

V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2008.

Ansiedad y creencias.

Sarudiansky, Mercedes.

Cita:

Sarudiansky, Mercedes (2008). *Ansiedad y creencias*. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-096/453>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edBm/rfW>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

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>.

Ansiedad y creencias

Mercedes Sarudiansky
CAEA-CONICET-UBA
msarudi@gmail.com

Resumen

¿Hay una universalidad de los estados de ansiedad? Los síntomas de ansiedad son de la índole más variada. Éstos surgen como manifestación de los mecanismos biológicos que se desencadenan a partir de la percepción de peligro o amenaza. En la actualidad podemos afirmar que los trastornos de ansiedad son un fenómeno uniformemente distribuido en el mundo; sin embargo, la lectura de esa sintomatología presenta variaciones que dependen de diversos factores, y que impactan tanto en el diagnóstico como en la terapéutica.

En esta ocasión describiremos un itinerario terapéutico de un migrante del NOA al Gran Buenos Aires que recibió el diagnóstico biomédico de Trastorno por Pánico. Analizaremos, a partir de este caso, las distintas interpretaciones que surgen a partir un mismo malestar, su relación con las creencias previas al desarrollo de la enfermedad, los motivos y las creencias que subyacen a la selección y combinación de distintas terapéuticas, así como también los distintos factores que dieron lugar a estas elecciones y preferencias.

Introducción

La ansiedad es un tema recurrente en el campo de la salud. Ésta, a pesar de ser considerada como un mecanismo adaptativo, cuando se presenta de manera constante e intensa, genera en los seres humanos un malestar significativo, que hoy día es reconocido en el campo psicológico y psiquiátrico en una amplia gama de trastornos que tienen como foco la existencia de ansiedad como causal del trastorno. La sintomatología ansiosa ha sido descrita desde muy diferentes perspectivas, y de distintas áreas del conocimiento científico (psicología, medicina, sociología, antropología, entre muchas otras).

El objetivo del presente trabajo es describir las diferentes modalidades de lectura de estos síntomas, ya sea desde las distintas teorías psicológicas y psiquiátricas como desde el análisis de un camino terapéutico, con el objetivo de captar la perspectiva de los actores frente a esta dolencia.

En primer lugar describiremos el fenómeno de la ansiedad desde la biomedicina enfatizando la diferencia en lo que hace a la ansiedad como adaptativa o patológica. A su vez, intentaremos hacer un breve recorrido acerca de cómo desde las corrientes biomédicas –principalmente basándonos en las perspectivas psicológicas y psiquiátricas- aparecen diversas concepciones, ya sean etiológicas o explicativas, acerca de las manifestaciones de los síntomas ansiosos. Paralelamente a ello, tomaremos en cuenta que las distintas concepciones de salud y enfermedad postuladas por estos modelos impactarán en la forma en que sea concebido el tratamiento. En un segundo momento, basándonos en la categoría de sistema etnomédico (Idoyaga Molina, 2002) y el fenómeno de complementariedad terapéutica, intentaremos describir esta problemática desde un camino terapéutico (entrevistas abiertas y recurrentes) cuyo objetivo es pensar el fenómeno de la ansiedad desde la perspectiva de los actores. Finalmente, para ejemplificar las distintas lecturas que la enfermedad puede adoptar analizaremos fragmentos de una entrevista recabada a un usuario del sistema de salud de nuestro país que presenta lo que desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales es denominado “Trastorno de Pánico con Agorafobia” (APA, 1995).

Los materiales sobre los que nos basamos fueron recabados en una investigación llevada a cabo en la Capital Federal, entre el 2007 y el 2008.

En el trabajo de campo se privilegiaron las técnicas cualitativas como las entrevistas extensas, abiertas y recurrentes, las mismas fueron registradas con magnetófono y luego transcritas literalmente, tal como se observa en el relato que analizaremos.

Ansiedad, ¿normalidad o patología?

Las manifestaciones de la ansiedad son de la más diversa índole. Se relacionan con el miedo, en el sentido que es una respuesta del organismo a partir de un estímulo que se interpreta como “peligroso”. Sin embargo, la ansiedad no es lo mismo que miedo. Consideramos al “miedo” como la activación fisiológica y la puesta en alerta del organismo frente a un peligro. Se considera a este mecanismo como adaptativo, ya que prepara al cuerpo para actuar frente a este peligro, ya sea huyendo o luchando. El miedo está presente en la mayoría de los seres vivos, ya que es un mecanismo arcaico que ha permitido a las especies sobrevivir en el planeta. Pensemos un ejemplo: Un organismo, ya sea un humano o un animal, se encuentra con un predador de su especie. A partir de este momento, su cuerpo se preparará para ejecutar una de las dos opciones que tendrá en ese momento: enfrentarse al predador o escapar. Es así como, a partir de diversos mecanismos fisiológicos -como la segregación adrenalina y noradrenalina-, el cuerpo se prepara para actuar. Los efectos de estos mecanismos son diversos y se relacionan fuertemente con la acción: las pupilas se dilatan, por lo que el campo perceptual se encuentra ampliado; la respiración se acelera, para así oxigenar más la sangre; el corazón late más rápidamente, para poder así nutrir a los músculos para que puedan correr o luchar. A su vez, se produce vasoconstricción en las extremidades, ya que son las partes del cuerpo más propensas a lastimarse, para evitar que se produzcan hemorragias. Se produce sudoración en ciertas partes del cuerpo, para que el cuerpo se vuelva más resbaloso y que sea difícil de atrapar, así como para mantener la temperatura corporal más o menos estable. El organismo se encuentra alerta, ya que cualquier distracción podría costarle la vida. Como vemos, este mecanismo pareciera ser bastante coherente a la hora de encontrarnos en peligro.

