

SARUDIANSKY, Mercedes. *Entre la emoción y la enfermedad: Posturas biomédicas y elecciones terapéuticas en individuos ansiosos de Buenos Aires (Argentina)*. **RBSE**, 9 (27): 889 a 921. ISSN 1676-8965, dezembro de 2010. <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>

ARTIGO

**Entre la emoción y la enfermedad.
Posturas biomédicas y elecciones
terapéuticas en individuos ansiosos de
Buenos Aires (Argentina)**

Mercedes Sarudiansky

"... pienso que ciertos remedios crean enfermedad, y que la espiral de exigencias defensivas amenaza en convertir la esperanza de seguridad y sensatez ciudadana en una meta contradictoria, sabotada precisamente por quienes prometen garantizar seguridad y sensatez a los ciudadanos" (Antonio Escohotado, *Aprendiendo de las drogas: Usos y abusos, Prejuicios y desafíos*, 2002).

RESUMO: Neste artigo o autor apresenta o fenômeno da ansiedade como uma construção que, devido à sua ambiguidade, a sua divulgação e utilização de diferentes mídias, pode estar relacionada à comercialização e à medicalização das emoções humanas. De qualquer forma, esta seria uma das leituras possíveis, porque, se levarmos

em conta a existência de diferentes perspectivas da antropologia médica, ampliando o processo saúde-doença-cuidado, podemos pensar que o conhecimento biomédico como uma escolha entre muitas configurações possíveis, ou criação de novos sistemas que se referem à existência de formas alternativas de cuidados de saúde. **Palavras-Chave:** Ansiedade, medicalização, complementaridade.

Introducción

Escribir sobre los aspectos emocionales de la vivencia humana parecería ser una tarea sencilla para quienes trabajan en el campo de la salud mental. Dentro de este amplio conjunto podríamos incluir la experiencia de la ansiedad, que justamente es motivo de interés para el campo "psi", evidenciado por la gran cantidad de bibliografía escrita por psicólogos, psiquiatras y distintos profesionales de las ciencias sociales y del comportamiento. Entre esta extensa producción podemos encontrar, tanto en el plano nacional como en el internacional, desde manuales diagnósticos, de tratamiento, psicoeducativos, desarrollos teóricos de distintas corrientes, artículos publicados en revistas científicas con los resultados de las últimas investigaciones que tratan temas tales como la prevalencia, el curso, las características, las manifestaciones y las particularidades de lo que llamamos ansiedad y sus trastornos asociados. Sin embargo, luego de recorrer una gran parte de esta inacabable bibliografía, resulta difícil conceptualizar de manera más o menos coherente qué es la ansiedad y, de

esta manera, de qué hablamos en psicología cuando hablamos de "trastornos de ansiedad".

Fenómenos tales como la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, la mercantilización de los aspectos relacionados con el proceso de salud-enfermedad-atención, y la multiplicidad de las búsquedas de salud de los usuarios nos advierten respecto de la pertinencia y claridad de ciertos términos y constructos que en el ámbito de la salud mental se utilizan constantemente. El caso de la ansiedad y sus trastornos es uno de ellos.

El objetivo del presente trabajo será realizar una reflexión respecto de cómo los trastornos de ansiedad pueden quedar sujetos a tales fenómenos. En un principio comenzaremos planteando cuestiones relacionadas con la difusión, la medicalización y el marketing de temas relacionados con la salud y sus posibles interpretaciones en cuanto a los objetivos de quienes trabajan en salud mental. Luego realizaremos una suerte de recorrido por la compleja trama que incumbe a la ansiedad y sus trastornos desde la perspectiva biomédica, enfatizando en la vaguedad y confusiones que presentan sus definiciones, lo cual podría en cierto sentido explicar o hacer comprensible la posibilidad de expansión del saber biomédico y de los laboratorios en este tipo de terrenos difusos. Finalmente intentaremos complejizar este campo, introduciendo distintas perspectivas que, desde la antropología médica, amplían el proceso de salud-enfermedad-atención, dando lugar a pensar al saber biomédico como una opción entre muchos posibles, estableciendo así nuevas configuraciones o sistemas que

nos remiten a la existencia de formas alternativas en la atención de la salud. A partir de ello, ejemplificaremos con relatos de usuarios, quienes denotan cierta flexibilidad a la hora de conceptualizar y encontrarle sentido a los malestares.

Los materiales originales que utilizaremos en este recorrido serán fragmentos de entrevistas realizadas a usuarios del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2008-2010 y fuentes secundarias de información, como recortes de artículos periodísticos de dos de los principales diarios argentinos (La Nación y Clarín), dedicados a difundir temáticas relacionadas con la ansiedad y sus trastornos.

Medios de difusión, ansiedad y medicalización

En los últimos tiempos se ha producido en nuestro país una gran difusión y expansión entre el público “lego” respecto de los trastornos de ansiedad, transformándose en un tema que no solamente atañe a los profesionales del ámbito psi, sino que se ha ampliado a casi todas las esferas de nuestra sociedad. Ejemplo de ello son la innumerable cantidad de artículos publicados en diarios y revistas de amplia difusión, particularmente en los suplementos “Salud”, “Sociedad” o “Información general”, dirigidos al público en general, así como también un importante número de libros de autoayuda orientados hacia la ansiedad y sus problemas asociados. Los trastornos de ansiedad pasaron de ser una temática específica para transformarse en un tema de interés público.

