-

cia”) tenía su corolario negativo en cuanto a la justificación de la no selección (p.e.: “ineficacia”), hemos decidido agrupar las categorías en pares de motivos de adherencia/rechazo. De esta manera, utilizaremos los siguientes pares de factores: 1) Eficacia/Ineficacia; 2) Recomendaciones/Referencias negativas; 3) Competencia/incompetencia del especialista; 4) Inocuidad/Peligrosidad; 5) Credibilidad/Descreimiento. Además, hemos incluido dos categorías individuales: 6) Características de la relación terapéutica y 7) Economía, las cuales no son dicotómicas, dado que en la totalidad de los casos permitían fundamentar la adherencia o el rechazo, de manera excluyente.

Definimos como adherencia a la valoración positiva de la especialidad, motivo por el cual el entrevistado relata la continuidad en la actividad (en los casos en que corresponda), o bien un resultado positivo respecto de la opción utilizada. Por el contrario, consideramos rechazo a la valoración negativa de la opción terapéutica, lo cual incluye tanto a la no aceptación previa a su utilización, como la no adherencia a tal tipo de medicina luego de ser experimentada.

b1. Eficacia/Ineficacia

Uno de los motivos fundamentales a la hora de evaluar la adherencia hacia una oferta terapéutica es su eficacia en relación con el objetivo buscado. En el caso de nuestros informantes, quienes declaran ser ansiosos, el objetivo principal en la búsqueda del bienestar consistía en conseguir “estar más tranquila”, “tener menos ansiedad”, lograr reducir los síntomas, o bien lograr realizar actividades específicas con un menor malestar.

Por ejemplo, en los siguientes casos respecto del Yoga y las flores de Bach:

“...empecé a hacer yoga y después danzas y esos fueron los mejores períodos, me mejoraban inmediatamente los síntomas” (p1, mujer, 28 años)

“Me siento más segura, menos ansiosa cuando tomo la medicación [flores de Bach]” (p15, mujer, 32 años)

La eficacia como factor de adherencia no se limita a la misma dolencia, sino que también la utilidad de una misma estrategia terapéutica en otras dolencias también funciona como factor coadyuvante a la valoración positiva de ésta.

Por el contrario, la percepción de que la opción elegida no promueve efectos positivos, perceptibles en torno a la mejora de los síntomas o de las sensaciones que generaban malestar, es el factor fundamental de rechazo “...probé la homeopatía, que no me sirvió” (p12, hombre, 35 años)

De la misma manera, la aparición del efecto contrario al esperado también es motivo de no aceptación:

“En una época meditaba pero no tolero, me pongo muy nerviosa” (p4, mujer, 32 años)

b2. Recomendación/Referencias negativas

La recomendación suele ser un factor que incide en la selección de un tipo de terapia, aunque en lo que respecta a la adherencia cuenta con aristas particulares. A partir de las entrevistas realizadas pudimos ver que su pertinencia como factor de adherencia se encuentra

asociada a otras variables, tales como la procedencia de la recomendación (dependiendo de si ésta proviene de un familiar, de otro profesional o de un conocido) y a otros factores que forman parte de la presente clasificación, en especial con la competencia profesional del especialista que lo recomienda, como se evidencia en el siguiente caso:

“Después me dijeron que empezara yoga. Creo que fue la psicóloga. O el psiquiatra. Que empezara a hacer eso que me iba a tranquilizar. Conseguí un lugar cerca de casa y empecé a ir...” (p19, hombre, 23 años)

O bien, con la confianza que tiene de quien proviene la recomendación:

“...en realidad me lo recomendó mi terapeuta, y es amiga de mi tía y ahora mi prima también va, así que ahí ya había un voto de confianza”. (p14, mujer, 28 años)

En contraposición con ello, las referencias negativas pueden provenir de manera directa o indirecta. Por ejemplo, cuando no se recomienda explícitamente un tipo de terapia, ya sea por su ineficacia o su peligrosidad “Entonces [mi terapeuta] me dijo ‘con esa mala experiencia, la verdad es que te pido que no hagas cualquier cosa’ [con respecto a la utilización de flores de Bach]” (p12, mujer, 27 años)

O bien cuando la decisión de los usuarios se basa en observaciones que no concuerdan con sus objetivos de búsqueda de bienestar, como en el siguiente caso:

“Pero como que el yoga digo no, no... No me interesa. No me interesó. No fui tampoco, ojo, porque dije no, no es para mí. A lo mejor el año que viene se me ocurre, pero digamos que no, no. Ponele, suponete, una de mis amigas es profesora de yoga... Y me dice que no, ‘porque el yoga...’ y ella es la persona más ansiosa que conozco!” (p6, mujer, 69 años)

b3. Competencia/incompetencia del especialista

La percepción de la competencia del especialista consultado también funciona como motivo de adherencia. Ésta puede provenir de diferentes fuentes. En algunos casos, como habíamos adelantado previamente, la recomendación por parte de un familiar o de otro profesional de confianza funciona como promotor. Por otro lado, es fundamental la profesión o la trayectoria del especialista. El caso de la homeopatía resulta, por ende, un buen ejemplo de ello, especialmente en aquellos usuarios cuya valoración por lo científico y la biomedicina es evidente. Asimismo, la eficacia en torno a la reducción del malestar también retroalimenta la percepción positiva de la actividad del especialista.

“Él es psicólogo también, es médico y psicólogo. Creo que hizo una especialización en psicoanálisis o algo así...” (p15, mujer, 32 años)

Sin embargo, en los casos en los que la formación del especialista no se encuentra reconocida, o bien no es coherente con la actividad que propone, la percepción de la competencia se torna negativa e impacta en la no adherencia al tratamiento

“A mí me atendió ella que es contadora. Así que eso de por sí no me cerraba porque me parece que no tiene una visión médica ni nada por el estilo...” (p12, mujer, 27)

b4. Inocuidad/Peligrosidad

En la mayoría de los casos la utilización de una terapia complementaria, especialmente aquellas que son catalogadas como “inusuales” por los usuarios, se encuentra asociada a la percepción de inocuidad de la misma. Como habíamos señalado en la introducción, ello es coherente con la preferencia de terapias más delicadas, en contraposición a las acciones invasivas de ciertos tratamientos biomédicos. El caso del reiki, del yoga, del tai-chi o de la meditación son ejemplos claros de ello. Sin embargo, este factor aislado, a pesar de que en muchos casos es fundamento de selección, no implica la adherencia o continuidad del tratamiento.

Por el contrario, la peligrosidad atribuida al tratamiento, ya sea potencial o experimentada, de una medicina funciona como motivo de rechazo. En general, la percepción de peligrosidad se asocia con una acción directa en el cuerpo, ya sea a través de maniobras, como es el caso de la masoterapia, de posturas “contraindicadas”, como en el yoga, o de ingesta de sustancias, como en el caso de las flores de Bach o de California.

b5. Credibilidad/Descreimiento

La creencia respecto de la utilidad de una opción terapéutica no pareciera ser una condición *sine qua non* para su utilización, aunque sí en muchas ocasiones sustenta el motivo de la elección espontánea (es decir, no mediada por una recomendación). Por el contrario, el no creer en una opción hace que sea menos probable que una persona utilice ese tratamiento en primera instancia, salvo que operen factores contingentes (recomendación, cercanía, etcétera). En estos últimos casos, la eficacia o ineficacia percibida con respecto al tratamiento elegido funcionará como mediador para la continuidad de la actividad o el rechazo de la misma. Como podemos ver en el siguiente caso:

“Tomaba esas boludeces, la verdad, no sirvió para nada. Como muy mágico. Te sirven unas boludeces, piensan que afectan, como que nunca lo creí como algo posible de que sirva...” (p12, hombre, 35)

b6. Características de la relación terapéutica

Como habíamos señalado anteriormente, uno de los factores que funciona como motivador de búsquedas de salud por fuera de la opción biomédica es el tipo de atención que se requiere por parte de un especialista. En el caso de nuestros entrevistados, la calidad humana y la relación establecida con el especialista consultado, en muchas ocasiones medido a partir del tiempo dedicado y de la profundidad en torno de la indagación de los motivos de consulta, funcionan como motivo de adherencia al tratamiento.