Si observamos lo anteriormente citado, podríamos decir que ansiedad y miedo son equivalentes. Sin embargo, cuando hablamos de ansiedad estamos haciendo referencia a la anticipación del peligro, esto es, cuando el peligro no se encuentra frente a nosotros, sino una percepción a futuro de un peligro. Podríamos pensar esto como no adaptativo,

sin embargo ha sido uno de los recursos con los que el ser humano ha podido pervivir en el planeta. Anticiparnos a un peligro es un mecanismo aún más adaptativo que la reacción frente al peligro en sí, ya que nos da más tiempo para ejecutar la acción. Sin embargo, la “ansiedad” se encuentra más relacionada con patología o malestar que como mecanismo de supervivencia. No tenemos más que remitirnos a la sintomatología de los trastornos de ansiedad presentes en las clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM-IV y CIE-10) para poder afirmar lo anteriormente dicho. Por ejemplo, si pensamos en uno de los problemas relacionados con la ansiedad más difundidos en los últimos tiempos, el Ataque de Pánico –también llamado “crisis de angustia” o “Panic attack”-, podemos encontrar grandes coincidencias con lo que anteriormente planteamos como uno de los mecanismos adaptativos más importantes de las especies. Entre la sintomatología fisiológica, cognitiva y conductual presente en un ataque de pánico encontramos: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, desrealización o despersonalización, parestesias, escalofríos o sofocaciones, entre otras sensaciones¹. Esto es, todos síntomas que se relacionan directamente con la ansiedad, que previamente habíamos considerado como adaptativa. ¿Por qué se produce esto? ¿Cómo es que un mecanismo pasa de ser la piedra angular de la supervivencia a ser uno de los trastornos más difundidos y asociados al malestar?

La respuesta pareciera ser sencilla: El ser humano urbanizado ya no tiene que enfrentarse a predadores que lo acechen día a día y que pongan en peligro su existencia. El mundo moderno, sin embargo, presenta nuevas fuentes de peligro que ya no se asemejan a las arcaicas amenazas, pero que sin embargo desatan la misma reacción. Sin embargo, volvemos a la misma pregunta: ¿Qué es lo que distingue a la ansiedad “adaptativa” o “normal” de lo que llamamos “trastorno de ansiedad” o ansiedad “patológica”? Justamente el foco de esta distinción estará puesto en la adaptabilidad o no adaptabilidad de esta reacción. Por ejemplo, si nos encontramos caminando de noche en un lugar oscuro y percibimos movimientos cercanos, como si alguien se acercara a nosotros, seguramente comenzaríamos a sentir que el corazón se acelera, estaríamos más alerta, nuestra respiración se aceleraría, empezaríamos a sentir una cierta aprensión

¹ También encontramos miedo a perder el control o volverse loco, y miedo a morir.

y sensación de miedo, entre muchas otras sensaciones. Y lo más probable es que no recurramos a un psicólogo o al médico luego de haber sentido esto en este contexto. Sin embargo, si esto mismo nos pasara cuando estamos en una reunión social, o bien cuando nos encontramos caminando en una calle aparentemente segura, podríamos llegar a pensar que no resulta del todo coherente tener estas sensaciones en estos ámbitos. Es en estos últimos casos donde podríamos hablar de ansiedad “patológica” o no adaptativa. Tal como lo plantea Echeburúa (1996), en los trastornos de ansiedad, la respuesta funcionaría como si fuera una alarma defectuosa, que se activa ante situaciones que no presentarían un peligro real para la supervivencia del individuo.

La Biomedicina y las diversas lecturas del mismo fenómeno

Ahora bien, estamos pensando a la ansiedad y a sus trastornos como respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales respecto a la presencia de un peligro, ya sea éste real o no. Sin embargo, no podemos dejar de pensar este tipo de aseveraciones como una posible teoría biomédica de este fenómeno.

Si tenemos en cuenta que en la Argentina funciona un sistema etnomédico (Good, 1987), que supone la existencia de diversas ofertas de salud, incluyendo entre ellas a la biomedicina, las medicinas tradicionales, las medicinas alternativas, religiosas y el autotratamiento (Idoyaga Molina, 2002), la cuestión se complejiza en diversos sentidos. En un principio, si consideramos que en la conceptualización de este sistema o configuración etnomédica la biomedicina es considerada como la medicina oficial de cada región y que en este mismo concepto, en nuestro país, se engloban los saberes propios de la medicina alopática y las psicoterapias, tenemos que tener en cuenta que la lectura de lo que es un trastorno de ansiedad aparece asociada a diferentes teorías.