En este tipo de artículos encontramos desde notas informativas respecto de la importancia que tienen este

tipo de fenómenos en nuestra sociedad, con referencias a ciertos factores coadyuvantes, que justifican la relevancia de la información (como por ejemplo, la crisis económica, el corralito, la inseguridad, o tragedias tales como Cromagnón) hasta artículos psicoeducativos donde se describen casos ejemplares, los principales síntomas, los principales tratamientos disponibles y sus posibles consecuencias¹.

Esto es, encontramos un inmenso volumen de información que "enseña" al público a percibir, detectar, diagnosticar, evaluar e incluso orienta a las posibles formas de tratamiento respecto de los trastornos de ansiedad, lo cual lleva a un plano confuso el límite entre la información y la promoción de enfermedades y sus métodos terapéuticos. Este hecho nos introduce a pensar cuestiones ligadas con cómo es posible introducir nuevas problemáticas que pueden ser tratadas a través de procedimientos biomédicos, lo cual nos lleva indefectiblemente pensar en términos tales como medicalización y marketing de problemas y enfermedades (Healy, 2004).

Hablamos de medicalización en el sentido que plantea Peter Conrad (Conrad y Schneider, 1992;

¹ Existe una importante cantidad de artículos periodísticos que refieren a esta cuestión, como por ejemplo: "Estrés postraumático: Las pesadillas que dejó Cromagnón" (Clarín, 22/06/2005); "Los argentinos y la crisis: Cómo afecta la salud mental. Ansiedad, el principal tema de consulta" (La Nación, 7/12/2001); "Ansiedad, una sensación dura de domar" (Clarín, 28/04/2006); "El miedo a la pandemia/Aislamiento, fobias, angustia. "El pánico es más rápido que el virus" (Clarín, 20/06/2009).; "Test psicométrico de Ansiedad de Hamilton" (Clarín, 28/04/2006)

Conrad y Leiter, 2004), esto es, cuando problemas que anteriormente eran considerados como no inherentes a la medicina, se redefinen y tratan como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades y trastornos. Estos autores citan ejemplos tales como el caso del Viagra, de ciertos tratamientos hormonales, y de enfermedades psicológico-psiquiátricas. Asimismo, Menéndez (1990) también aplica esta denominación al caso del alcoholismo.

Una de las cuestiones más resonantes y actuales de la medicalización es la implicación de la industria farmacéutica en la distinción y conceptualización de ciertos problemas como enfermedades y su relación con la aplicación de determinados medicamentos. Ciertos autores, como el citado Conrad (*ibid.*, 2004) y Healy (2006) acusan a las industrias farmacéuticas justamente de promover no sólo los medicamentos, sino las posibles aplicaciones de éstos (esto es, las "enfermedades" a las cuales estaría orientado el principio activo que presenta la droga). Un claro ejemplo de ello es lo que sucede con el Trastorno de Ansiedad Social (también denominado "Fobia Social") y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) -cuyas particularidades señalaremos a continuación-, "*expandiendo la jurisdicción médica sobre emociones tales como la preocupación y la timidez*" (2004, p.163).

En nuestro contexto, esta afirmación se ve respaldada por las investigaciones de Lakoff (2006) respecto de la relación entre el mundo médico y la industria farmacéutica, particularmente en el caso de nuestro país. La existencia de relaciones estrechas entre los médicos y los laboratorios en forma de beneficios

(tales como viajes al exterior, hospedajes en hoteles de primer nivel), *souvenires* (especialmente lapiceras, recetarios) y ciertas políticas de control de la información generan dudas respecto de la fiabilidad y de las “verdaderas intenciones” de los especialistas a la hora de prescribir un fármaco. Según este autor, *"los médicos en Argentina se enfrentan con un conflicto de intereses entre la ciencia y el mercado"*. De hecho, este mismo autor señala que, por ejemplo, en ciertos congresos internacionales de medicina y psiquiatría, las delegaciones argentinas "sponsoreadas" por los laboratorios, son de las más numerosas. A su vez, existe un gran número de eventos donde se combinan charlas de actualización de reconocidos profesionales invitados del exterior, promoción de libros y cenas en costosos hoteles.

Al combinar los datos aportados por estas investigaciones respecto de la promoción de los laboratorios y su vinculación con los profesionales con la difusión que aparece en los medios de comunicación (en este caso, diarios de divulgación masiva) respecto de los trastornos de ansiedad, nos encontramos con un campo donde el saber queda desdibujado. Parecería que tanto las investigaciones realizadas con la mayor seriedad y las promociones tendenciosas tuvieran el mismo peso a la hora de generar opinión pública. La pregunta que nos surge entonces es ¿qué es lo que puede hacer posible este mecanismo? O mejor dicho, ¿qué factores han llevado a que el conocimiento propuesto por la ciencia respecto de la ansiedad y sus trastornos sea utilizado por las industrias lucrativas y promovido por medios de comunicación masiva?