“Con él tengo una relación especial. Veo y re veo lo que me pasa desde un lado... no sé. Es como que ataca al monstruo desde muchos lugares”. (p15, mujer, 32 años)

Asimismo, la relación de confianza establecida con un especialista también influye en la utilización de una opción terapéutica, incluso en aquellas en las que la eficacia percibida puede no ser positiva:

“...en algún momento un terapeuta gestáltico que fui, que también me ayudó muchísimo, pero también me dio

el alta... Con flores de Bach... Las tomaba para no quedar mal, para no decir bueno... pero no, no creía (...) se ve que los terapeutas gestálticos utilizan un poquito lo de las Flores de Bach, por lo menos él las utilizaba... Y bueno ‘con esto te vas a sentir mejor, vas a estar menos ansiosa, vas a estar más tranquila...’ y las tomé. No creo que sirvieran para algo, pero jamás se lo dije porque es un excelente terapeuta, me ayudó un montón y bueno, entonces, como que me parecía decir ‘no, yo no las quiero tomar’ era como que bueno, si él considera que es una ayuda para que yo me sienta mejor, lo hago”. (p6, mujer, 69)

b7. Economía

Dado que la mayoría de las medicinas alternativas/complementarias no se encuentran incluidas dentro del sistema oficial de salud, y a pesar de la existencia de opciones gratuitas (p.ej., ver Bordes, Saizar & Sarudiansky, 2011; Sarudiansky, Bordes & Saizar, 2009), el factor económico puede, en muchos casos, funcionar como motivo de rechazo en cuanto a la utilización o no de ciertos tratamientos:

“Dejé de ir porque me peleé con mi mamá y no me quiso pagar más. Yo quería también empezar con las clases de meditación que daban ahí. Pero no llegué a ir. No pude pagar más...” (p19, hombre, 23)

Así como también como determinante de la preferencia entre una u otra terapia:

“...no lo mantuve porque al mismo tiempo que yo hacía lo de flores hacía reiki y reflexología y entonces todo se encarecía mucho, y no mantuve todo por una cuestión económica, porque prefería seguir manteniendo las sesiones de reflexología y reiki...” (p9, mujer, 29)

Comentarios finales

En el transcurso del presente trabajo, hemos intentado describir las diferentes modalidades de tratamiento a las cuales recurren las personas para hacer frente a la ansiedad. Como habíamos señalado previamente, la totalidad de los entrevistados habían recurrido a una terapia biomédica (psicológica o psiquiátrica) en el transcurso de su malestar, por lo que asumimos tanto la atribución psicológica del malestar como la modalidad de “terapia complementaria” que adquieren estas medicinas para los usuarios con los que trabajamos.

De la diversidad de terapias frecuentadas, hemos realizado un primer ordenamiento conceptual que resume los motivos que subyacen a la elección o rechazo de éstas. Entre ellas, pudimos ver cómo la percepción de la eficacia en relación con el malestar, la proveniencia de la recomendación, las características del profesional y de la relación terapéutica son factores que inciden tanto en la elección como en la continuidad del tratamiento. Por el contrario, la ineficacia, la incoherencia entre los modos de pensar la salud, la enfermedad y la cura, la peligrosidad potencial y el costo de los tratamientos funcionan como factores que impactan negativamente en el uso de este tipo de medicinas. En trabajos posteriores intentaremos realizar las posibles combinatorias de estos factores dado que la influencia de uno sobre

otro es evidente. Del mismo modo, será necesario indagar de manera más detallada las propiedades que integran a cada una de las categorías.

La importancia del rastreo de estos factores en el ámbito de la psicología clínica radica en la comprensión y eventual combinación de las estrategias informales de búsqueda de salud de los usuarios entre los recursos disponibles para el diseño de tratamientos más efectivos por parte de los efectores del sistema de salud de nuestro país.

NOTAS

(1) Con respecto a esta denominación -MAC- cabe aclarar que existen controversias en torno a la distinción conceptual entre medicinas alternativas y complementarias. Como bien lo explicitan Idoyaga Molina y Luxardo (2005): "*Desde la perspectiva de las personas, en cambio, no hay medicinas complementarias y alternativas ya que las selecciones y preferencias de los pacientes, en circunstancias específicas, definen la condición de alternativa o complementaria de determinada medicina*" (p. 391)

(2) *Disease* se refiere al deterioro de los procesos biológicos y/o psicológicos (desde la perspectiva de los profesionales), mientras que *illness* implica la experiencia psicosocial y la percepción de significado de la *disease* por parte de quien padece el malestar (Kleinman, 1981)

BIBLIOGRAFÍA

Astin J. (1988) Why Patients Use Alternative Medicine: Results Of A National Study. *JAMA*, 279(19):1548-1553.