Por un lado, por ejemplo, encontramos la visión más “biologicista”, que corresponde al modelo previamente presentado, que da cuenta de la activación fisiológica y la correspondiente repercusión en el psiquismo del individuo (que a su vez nos da una idea del dualismo mente-cuerpo que subyace a esta conceptualización). A su vez, desde las teorías biomédicas podemos encontrar, en los últimos 100 años, diferentes maneras de designar a las manifestaciones de la ansiedad. La mayoría de ellas, corresponde a conceptualizaciones que ponen énfasis en lo que serían los aspectos

somáticos de la ansiedad, tales como “corazón irritable”, “taquicardia nerviosa”, “disfuncionalismo cardíaco”, entre muchas otras (Cía, 2002).

Por otro lado, encontramos que en nuestro país, el campo de la psicoterapia –e, incluso, podríamos aseverar, de la psicología en general- tienen prevalencia las teorías psicoanalíticas. Y justamente a partir de esta teoría –que en la formación de los psicólogos, ya sea en la carrera de grado, como en el posgrado e, incluso, en el sistema de residencias médicas, es el modelo hegemónico- encontramos una lectura totalmente distinta de lo que es una reacción ansiosa, no tanto en lo referente a la sintomatología, sino en la explicación de sus causas. Freud, desde sus primeros escritos, conceptualizó un modelo de mente (aparato psíquico) que supone la existencia de tres sistemas –lo que él llamó “primera tópica”-, a los que llamó “conciente”, “preconciente” e “inconciente” y posteriormente –la denominada “segunda tópica”-, complejizó su teoría al conceptualizar un aparato psíquico a partir de instancias como el “Yo”, el “Ello” y el “Superyó”. En el marco de su obra, Freud conceptualizó distintas teorías de la angustia², entre las cuales podemos nombrar la llamada “angustia automática” y la “angustia señal”. La primera era considerada como una respuesta espontánea ante una situación traumática, es decir, ante una cantidad de energía o excitación no tramitable por el aparato psíquico. Freud describió la sintomatología de la angustia de una manera análoga a lo que actualmente conocemos como “ataque de pánico” o “panic attack”- como una “neurosis actual”. La angustia señal, por su parte, refiere a un mecanismo que involucra al Yo, que utiliza el mecanismo de la represión para evitar una gran cantidad de excitación (proveniente, ya sea del mundo exterior, como de otras instancias, como puede ser el Ello), reproduciendo una reacción de angustia. Esto es, consistiría en el resultado de conflictos entre instancias psíquicas, de carácter inconciente.

Incluso desde otras corrientes psicológicas encontramos distintas modalidades de pensar el mismo fenómeno. El conductismo y neoconductismo, por ejemplo, al considerar el funcionamiento mental como una “caja negra” que no es posible de acceder a partir de la observación, hará caso omiso de los procesos internos subyacentes en las distintas reacciones del organismo. El modelo básico postulado por Watson a

² “Ansiedad” proviene del latín “anxietas”, que significa “congoja o aflicción”. Por su parte, “angustia” proviene del término “angor”, que significa “constricción, estrechez”. Ambos términos que suelen utilizarse indistintamente, aunque el “ansiedad” suele caracterizar al estado psicofisiológico, mientras que “angustia” se suele utilizar para denominar la manifestación emocional.

principio del siglo XX –ampliada y reformulada por otros autores de gran relevancia, tales como Skinner y Wolpe-, hará foco en los estímulos y las respuestas observables bajo situaciones experimentales. Según esta corriente, la ansiedad será considerada únicamente como una conducta manifestada ante un estímulo aversivo (Skinner, 1974, p.207).

Otra postura, no muy difundida en Argentina, pero no por ello menos interesante, es la de la psicología existencialista. May (1968) define a la ansiedad como “la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un yo”. Esto es, se enfoca principalmente en el valor que un individuo le otorga a la propia existencia de su ser, opuesto al “no ser”.

El modelo cognitivo-conductual, por su parte, pondrá acento en las cogniciones que subyacen a la interpretación de la situación como explicación de los fenómenos ansiosos. Sin embargo, no existe un único modelo de los trastornos de ansiedad desde la teoría cognitiva (Wells, 1998). El modelo cognitivo más difundido sostiene que la vulnerabilidad y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad se basan en la preocupación o fijación en el peligro o amenaza, asociado a la subestimación de la capacidad de afrontamiento de la persona (Beck, Emery y Greenberg, 1985). Esto es, según este modelo, la interpretación del peligro sería lo central a la hora de distinguir entre lo que llamamos ansiedad “normal” o ansiedad “patológica”.

Si nos centramos en los aportes de la antropología médica, podemos establecer que la importancia de distinguir distintas corrientes de pensamiento en lo que refiere a la sintomatología ansiosa, radica principalmente en la forma de intervención que se pondrá en juego a la hora del tratamiento. Por ejemplo, si nos centramos en la teoría psico-biologicista y pensamos que la ansiedad es producida por la segregación de adrenalina y noradrenalina, el tratamiento que corresponde en estos casos estará basado en la administración de fármacos que contrarresten este proceso fisiológico. En cambio, si adherimos al modelo cognitivo-conductual, la terapia hará foco principalmente en las cogniciones disfuncionales del paciente, que precipitan el cuadro ansioso