A diferencia de otros casos, no podemos afirmar que la asociación entre los trastornos de ansiedad y el fenómeno de la medicalización sea una cuestión reciente, ya que, como veremos más adelante, las temáticas ligadas con la ansiedad desde la perspectiva biomédica nos remiten a siglos atrás. Lo que sí podríamos considerar como reciente es la ampliación del espectro de aplicación de la categoría, así como también de sus diferentes posibilidades de tratamiento. Al respecto, Healy (2006) sostiene que, por ejemplo, en la década de 1980 la neurosis de angustia (*anxiety neurosis*) era considerada como un problema psicosocial cuyo tratamiento no incluía el uso de psicofármacos. Actualmente esta clasificación diagnóstica cayó en desuso, utilizándose en su lugar el término "ataque de pánico", entre cuyos tratamientos más comunes se encuentran los ansiolíticos y antidepresivos de última generación².

La pregunta que nos surge a raíz de lo expuesto es cómo hacemos para establecer límites claros y precisos para la implicación o no de la biomedicina en ciertas problemáticas, como es el caso de la ansiedad, donde la coexistencia de diferentes factores implicados producen confusiones tanto en relación a la distinción

² Este es un hecho no menor, puesto que, incluso organismos internacionales dedicados a la difusión de estrategias terapéuticas para la salud mental, como es el National Institute for Health and Clinical Excellence promueven la implementación de abordajes psicosociales (particularmente la terapia cognitivo-conductual) para este tipo de diagnósticos por sobre los tratamientos medicamentosos (McIntosh et al, 2004)

entre lo normal y lo patológico, sino también en cuanto a las distintas modalidades de atención posibles y disponibles.

Para ello comenzaremos a delinear una breve historia del concepto ansiedad, intentando, a partir de ello, captar su complejidad y esbozar una posible explicación respecto de por qué es susceptible a este tipo de planteos. Posteriormente intentaremos abrir el campo más allá de los desarrollos de la biomedicina, para dar cuenta de que ésta es sólo una de las múltiples perspectivas que se pueden plantear.

El concepto de ansiedad desde la perspectiva biomédica

El concepto "ansiedad" ha sido considerado como ambiguo (Jablensky, 1985), como un término de legos (Hallam, 1985) y como "poco científico" (Sarbin, 1964). Esto no pareciera coincidir con la gran cantidad de estudios "científicos" que pueden encontrarse en revistas especializadas de gran renombre sobre las manifestaciones ansiosas y sus trastornos, pero sí responde a cierta ambigüedad y confusión que se transmiten a partir de los "a priori" que muchas veces sesgan las investigaciones actuales.

La sintomatología ansiosa puede ser apreciada desde diferentes perspectivas. Berrios (1998) señala que cada uno los síntomas relacionados con la ansiedad fueron descriptos en diferentes contextos sociales y médicos. Por ejemplo, en el siglo XVIII algunos síntomas, tales como la opresión en el pecho o la dificultad para respirar, eran considerados como enfermedades específicas o bien se los incluía formando parte de un

conjunto sindrómico de otras enfermedades. La sintomatología normalmente era tomada como malestares físicos "reales", los cuales pertenecían a terrenos clínicos tan disímiles como el cardiovascular, el del oído interno, el gastrointestinal o la neurología. Por ello, la mayoría de la documentación aparecía en revistas médicas más que en el ámbito psiquiátrico, así como también su tratamiento (Berrios, 1998). Así es como encontramos denominaciones tales como disfuncionalismo cardíaco, corazón irritable, fatiga nerviosa, taquicardia nerviosa, Astenia neurovegetativa, entre muchos otros (Cía, 2002).

Recién a finales del siglo XIX se comenzó a considerar que estos síntomas formaban parte de un constructo unitario llamado "ansiedad". Sin embargo, como podremos ver, en la actualidad el concepto de ansiedad dista mucho de ser unitario.

Desde la perspectiva biomédica, el campo de la psiquiatría occidental asocia a la ansiedad con un grupo de trastornos que actualmente se denominan "trastornos de ansiedad", que tienen su antecedente en el concepto clínico "neurosis", término introducido por el psiquiatra escocés Willam Cullen en 1769 (Conti y Stagnaro, 2007) y asociado también a patologías tales como la histeria, la hipocondría, las fobias y otros trastornos. A su vez, se lo considera como uno de los problemas más comunes de las últimas décadas en el plano de la salud mental, relacionándolo con el fenómeno del estrés y de las potenciales consecuencias dañinas al organismo y a la calidad de vida de los individuos (Suinn, 1993).

De acuerdo con las clasificaciones diagnósticas vigentes (particularmente el DSM-IV [APA, 1995]), se considera actualmente a los trastornos de ansiedad como un conjunto de entidades nosológicas que tienen la presencia de ansiedad como factor común, definiendo a esta última como “anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión...” (APA; 1995, p. 780). Esta definición, lejos de delimitar el problema, lo extiende y generaliza aún más, ya que incluye términos vagos y difusos tales como “aprensión”, “sentimiento de disforia” y “síntomas somáticos de tensión”, sin aclarar el alcance ni los límites de ninguno de éstos. Esto lleva a que sea un término que pueda englobar una gran cantidad de manifestaciones, propiciando así el carácter universal que se propone tiene la ansiedad entre los seres humanos. Sin embargo, esta cuestión se encuentra supeditada por la definición de trastorno mental que se propone en este tipo de manuales, donde la atribución de malestar por parte del paciente es fundamental para distinguir un estado mórbido de uno no mórbido. De esta manera, los trastornos de ansiedad deberían estar asociados a un malestar “clínicamente significativo” vivenciado por los sujetos a partir de las sensaciones ligadas a la ansiedad. (APA, 1995; Kaplan y Sadock, 1996).