Berenzon Gorn., S, Navarro, SA., Saavedra Solano N. (2009) El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México, *Salud Mental*, 31(2):107-115.

Bordes, M. (2010) Análisis de la construcción de la identidad terapéutica "alternativa" en el contexto del campo de la salud en Buenos Aires, *Sociedade e cultura*, 12(2):343-354.

Bordes, M., Saizar, M. & Sarudiansky, M (2011) El cuidado en los márgenes. Nuevas formas de voluntariado en el contexto del Estado postsocial, en B. Lorente (Ed.), *Transformaciones del Estado Social. Perpectivas sobre la Intervención social en Iberoamérica*, Buenos Aires, Miño y Dávila.

Cant, S. & Sharma, U. (2000) *Alternative Health Practices And Systems*, en GL. Albrecht, MR. Fitzpatrick & SC. Scrimshaw (Eds.) *Handbook Of Social Studies In Health And Medicine*, London: SAGE.

Cartwright, T. & Torr, R. (2005) Making Sense Of Illness: The Experiences Of Users Of Complementary Medicine, *J Health Psychol*, 10:559-572.

Douglas, M. (1998) *Estilos de Pensar*, Barcelona, Gedisa.

Eisenberg, DM., Kessler, RC., Foster, C., Norlock, FE., Calkins, DR., & Delbanco, TR. (1993) Unconventional Medicine In United States: Prevalence, Costs, And Patterns Of Use, *N Engl J Med*, 328:246-252.

Franco J. (2000) Automedicación y Medicinas Alternativas, *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.*, 46:353-358.

Hallam, RS. (1985). *Anxiety: Psychological perspectives on panic and agoraphobia*, New York, Academic Press.

Idoyaga Molina, A. (2002) *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*, Buenos Aires, Prensa del Instituto Universita-

rio Nacional del Arte.

Idoyaga Molina, A. & Luxardo, N. (2005) Medicinas no convencionales en cáncer, *Medicina (Buenos Aires)*, 65: 390-394.

Jablensky, A. (1985) Approaches to definition and classification of anxiety and related disorders in European psychiatry, en H. Tuma & JD. Maser (Eds.) *Anxiety and Anxiety disorders* (pp. 735-773), Hillside, Erlbaum.

Karasz, A. & Dempsey, K. (2008) Health Seeking for Ambiguous Symptoms in Two Cultural Groups: A Comparative Study, *Trans-cultural Psychiatry*, 45(3):415-438.

Karasz, A. (2005) Cultural differences in conceptual models of depression, *Social Science & Medicine*, 60(7):1625-1635.

Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978) Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and cross-cultural research, *Annals of internal medicine*, 88: 251-258.

Korman, G. & Idoyaga Molina, A. (2010) *Cultura y Depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales*, Buenos Aires, Akadia.

Nuñez Jr., MA. (2003) *Alternative Medicine (Complementary Medicine, Integrative Medicine, Unconventional Medicine)*, en M. Stahl (Ed.) *Encyclopedia Of Health Care Management*, London, SAGE.

Pichot, P. (1999) The semantics of anxiety, *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.*, 14:S22-S28.

Saizar, M. (2008) Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina), *Sociedade e Cultura*, 11(1):112-122.

Sarbin, T. R. (1964). Anxiety: Reification of a metaphor. *Archives of General Psychiatry*, 10, 630-638.

Sarudiansky, M. (2010) La ansiedad como constructo complejo. Discursos teóricos y perspectivas idiosincráticas en Buenos Aires (Argentina), *Revista Investigaciones en Psicología*, 15(3):117-134.

Sarudiansky, M., Bordes, M. & Saizar, M (2009) La complementariedad terapéutica y el sistema oficial de salud. Una propuesta para el estudio de un campo emergente, *Memorias de las XVI Jornadas*: 579-581.

Weiss, MG., Sharma, SD., Gaur, KK., Sharma, JS., Desai, A. & Doongaji, DR. (1986) Traditional concepts of mental disorder among Indian psychiatric patients: Preliminary report of work in progress, *Social Science and Medicine*, 23:379-386

World Health Organization (2002) *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, Ginebra, WHO.