La ansiedad desde la perspectiva de los actores

Hasta el momento pudimos observar que desde la medicina “oficial” o biomedicina de nuestro país existe una multiplicidad de lecturas frente a un mismo

fenómeno. Si tenemos en cuenta, como dijimos anteriormente, que en nuestro país existe una oferta de medicinas que supera los límites de la biomedicina, abarcando también las medicinas tradicionales, alternativas, religiosas y el autotratamiento (Idoyaga Molina, 2002), y que la atención de la salud desde los usuarios se realiza mediante el traslape de todas estas categorías, podemos pensar que los modos de leer la sintomatología ansiosa se dará a partir de estas diversas lecturas. Si pensamos en el fenómeno de la complementariedad terapéutica, podríamos suponer que en un mismo individuo podríamos encontrar diferentes modos de pensar una misma dolencia y debido a ello diferentes combinaciones. En efecto, la mayoría de los usuarios de los sistemas de salud define sus preferencias, selecciones y combinaciones de medicinas de acuerdo a sus creencias respecto de lo que es la salud y la enfermedad, y en virtud de su condición socioeconómica, de su nivel de instrucción, del acceso a determinadas ofertas, de pertenencias étnicas y religiosas, entre otros factores condicionantes (Idoyaga Molina, 2002). Esto quiere decir que cada persona decide sus rumbos terapéuticos de acuerdo con factores estructurales –como el sistema de representaciones, pobreza o marginalidad- y factores coyunturales –como posibilidades económicas, consejo de un amigo o un vecino (Fassin, 1992; Idoyaga Molina, 2005).

Teniendo en cuenta lo anteriormente explicitado, presentaremos el camino terapéutico seguido por Hernán, un joven migrante del Noroeste Argentino que reside en el área metropolitana de Buenos Aires, que presenta una diversidad de síntomas –que en psicología y psiquiatría podríamos denominar propios de un cuadro llamado “trastorno de angustia con agorafobia” (APA, 1995)-, que se irán refigurando y transformando por una gran diversidad de factores. A través de este camino terapéutico intentaremos analizar qué motivos fundan la selección y combinación de medicinas, y sobre qué significados reposan estas elecciones.

Hernán es un joven de 23 años que residía, al momento de presentar la primera vivencia de enfermedad, en San Salvador de Jujuy con su abuela. A raíz de su malestar es que, como veremos en el presente camino terapéutico, se muda hacia el área metropolitana de Buenos Aires.

Primera vivencia del malestar

“... lo primero que sentí fue un terrible nudo en la garganta, y como si me estuviera desprendiendo de mi cuerpo. Pensaba que eso era morirse, que estaba a punto de

morirme. No podía respirar, tenía poco aire y seguía respirando igual, pero me costaba mucho. No entendía nada de nada. Creía que Dios me había abandonado. Desde ese momento estuve muy enojado con Dios (...) Yo me desesperaba. No tenía idea de lo que me estaba pasando. No sé cómo llegué al hospital”

Una de las primeras manifestaciones que sintió Hernán fue la sensación de atragantarse, la desrealización y la dificultad para respirar. Su primera interpretación de estos síntomas era la inminencia de la muerte, ante lo cual él creía que Dios lo había abandonado. Al desconocer su experiencia, podemos ver que lleva a cabo una consulta a la guardia del hospital.

“En el hospital. Ay, me angustio cuando lo pienso. No sé qué me dijeron. No recuerdo nada. Me dieron algo de tomar y me dijeron que me calme un poco. Que no tenía nada. Yo les decía que sí tenía. Por qué me mintieron?? (...). Cuando me dieron la pastilla yo empecé a gritar, porque no entendía nada. (...) Pensé que me moría y que el aire no me entraba. Todo a mi alrededor era raro. Después vino un médico buena onda y más o menos me explicó que había tenido un ataque de pánico, que consultara con un psicólogo. Yo no entendía ni qué quería decir todo lo que me estaba diciendo”

La primera experiencia terapéutica con respecto a este malestar fue la biomedicina. Allí lo trataron con medicamentos alopáticos (en este caso, pareciera ser que le dieron un ansiolítico), pero sin explicación alguna. Esto generó en Hernán una sensación de inseguridad, ya que le negaban su malestar y pensaba que le estaban mintiendo. Se puede ver a partir de este relato que las características interpersonales del médico que lo atendió tuvieron algún efecto, ya que ante una explicación más racional y coherente respecto de lo que estaba sintiendo, lo tranquilizó en cierta medida. Sin embargo, la desinformación seguía teniendo un efecto negativo en Hernán, ya que lo desorientaba aún más. Esto lo podemos relacionar con el hecho de que en los cuadros ansiosos, la explicación suele de por sí tener efectos tranquilizadores. De ahí se desprende que en ciertos modelos psicoterapéuticos –principalmente en la terapia cognitivo-conductual- el espacio psicoeducativo es uno de los más importantes (Keegan, 2007).

Medicina tradicional y sus límites

“Mi abuela me dijo que no me levante hasta recuperarme, que ella me iba a conseguir a alguien que me cure. Mi abuelo era curador, mi abuela sabe curar pero solo el susto. Vienen las madres con sus hijos a mi casa y mi abuela los cura. (...) en Jujuy eso es común. Creo que por eso mi abuela me mandó a la mina esta. Me mandó a una mujer que curaba. Me dijo que me iba a hacer bien. A mí no me enseñaron nada de eso, yo nunca entendí nada (...) yo estaba en esta situación tan fea, fea, fea, que no le podía, no sé si no tenía voluntad o qué, pero no le dije a mi abuela que no quería ir. Creo que

hubiera aceptado cualquier cosa en ese momento. Si me decían que si me tiraba al río con frío y me curaba iba y me tiraba. Así que fui”.