Ciertos autores (p.ej. Burns, 2006; Cooper, 2004) sostienen que esta manera de clasificar y diagnosticar los trastornos de ansiedad acarrea una gran cantidad de problemas, tales como patologizar innecesariamente conductas “normales”, fundamentalmente debido a la

generalidad de las experiencias de ansiedad no necesariamente patológicas que se dan en lo humano. A su vez, en la mayoría de los criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad se pone el acento en cuestiones ambiguas (e.g. la utilización de términos como “excesivo” o “significativo”) o aparentemente arbitrarias, tales como la duración de la sintomatología o el número de síntomas necesarios para dar cuenta de la presencia de un trastorno (Burns, 2006).

De manera análoga, existe otra vertiente crítica en torno al diagnóstico de los trastornos de ansiedad que da cuenta justamente de la vaguedad de los constructos a la hora de definir un problema, confundiendo de esta manera los términos utilizados en el ámbito científico con los de la vida cotidiana. Ejemplo de ello es el término “ansiedad social”, para el que se utilizan una variedad de sinónimos para denominarlo: timidez, inhibición social, ansiedad interpersonal, reticencia, etcétera. Este hecho da cuenta de la dificultad para distinguir entre una timidez “normal” y una timidez “patológica” (Van Dam-Baggen et al, 2003).

Asimismo, la ambigüedad que acarrea este concepto también puede apreciarse en lo que atañe tanto al origen etimológico, como a las confusiones relacionadas con el proceso de traducción de conceptos clave de la psicología y la psiquiatría.

En el ámbito médico, ya en el siglo XVIII se utilizaba el término latino “*anxietas*” para describir estados de desasosiego e inquietud (Berrios, 1998). Así también se relacionaban los estados de ansiedad, angustia e inquietud como términos similares que refieren a distintas etapas de un mismo fenómeno que

involucra “sensaciones de constricción o de presión en la región epigástrica acompañada de gran dificultad para respirar”, así como también sentimientos de tristeza y desasosiego (Littré y Robin, 1858 en Berrios, 1998).

La raíz lingüística del término le añade complejidad a esta cuestión, ya que de ella se desprenden una gran variedad de expresiones que en la actualidad pueden generar confusiones. *Angh* refiere a “estrechamiento” y “constricción”, y sus derivaciones –tanto en el idioma español como en las lenguas anglosajonas- implican diversas manifestaciones que actualmente podríamos relacionar con cuestiones tanto psíquicas como fisiológicas: Angustia, ansiedad, anginas, *anger* (enojo) (Lewis, 1980). De hecho, se sospecha que las distintas traducciones de trabajos clave en psicología y psiquiatría han añadido imprecisiones en torno a la definición distintiva de estos términos (Barlow, 2002).

El término ansiedad actualmente incluye una gran variedad de manifestaciones que se confunden con el miedo³, la angustia, el terror y la inquietud y que hace referencia también a funciones del sistema nervioso central (Grillon, 2008).

³ Las distinciones entre "miedo" y "ansiedad" en la literatura psicológica y psiquiátrica no son claras. Autores tales como Kierkegaard y Freud distinguían miedo de ansiedad por la presencia o ausencia de indicadores observables de peligro. Esta distinción comenzó a cambiar a partir de que los enfoques conductuales comenzaron a tratarlas indistintamente, ya que consideraban que la ansiedad tenía también indicadores identificables. Actualmente en muchas corrientes de psicología y psiquiatría estos términos se toman como equivalentes (Barlow, 2000 y 2004; Wolfe, 2005)

Sin embargo, Barlow (2002) señala que la palabra inglesa “anxiety” se ha utilizado para referirse, además, a estados emocionales tales como la duda, el aburrimiento, la timidez y sentimientos de irrealidad, falta de concentración, entre muchos otros, así como también estados depresivos. Con respecto a este último, es coherente en nuestra lengua, ya que, como habíamos señalado previamente, los términos ansiedad y angustia muchas veces se utilizan de forma indistinta. De hecho, en la versión en español de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1995), “panic attack”, una de las manifestaciones más importantes y denominador común de la mayoría de los trastornos de ansiedad, se tradujo como “crisis de angustia”. De la misma manera, la bibliografía freudiana de la editorial Amorrortu, una de las más populares entre los psicólogos y psiquiatras de nuestro país, es resultado de una traducción alemán-inglés-español, donde el término "angst", traducido al inglés como "anxiety", es traducido al español como "angustia"⁴.

⁴ James Stratchey aclara en una nota introductoria al artículo "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de 'neurosis de angustia'" (1895[1894]): "... 'Angst' no es en modo alguno un tecnicismo psiquiátrico, sino una voz alemana corriente. Posee afinidad con 'eng', que significa 'constreñido', 'restringido'; tiene como referente [al igual que la palabra castellana 'angustia', que deriva del latín 'angustus', 'angosto', 'estrecho'] la sensación de ahogo que caracteriza a las formas graves de este estado psíquico. En inglés, donde 'angst' se traduce por 'anxiety', un estado más agudo aún se describe con el término 'anguish' {de igual procedencia}; y destaquemos que en sus

En síntesis, los trastornos de ansiedad desde la perspectiva biomédica incluyen términos amplios, muchas veces poco claros y en determinadas ocasiones bastante difusos, lo cual hace difícil su conceptualización como una entidad mórbida definida, puesto que las distinciones entre normalidad y patología, la “significación clínica” que plantean los manuales diagnósticos, muchas veces se encuentra vacía de contenido. De hecho, muchas veces es la subjetividad del diagnóstico (esto es, la percepción de sufrimiento por parte del paciente) la que diferencia lo normal de lo patológico en el juicio del profesional, que se halla enmarcado en esta trama de relaciones que hemos definido como conflictiva, plagada de intereses que se entrecruzan una y otra vez.

Por lo tanto, no podemos dejar de relacionar este hecho con lo anteriormente planteado, considerando por ende que estas características del fenómeno lo hacen terreno fértil ya sea para la medicalización, el marketing o el lucro. Sin embargo, su complejidad hace que el tema no se agote en esta cuestión, lo que nos lleva a pensar en que existen otro tipo de consecuencias que exceden el campo de lo biomédico y nos introduce a cuestiones más ligadas a la existencia de modelos alternativos en la atención de la salud.

El modelo médico. Hegemonía y alternativas

Considerar que la incursión del mercado en temáticas ligadas a la salud es la única consecuencia de la ambigüedad/ampliación de una cuestión biomédica

escritos en francés Freud empleó como sinónimos, para traducir 'Angst', las palabras 'angoisse' y 'anxiété'..."

sería limitar el tema y no considerar que existen alternativas y procesos paralelos que no responden a lo que se considera "oficial". Varios autores dedicados al campo de la antropología médica (Good, 1987; Idoyaga Molina, 1997; Kleinman, 1981; Menéndez, 1990) han propuesto la existencia de distintos sistemas, modelos o configuraciones de ofertas terapéuticas,

Así, nos encontramos con la propuesta de la existencia de un sistema de atención de la salud cuyos componentes incluyen distintos sectores, tales como el sector "lego" o "popular", el sector "tradicional" o "folk" y el sector "profesional" (Kleinman, 1981); esto es, se proponen diferentes tipos de prácticas enfatizando la perspectiva de quienes tratan la enfermedad. Utilizando esta misma denominación ("sistema etnomédico"), pero tomando en cuenta la perspectiva de los usuarios más que la de los profesionales, encontramos otras clasificaciones, como la de Charles Good (1987). Este autor propone la existencia de una medicina "oficial", o biomedicina (análogo a lo que Kleinman proponía como "profesional"), las medicinas tradicionales ("tradicional") y el autotratamiento ("lego"). En nuestro país, Idoyaga Molina (1997 y 2002) utiliza esta clasificación, aunque incorporando a este esquema las categorías de medicinas alternativas⁵ y religiosas.

⁵ Con la denominación de terapias "alternativas" nos referimos a las terapias difundidas especialmente en las últimas décadas y ligadas a la *new age*, tales como la reflexología, el yoga, la terapia de vidas pasadas, el reiki, entre otras. En la actualidad son un prolífico terreno de estudio por parte de las ciencias sociales. Para más

Por su parte Menéndez (1990) también propone la coexistencia de diferentes propuestas en la atención de la salud: El Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención.

Estas perspectivas dan cuenta de que los recursos disponibles y empleados en una sociedad específica no se ciernen únicamente al campo de la biomedicina (la medicina oficial en cada contexto), sino que nos introduce al fenómeno del pluralismo médico (tomando a la "medicina" como un concepto que va más allá de lo biomédico), que amplía los conceptos de enfermedad y terapia. Ello implicaría que lo que puede denominarse enfermedad no es únicamente aquello que es descrito por el saber médico, sino que las refiguraciones hechas por los padecientes son también descriptas como modos de experimentar la enfermedad.

Esto nos remite a la distinción presente en la lengua inglesa entre *illness* y *disease*, como dos elementos de *sickness* –"estar enfermo"-. *Disease* connota el deterioro de los procesos biológicos y/o psicológicos (la perspectiva de los profesionales), mientras que *illness* puede describirse como la experiencia psicosocial y la percepción de significado de la *disease* por parte de quien padece el malestar (Kleinman, 1981; Kleinman, Eisemberg y Good, 1978). Ello nos indicaría que no existe una única perspectiva compartida, sino que la enfermedad es vivida y experimentada de manera diferente por quien lo padece.

información ver también: Astin, 1998; Baer, 2001; Cant y Sharma, 1999, entre muchos otros).

De esta manera, se han abierto líneas de investigación que enfocan justamente en esta diferenciación esquemática del concepto de enfermedad por parte de los profesionales y de los pacientes, dando lugar así a la posibilidad de pensar que la relación entre enfermedad y búsquedas de salud se encuentra ligada a factores diversos que afectan tanto a la representación de la enfermedad como a las posibilidades de atención a las cuales adhieren los padecientes. Por ejemplo, Karasz (2005) sostiene que la aceptación de los antidepresivos como modalidad terapéutica se relaciona directamente con la representación de que la depresión es causada por desbalances químicos en el cerebro. Por su parte, Weiss et al. (1986), plantean que las búsquedas de salud muchas veces se encuentran guiadas por los resultados concretos más que por las lógicas de la enfermedad que se sostenían a priori.