El curanderismo es una oferta de medicina tradicional muy común en áreas rurales y urbanas. Sintetiza nociones y prácticas de antiguos saberes biomédicos -en su mayoría de origen humoral- con saberes y prácticas de tradición popular y de elite -aportados por los migrantes- y una terapia ritual en su mayoría de raigambre católica (Idoyaga Molina, 2002).

Hernán recurre a una curandera por consejo de su abuela, quien solía practicar este tipo de terapia. Hernán, a pesar de su cercanía cultural respecto de estos tratamientos e ideas de enfermedad (su abuelo, según dice, era curador), no estaba familiarizado con esta terapia ni con la concepción de salud y enfermedad que ella entraña, y tampoco estaba convencido de hacerlo. Sin embargo, a partir de la duración y la severidad de los síntomas que percibía, decidió acceder a la consulta. Este es un claro ejemplo de la flexibilización que genera un malestar respecto de las creencias e ideas previas de enfermedad y por otra parte la importancia de la red social en lo que hace a la elección de tratamiento (por ejemplo, la sugerencia de su abuela).

“(...) Me dijo que me habían hecho un daño. Que Dolores me había hecho un daño! Dolores! Si ella tenía menos idea que yo! Y lo peor es que me dijo que lo había hecho alguien que sabía. O sea, que tuvo que consultar con un brujo... No me cerraba. No lo entendía. Y me dijo que por eso deshacer el daño era difícil. Me quiso cobrar 400 pesos. 400 pesos! Yo no trabajaba, vivía con mi abuela que a duras penas me mantenía a mí y a ella. No podía pagar 400 pesos para algo que no sabía. Que no entendía. No sabía si creer. 400 pesos... no. No los podía pagar, aunque quisiera. Pero tampoco sabía si quería. Así que ahí quedó eso.”

Aquí encontramos el efecto que tuvo en Hernán la no adherencia a un sistema de creencias y la imposibilidad de abordar económicamente esta terapéutica. A pesar de que había accedido a diagnosticarse por la curandera que le recomendó su abuela, finalmente decidió no proseguir con este tratamiento por considerarlo sustancialmente caro. Esto nos da cuenta de los límites de la flexibilidad que podemos encontrar en la mayoría de los caminos terapéuticos que podemos recabar. Los factores coyunturales, como en este caso pareciera ser el económico, a menudo resultan determinantes para la adherencia o no de una terapia u otra (Fassin, 1992).

A su vez, encontramos la incredulidad respecto de lo que le dijo la curandera sobre la causa de su malestar. No le resulta creíble el diagnóstico de daño³. No imagina su ex

³ El daño, mal hecho o brujería requiere la intervención de un especialista quien a través de fotos, muñecos, sapos, víboras, tierra de cementerio, ropa o restos orgánicos –materia fecal, orina, uñas,

novia haciéndole un daño. No le resulta válido la posibilidad de que recurran a esos métodos, la imagina haciendo cosas más concretas para dañarlo y no un daño perpetrado por un especialista. Es tratado por la curandera pero desecha el diagnóstico y la terapia propuesta por la curandera.

Biomedicina vs. Medicina tradicional

(...) volví al hospital. No tenía ganas, pero quería estar mejor. Me mandaron a una psicóloga. No recuerdo bien qué me dijo exactamente. Pero más o menos me retó por haber ido a la mujer. No sé por qué le conté que había ido. (...) Me daba vergüenza, pero igual le conté todo. Y más o menos me dijo que no creyera en esas cosas. Que creyera en lo científico. Que no había nada comprobado de todo eso, que no era nada de eso, que lo único que está comprobado era lo que ella me decía. Que lo que yo tenía era ansiedad, que es una enfermedad que se va con terapia, con pastillas y que así me iba a sentir mejor. Me dijo que empezara terapia y me dieron unas pastillas. No me hicieron nada. Cada día me sentía peor. Sentía que el aire me faltaba. Me sentía muy mal, no tenía ganas de hacer nada. Creo que estuve como un mes así. Y bueno, cuando no aguanté más me vine para Buenos Aires.

A raíz de la experiencia con la curandera, Hernán decide consultar nuevamente en el hospital, esta vez por sus propios medios. Decía no tener ganas, pero podemos pensar que, a raíz de esta elección, encontramos una manera de pensar su malestar a partir de la creencia de que la biomedicina podría llegar a tener efectos beneficiosos para su salud. Esto es, encontramos cierta adherencia a la idea de enfermedad como una entidad biopsicológica, fundamentalmente basándonos en que recurre por segunda vez a esta elección terapéutica. En el hospital lo derivaron a una psicóloga a la cual le comentó su experiencia con la curandera, quien desacreditó esta práctica, alegando la científicidad de las prácticas biomédicas por sobre las curanderiles. Sin embargo, a pesar de los dichos de la profesional, su intervención no le dio resultado, motivo por el cual decidió probar suerte en Buenos Aires.

Buenos Aires o “nada para perder”

Mi mamá vive acá (...) Y cuando se enteró lo que me pasaba, me llamó y me dijo que me vaya para allá. No sé por qué decidí irme. No tenía mucho para perder. Creí que en Buenos Aires iba a estar esto científico que me iba a curar que me había dicho la

cabellos- de la persona desea dañar, recurriendo a procedimientos rituales, como fórmulas de magia dañina, ejecuta el daño. El especialista durante su actividad convoca a entidades negativas como el Diablo y otras figuras; además el daño puede ser hecho por curanderos y por personas comunes con fórmulas o a través de una maldición. El curandero es en rigor un ser ambivalente que puede ejercer la terapia como valerse del poder de que está dotado para dañar (Pérez de Nucci 1989; Idoyaga Molina, 1999, 2002).

psicóloga de Jujuy. Y mi mamá me dijo que ella me iba a ayudar. Creo que habrá hablado con mi abuela. No sé. Viste que ... no tenía nada para perder. Ya me había peleado con Dolores y no tenía ganas de seguir viéndola. Aparte me pasó que desconfiaba de ella. (...). Ella no sabía nada, como yo. Pero igual desconfiaba. Y bueno, sigo desconfiando...

Hernán viajó a Buenos Aires en búsqueda de aquello “científico” que le paliara su malestar y a su vez porque no tenía “nada para perder”. Sentía que nada lo retenía en Jujuy y el hecho de mudarse a Buenos Aires le podría abrir más puertas para hacer frente a su enfermedad. Sin embargo, a partir de este fragmento, encontramos cierta adherencia a la idea que le planteó en un principio la curandera respecto del daño que le pudo haber provocado su ex novia. Esto es, ante la ausencia de alternativas y de soluciones, coexisten en Hernán dos ideas distintas –y aparentemente contrarias- de enfermedad: por un lado el enfoque biomédico y por otro, la idea de haber sido víctima de un daño o malhecho.

Biomedicina, psicoterapias y terapias alternativas

(...) Consulté en el hospital y me mandaron a un psiquiatra. Ese psiquiatra me mandó a la psicóloga. El psiquiatra me dijo que lo que yo tenía eran ataques de pánico y me dio algunas pastillas. Que también haga terapia, que me iba a hacer bien. Me dio sertralina y rivotril. Yo seguía mal, muy mal. La psicóloga me escuchaba. Al principio me empecé a sentir un poco mejor, pero después sentía que no me decía nada. Y que se aburría. Yo me aburría (...) 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. Estaba bueno, pero no me hizo nada. Me sentía medio tonto en algunas partes de la clase. Pero me gustaba.

Aquí vemos un ejemplo de complementariedad terapéutica (psiquiatría, psicología y terapias alternativas, en este caso) proveniente desde los mismos especialistas, más que desde el propio usuario. Este es un hecho bastante común en la actualidad y que se juega en los límites de las categorías del sistema o configuración etnomédica (Good, 1987; Idoyaga Molina, 2002). Una vez en Buenos Aires, Hernán concurre al Hospital nuevamente, donde lo derivan con un psiquiatra. Éste nuevamente le explica las causas de su malestar desde el modelo biomédico, diciéndole que tenía ataques de pánico, y medicándolo con fármacos específicos para ello. Lo deriva a su vez a una psicoterapeuta, quien, según el informante, lo escucha, pero a su vez se aburre. Esto es coherente con ciertas modalidades terapéuticas –fundamentalmente psicoanalíticas- que sostienen que la cura se dará “por añadidura”, mientras que lo que hay que resolver se encuentra más profundamente en el sujeto. Esto es, en un principio

tuvo un efecto terapéutico (que podríamos llamar una especie de alivio catártico), pero luego fue interpretado como aburrimiento o falta de interés, generando de esta manera el rechazo de la terapia. A su vez, por recomendación de la psicóloga o el psiquiatra, Hernán recurrió a una terapia alternativa, pero sin conocimiento de lo que significaba realizar este tipo de prácticas.

“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. Yo no trabajaba en esa época. (...) mi mamá no creía mucho en la terapia, que la psicóloga era una ladrona, que no me iba a servir, me decía. Y nunca lo hablé con ella, pero creo que pensaba lo mismo de yoga. Del psiquiatra creo que no me dijo nada. Pero el psiquiatra era gratis y lo otro no, así que puede haber sido por eso. Porque el psiquiatra me atendía en el hospital, que es gratis. Y los medicamentos los consigo en el hospital”.

Nuevamente encontramos los factores coyunturales que guían la elección o no de ciertas terapéuticas. En un principio, comenzó a realizar Yoga por recomendación de un biomédico, no por sus propias convicciones ni por un fin particular. A su vez, deja de concurrir a terapia y a yoga por un mismo motivo: el factor económico.

Actividades parroquiales y autotratamiento

“(...) empecé a ir a la parroquia, porque la psicóloga formaba parte de un grupo de una parroquia y me mandó a ir ahí. Me dijo que me iba a hacer bien. Ahí empecé a ir a un grupo los viernes. Nos juntábamos y hacíamos actividades. Estaba bueno. Me sentía mejor, útil. (...) Aparte en la parroquia conocí a un pibe que me ayudó mucho (...). Por suerte trabajaba y me podía dar algunos gustos. Eso me hacía sentir mejor. Me compré un celular y algo de ropa”.