Todo ello apoya la idea de que, más allá de la preeminencia de ciertos modelos por sobre otros las concepciones de enfermedad y las búsquedas de salud exceden las lógicas mismas de los modelos médicos predominantes (sean llamados "hegemónicos" y "oficiales") en cada contexto, siendo los recorridos terapéuticos una muestra de los intersticios donde la hegemonía no pudo hacerse lugar.

En el caso particular de la ansiedad, tenemos una doble cuestión: Por un lado, las ambigüedades y confusiones que se plantean desde la misma disciplina biomédica, donde no existen límites claros de normalidad y patología y donde justamente la valoración de quien lo padece suele tener una alta incidencia en cuanto a esta distinción. Por otro lado, la

gran diversidad de alternativas terapéuticas que encontramos en pacientes que realizan tratamiento psicológico para lidiar con sus "problemas de ansiedad" que exceden el campo biomédico apoyan la idea de que, más allá de ser un terreno propicio -por las características anteriormente citadas- para la incursión de promociones de salud ligadas al lucro y a las "supremacías" vigentes, las búsquedas de salud no se cierran a ello, sino que responden a factores más cercanos a lo idiosincrático que a lo hegemónico.

Para ejemplificar lo planteado previamente, presentaremos fragmentos de entrevistas a usuarios del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo motivo de consulta para con el psicólogo, desde su propia perspectiva, eran problemáticas ligadas con la ansiedad. Por cuestiones de espacio no presentaremos un análisis detallado de cada recorrido en particular, puesto que cada caso es complejo y requeriría un análisis profundo de todos los factores involucrados en la selección y/o preferencia de cada estrategia en particular, así como también de sus propias conceptualizaciones de salud y enfermedad. Por supuesto que debemos estar advertidos que los tratamientos psicoterapéuticos a los cuales concurren cada uno de los informantes se encontrarían ligados al paradigma biomédico, por lo que ya estarían atravesados por un proceso de medicalización previo. Sin embargo, lo que queremos exponer, a modo de ejemplo, es cómo, a pesar de encontrarnos inmersos en un paradigma, eso no significa que sea necesaria la exclusión total de formas alternativas de representación del malestar y sus posibilidades de atención, así como

tampoco la adherencia sine qua non a los postulados de los modelos dominantes.

"un tiempo estuve haciéndome reiki y reflexología, que eso siento que me hace muy bien, cuando lo hago... realmente siento que me cambia los ritmos.

- Y por qué pensás que te hizo bien?

No sé, porque es un momento de relajación, me ayuda a relajarme. Otra cosa que me hizo muy bien fue natación, natación también me relaja mucho. El contacto con el agua, todo. Y después qué más... Por ahí me cansa físicamente, pero... Y bailar, bailar también me hace muy bien. Y bailar descalza, por sobre todas las cosas (...) No sé, el tema de estar descalzo. Como un cable a tierra. Y después qué más... Y bueno, nada, después el hacer trabajos manuales es como que me centra. En esto que soy como una gran telaraña dispersa como que esto me vuelve al centro.." Lucrecia

En este caso encontramos una gran diversidad de estrategias que se ligan a la búsqueda de bienestar de nuestra entrevistada, que van desde las llamadas "terapias alternativas" (como el reiki y la reflexología) hasta formas terapéuticas menos estructuradas y sistematizadas (en el sentido de su calificación de "terapéuticas") como la natación, el baile y los trabajos manuales. En muchos de los casos (particularmente en el reiki, la reflexología y la natación) se hace referencia a la relajación como uno de los mecanismos de acceso al

bienestar, así como también en otros casos la informante recurre a metáforas que explicarían la forma en que conceptualiza el malestar ("soy como una gran telaraña dispersa") y la manera en que las distintas estrategias utilizadas son de utilidad ("es como que me centra"). La utilización de metáforas nos remiten a la significación de la experiencia de la enfermedad por parte del usuario, ya que permiten decir algo nuevo sobre la experiencia subjetiva (Alves, Rabelo y Souza, 1999), por lo cual es un elemento sustancial a la hora de intentar comprender los significados que se entrecruzan a la hora de relatar los momentos de malestar.

Siguiendo con la presencia de metáforas y de comparaciones, encontramos en el siguiente fragmento cómo la natación y la meditación también dieron resultado a la hora de lidiar con las problemáticas relacionadas con la ansiedad:

"me di cuenta de que yo era como una persona muy ansiosa y necesito frenarme cada tanto. Porque soy una persona que se activa mucho y no puedo parar. Y la meditación es un buen camino... al igual que la natación. La natación es como una meditación pero en el agua. Estás vos solo, con tu propio pensamiento (...) la natación produce relajación. Relajación corporal... Mientras que las técnicas de meditación también producen relajación, al frenar el pensamiento. Me hacen estar más en mi presente, no irme tanto al futuro. Me permiten estar mejor, de hecho me siento mejor después de hacerlo. Después de meditar, después de nadar. Así como una

sensación de bienestar recorre mi cuerpo." Gonzalo

El entrevistado nos explica cómo, dado que vivencia la ansiedad como un estado de activación que necesita "frenar", la natación y la meditación pueden generar efectos similares. De hecho, las compara y las considera como estrategias similares, particularmente en función de relajar, ya sea a partir de la relajación corporal (que deberíamos suponer que se encuentra en el plano físico del cuerpo) y las relajación como posibilidad de estar más en el presente, "frenar el pensamiento".