En este fragmento podemos ver cómo, también por recomendación de la psicoterapeuta, Hernán comienza a realizar una actividad parroquial –la cual continúa haciendo en la actualidad- que, a su manera de ver, le genera una sensación de bienestar. A su vez, encontró un interlocutor, Fernando, con quien hablaba y le daba consejos. Por otro lado, el hecho de tener un trabajo, y poder acceder a ciertos “gustos”, como comprarse ropa, lo hacían sentir mejor. Hecho que realza como algo valorado por Hernán.

Una nueva psicoterapia

“Pero llegó un momento en que nada me servía. No me podía sentir bien. Seguía teniendo los síntomas y justo en las vacaciones no podía consultarle a Fernando de nada y si lo llamaba a veces no contestaba y no podía seguir así. Cada día me sentía peor. Entonces decidí consultar con la psicóloga que me recomendó Fernando. Me

habían hablado algo de la terapia cognitiva, Fernando, claro, pero no sabía qué iba a hacer. Me había quedado con la idea de que era algo científico y que me iba a servir, pero tampoco tenía tantas ganas de hacer algo que no me sirviera. Pero me sentía muy mal. Entonces consulté con Miriam.(...) Me gustó al principio, me decía cosas muy parecidas a lo que me decía Fernando, y eso me tranquilizó. Me dio un libro para leer que me sirvió mucho. Es sobre mucha gente que tiene problemas parecidos a los míos y te va diciendo qué hacer con cada uno. (...) El problema fue que en el medio me quedé sin trabajo de nuevo y no podía pagar. Ella me dijo que fuera y que le pagara cuando pudiera. Eso me ayudó mucho”

La modalidad de autotratamiento a la cual recurrió Hernán fue exitosa hasta cierto punto. Sin embargo, la persistencia del malestar lo llevó a realizar una nueva consulta, esta vez, con una terapeuta cognitivo-conductual, que le recomendó su amigo Fernando. Se puede ver que la terapeuta respondió en cierta medida al pedido de explicación respecto de las causas de su malestar, mediante la psicoeducación, ya sea en sesión como a través de biblioterapia. Esto le provocó a Hernán una sensación de seguridad, ya que estaba en terreno de lo “científico” que estaba buscando, y a su vez, encontró en el libro casos con los cuales se pudo identificar. Aquí podemos ver que el valor que el asigna a que la psicoterapeuta le propone continuar con el tratamiento a pesar de no poder pagarle. Hecho que realza la dimensión interpersonal en la valoración del tratamiento psicológico.

En el momento de la última entrevista realizada a Hernán, continuaba en tratamiento con esta terapeuta.

Terapias religiosas

“Estuve muy enojado con Dios. Siento que me dejó solo. Dejé de rezar un tiempo. Yo rezaba todas las noches. Incluso cuando iba a la parroquia estaba enojado con Dios. Me gustaba ir pero no sabía si era bueno o malo. Nunca dejé de creer, pero sí me pregunté si de verdad existía. Ahora estoy mejor y estoy leyendo la Biblia antes de dormirme. Es uno de esos libros que más me calman.(...) Me hace bien leer la Biblia. Tiene enseñanzas que me ayudan mucho. Ahí está la verdad. Ahora me siento mejor con Dios. Es más, consulté a una persona que cura por la palabra de Dios. Le pregunté a mi psicóloga si podía hacer algo así. (...) No sé si tendrá algo que ver, pero me dijo que lo que me pasaba era porque tenía el Diablo en mí y me lo tenía que sacar y que eso es lo que me estaba haciendo mal. El Diablo. Yo había sido débil y había dejado que el Diablo entre en mí. O eso es lo que le entendí. Yo pensé que Dolores es el Diablo que entró en mí. No sé por qué pensé en eso, pero tampoco quiero creer en eso. Creo que me dejó más confundido. Ahora no quiero volver. Me volvió a asustar. No quiero creer en esas cosas, pero si no me funciona la terapia voy a caer de nuevo en todo eso.

Hernán es católico y, como vimos al principio de su camino terapéutico, su primera atribución de enfermedad estaba relacionada con que Dios lo había

abandonado. Sin embargo, por su valoración de las prácticas biomédicas lo deja como una elección secundaria en su camino terapéutico.

Una vez que Hernán se siente mejor, retoma a la Biblia como un libro que lo ayuda, esto es, como una modalidad de autotratamiento, ya que allí “se encuentra toda la verdad”. A partir de ese momento es que decide asistir –previa consulta a su psicoterapeuta- a una persona que cura con la palabra de Dios. Sin embargo, la idea de tener al Diablo en su cuerpo no la puede asimilar fácilmente y, más que nada, lo asusta, con lo cual desiste de seguir consultando. Igualmente refigura lo dicho por este sanador, interpretando que el Diablo es su ex novia, que se encuentra dentro de él. Dice no creer en estas cosas, o no querer creer ya que lo asustan, pero lo deja como alternativa de no funcionar con la terapia, con la cual prosigue hasta la actualidad.

Diferentes maneras de pensar en la enfermedad

“No sé. A veces pienso en lo que me dijo la mujer. Que fue Dolores que me hizo todo esto. (...) Pero yo tengo mucho miedo de consultar. Le tengo miedo a esa gente. Por otro lado me agarra la cosa de que no puedo creer en esto. Y a veces eso me pone peor. Pienso que no sé qué tengo y que lo tengo que saber para poder sacármelo. Pero también tengo mucho miedo de saber. Si no me dicen que lo que tengo es científico (...) La psicóloga me dio algunos papeles donde me explica que todo es un círculo vicioso y que yo interpreto algunos síntomas normales. Ella trata de decirme que la ansiedad es normal y que no voy a poder luchar contra ella. Que si trato de controlarla es peor. Pero yo siento que si no controlo me voy a morir. No sé cómo explicarlo. Siento que si me vienen los síntomas me va a agarrar un ataque y no quiero sentirme de nuevo así. Ella trata de explicarme que hace mucho que no tengo ataques y que si trato de controlar me voy a seguir sintiendo peor, pero yo creo que si dejo de controlar me voy a descontrolar. (...) no sé en qué creer. (...) Y a veces creo que es todo obra de Dios, porque yo soy católico (...) Y lo mismo me pasa con lo de la mujer. No sé si creerle. Si fue todo un daño que me hizo Dolores. No quiero creerlo por varias razones. Una porque no quiero creer en esas cosas, porque no me sirve para nada. Y aparte no quiero pensar que mi ex novia me hizo algo así. No puedo creerlo, pero siempre me agarra la duda. Y creo que ahora estoy más confundido que nunca. (...) Y pienso en Dios y por qué me hizo esto. Por qué estoy así, qué hice para estar así?”

Como podemos ver en este fragmento –y a lo largo de todo el camino terapéutico-, en Hernán coexisten una gran cantidad de ideas respecto de las causas de su malestar. En un principio atribuye su mal al abandono de Dios, pero sin embargo, podemos pensar que presenta una interpretación de tipo biológico, por lo cual recurre al hospital en varias ocasiones. A la hora de consultar al curador de Jujuy, la idea de daño se hace presente, lo cual es coherente con las representaciones culturales de su contexto y de su familia. Sin embargo, por diversas causas (ya sean económicas, generacionales o bien no coincide con las representaciones que maneja), no puede –o no quiere- creer en que su ex pareja le pueda causar un daño. Por otro lado, encontramos la necesidad de

encontrar una explicación “científica”, que se corresponde en este caso con la idea biomédica de la enfermedad que padece, pero al no encontrar solución, vuelve a la idea de Dios, esta vez refigurado en términos de “obra de Dios” más que relacionado con el abandono. Hernán no sabe en qué creer, y es justamente esta incredulidad lo que más malestar le conlleva (teniendo en cuenta que, según la entrevista, ya no padece de ataques de pánico).

Palabras finales

Las combinaciones de terapias llevadas a cabo por Hernán conforman un camino terapéutico en el que la búsqueda de salud incorpora distintas lecturas de la enfermedad. En un primer momento la atribución se apoya en el malestar físico que lo lleva a consultar a una guardia, luego incorpora elementos psicológicos, tradicionales, y, en menor medida, alternativos. Su idea de persona y de salud y enfermedad va variando a lo largo del camino terapéutico. A través de las distintas elecciones a las cuales procede, la lectura de la enfermedad va variando y, a pesar de que en un principio pueda no compartir la misma lectura de la enfermedad con la de quien lo asiste, la éstas pueden quedarían pregnadas por el éxito de la curación. Esto lo podemos ver en el momento en que una explicación “científica” pudo haber calmado su malestar transitoriamente, a pesar de que previamente no tenía conocimientos respecto de ello.

La enfermedad es redefinida una y otra vez a partir de las estrategias terapéuticas que toma Hernán. En este sentido, el mal se manifiesta tanto en el plano físico y psíquico, como en el cuerpo etéreo.

En la selección de los terapeutas y las terapias intervienen tanto factores estructurales como coyunturales. Entre las primeras, podemos mencionar la selección, en términos globales, de las medicinas cuyas nociones de enfermedad, curación y persona están en consonancia lógica con las de Hernán. Entre los factores coyunturales, podemos incluir el yoga por consejo de su psiquiatra, la asistencia a un curandero por consejo su abuela, asistir a la parroquia por consejo de su psicóloga, el hablar con un amigo como forma de autotratamiento, y la recomendación de una terapia específica por recomendación de su amigo.

Este es sólo un ejemplo de cómo un mismo malestar puede ser reinterpretado de diversas maneras a la hora de la búsqueda de la salud. Sin embargo, nos lleva a cuestionar la idea de que la salud y la enfermedad son entidades absolutas, ya que desde

distintos estilos culturales podemos encontrar distintas formas de pensar y de tratar la enfermedad. Es decir, la enfermedad se encuentra construida cultural y socialmente.

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA) (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Beck, A.T., y Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Perspective*. New York: Basic books.

Cía, A. (2002) *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Roche.

Echeburúa Odriozola, E. (1998) *Avances para el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*. Madrid: Pirámide

Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*; Editorial PUF, París.

Good, Charles (1987) *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press

Idoyaga Molina, A. (1999) La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnologica*, XXI.

----- (2002) *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET.

----- (2005) Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, XXVII.

Keegan, E. (2007) *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.

May, R. Schachter, S. (1968) *La Angustia Normal y Patológica*. Buenos Aires: Paidós.

Pérez de Nucci, A. (1989) *La medicina tradicional del Noroeste Argentino: Historia y Presente*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.

Skinner, B. (1974). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Fontanella

Wells, A. (1998) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. London: Willey