"mi papá me había contado de un caso similar, de una mujer a la que le costaba mucho viajar en avión (...) Y bueno, a partir de eso yo recurrí a lo que eran las Flores de Bach... No me hicieron absolutamente nada, pero por lo menos pude viajar en avión (...) yo sabía que existían los ansiolíticos, de hecho había tomado en algunas de estas ocasiones, de estas crisis que había tenido, o de algunos viajes en avión que yo había realizado con anterioridad, y me habían resultado fantásticos... pero bueno, como no me gusta andar tomando cosas como esas, decidí en ese momento probar con otra cosa, que era esto, que eran las Flores de Bach". Mariela

Aquí nos encontramos con otra opción que es bastante frecuente entre nuestros entrevistados: La terapia floral, particularmente las flores de Bach. A pesar de que esta clase de terapia tiene su origen en la

biomedicina (su creador, Edward Bach, era médico y trabajó en varios hospitales de Inglaterra), actualmente no se encuentra incluida dentro de las opciones válidas propuestas por la medicina científica, por lo que se encontraría incluida dentro de las llamadas "terapias alternativas" (p.ej. en Franco y Pecci, 2003) o bien del Modelo Médico Alternativo (Menéndez, 1990). En el caso de nuestra informante, la elección por este tipo de opción terapéutica parte de la recomendación de un familiar (a partir de una experiencia de un tercero, con un problema aparentemente similar al de la entrevistada, esto es, miedo a viajar en avión) y de la decisión de no tomar ansiolíticos porque *"no me gusta andar tomando cosas como esas"*. Esto nos señala cómo la flexibilidad en la elección de una terapia y no de otra se basa en factores que muchas veces exceden lo que "racionalmente" se esperaría que afecten. Este caso estaría, por lo tanto, contradiciendo lo que anteriormente habíamos señalado respecto de la elección basada en resultados concretos propuesta por Weiss et al., así como también la extrema intromisión de las industrias farmacéuticas en la vida de las personas.

"Y a veces creo que es todo obra de Dios, porque yo soy católico. 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" Hernán

Hernán se define como católico y a eso atribuye su creencia de que lo que le sucede es obra de Dios, explicándonos que sentía que lo había dejado solo. La experiencia de malestar incluyó a su vez una duda respecto de la misma existencia, lo cual puso en juego sus creencias y -podríamos conjeturar- su identidad como católico. Sin embargo, relata que una vez que el malestar comienza a disminuir y puede sentirse mejor, utiliza la lectura de la Biblia como un elemento que lo calma y lo ayuda. Ello nos introduce a dos modalidades de atención que muchas veces no son tenidas en cuenta a la hora de pensar en alternativas terapéuticas: por un lado, la importancia de ciertas creencias religiosas, que moldean no sólo las actividades diarias y creencias ontológicas y epistemológicas de nivel global, sino también las figuraciones y refiguraciones respecto de las causas o motivos que fundan el malestar, y a su vez, la autoatención o el autotratamiento como una de las modalidades más frecuentes en la atención de la salud. Esto también lo podemos encontrar en el siguiente ejemplo:

"yo creo que entre el diario y clases de teatro que yo hacía, creo que esas fueron las cosas que a mí me salvaron de otras cosas mucho peores (...) como una cuestión de descarga de muchísima

agresividad, eso desde ya. Y de mucha angustia, muchas cosas de mucha angustia. Hacer escenas sobre todo de lo que escribía, también, escribía poesías súper oscuras. Parecía Pizarnik, escribiendo cosas terribles" Lucía

La escritura (en forma de diario o de tareas para una actividad) y las clases de teatro fueron tomadas por esta entrevistada como estrategias útiles que la "salvaron de otras cosas mucho peores", fundamentalmente como medio de descarga.

En síntesis, los relatos de nuestros informantes nos dan cuenta de una multiplicidad de estrategias que nos remiten a un campo en constante movimiento, donde las representaciones de salud y enfermedad por parte de quienes realizan las búsquedas de salud se van refigurando y reactualizando por factores diversos. Ello nos lleva a pensar que, más allá de las indicaciones o lo preceptos que establezca la hegemonía biomédica, incluso en estos casos, donde podríamos suponer que existen factores a favor de la recurrencia a perspectivas más biomédicas -dado que quienes nos proveen los ejemplos son, de hecho, usuarios de la biomedicina-, existen estrategias alternativas (en sentido amplio) en las búsquedas de bienestar, que no siempre se ciernen estrictamente a los parámetros prefijados por el paradigma biomédico. Denominaremos complementariedad terapéutica a este tipo de fenómeno, hecho que es posible de pensar si se consideran como opciones válidas y no ligadas al desconocimiento y la ignorancia estas formas de búsqueda del bienestar que realizan los individuos de

una sociedad dada⁶. A su vez, aunque no es el objetivo del presente artículo, podemos rastrear en algunos casos que ello puede estar presente desde la conceptualización del malestar mismo, que no coincide punto a punto con las definiciones planteadas desde el campo profesional, a pesar de que tienen un denominador común, esto es, la ansiedad.

Palabras finales

A partir del desarrollo del presente trabajo hemos podido ver que la ansiedad es un constructo complejo y ambiguo, que se utiliza de manera masiva tanto en los textos científicos como en artículos de difusión general, como diarios y revistas. Esta característica particular nos ha llevado a cuestionar ciertas modalidades de difusión, asociándolo con cuestiones ligadas al marketing y el lucro, fundamentalmente si nos basamos en la ampliación de los límites de la categoría, que llevarían a imponer aspectos médicos en problemáticas que en otro momento considerábamos de la vida cotidiana, tales como la timidez y la preocupación.

Sin embargo, si tenemos en cuenta que existen diferentes maneras de vivir y experimentar la enfermedad, podríamos intuir que no siempre aquéllo que es propuesto por los mecanismos oficiales es aquello que se acata y reproduce, sino que existen formas alternativas de apropiación del conocimiento

⁶ Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado en torno a distintas enfermedades y distintos contextos. Para más información ver Csordas y Kleinman, 1996; Douglas, 1998; Idoyaga Molina, 2002; Korman y Saizar, 2006; WHO, 2002, entre otros)

(en este caso particular, el conocimiento médico) que se traducen en una multiplicidad de prácticas. Esto nos llevaría a pensar en la atención de la salud a la manera en que la plantea Kleinman (1981), esto es, como un sistema cultural que involucra creencias, elecciones, roles, prácticas, relaciones de poder e instituciones que supera el modelo biomédico de la enfermedad, enfrentándonos entonces a un concepto más amplio de la salud, la enfermedad y la atención. A partir de los fragmentos de las entrevistas realizadas pudimos ver de manera concreta este fenómeno, puesto que las distintas estrategias que utilizan los usuarios, pese a estar inmersos en un paradigma biomédico de la atención de la salud, no por ello se restringen a las opciones estrictamente psicológico-biológicas, sino que los caminos estarían orientados hacia la complementariedad terapéutica, hecho que pone en tela de juicio la verdadera hegemonía de la biomedicina por sobre otras modalidades de atención.

Bibliografía

ALVES, P., RABELO, M. Y SOUZA, I., 1999. *Experiencia de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4ta ed.)*. Barcelona: Masson

ASTIN, John A., 1998. Why patients use alternative medicine, *JAMA*, v. 279, n. 19, pp.1548-1553

BAER, Hans A., 2001. *Biomedicine and alternative healing systems in America – Issues of class, race,*

ethnicity, and gender. Madison: University of Wisconsin Press

BARLOW, David H., 2000. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory, *American Psychologist*, v. 55, n. 11, pp. 1245-1263.

BARLOW, David H., 2002. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.

BARLOW, David H. & DURAND, V.Mark, 2004. *Abnormal psychology: An integrative approach (4th ed.)* Pacific Grove, CA: Wadsworth

BERRIOS, Germán, 2008. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: FCE

BURNS, David, 2006. *Adiós, Ansiedad*. Buenos Aires: Paidós

CANT, Sarah y SHARMA, Ursula, 1996. *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London: UCL Press.

CÍA, Alfredo, 2002. *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires, Polemos

CONRAD, Meter y LEITER, Valerie, 2004. Medicalization, Markets and Consumers, *Journal of Health and Social Behavior*, v. 45 (Extra issue), pp. 158-176

CONRAD, Meter y SCHNEIDER, Joseph W., 1992. *Deviance and Medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press

CONTI, Norberto A. y STAGNARO, Juan Carlos, 2007. *Historia de la ansiedad. Textos escogidos*. Buenos Aires, Polemos

COOPER, Rachel, 2004. What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, v. 15, n. 1, pp. 5-25.

CSORDAS, Thomas y KLEINMAN, Arthur, 1996. The Therapeutic Process. En: Sargent and Johnson (Eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport y London, Praeger Publishers.

DOUGLAS, Mary, 1998. *Estilos de Pensar*. Barcelona, Gedisa.

ESCOHOTADO, Antonio, 2002. *Aprendiendo de las drogas: Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama

FRANCO, Jorge y PECCI, Cristina, 2003. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas, *Medicina*, v. 63, n. 2, pp.111-118

GOOD, Charles, 1987. *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press.

GRILLON, Christian, 2008. Models and mechanisms of anxiety: Evidence from startle studies, *Psychopharmacology*, v. 199, pp. 421-437

HALLAM, Richard S., 1985. *Anxiety: Psychological perspectives on panic and agoraphobia*. New York: Academic Press.

HEALY, David, 2004. *Let them eat Prozac*. New York: New York University Press.

HEALY, David, 2006. The new medical oikumene. En: Petryna, A., Lakoff, A y Kleinman, A (Eds.), *Global Pharmaceuticals. Ethics, markets, practices*. Durham: Duke University Press

IDOYAGA MOLINA, Anátilda, 1997. Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology and Medicine*, v. 4, n. 2, pp. 145-158.

IDOYAGA MOLINA, Anátilda, 2002. *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET

JABLENSKY, Assen, 1985. Approaches to definition and classification of anxiety and related disorders in European psychiatry. En: H.Tuma y JD Maser (Eds.) *Anxiety and Anxiety disorders* (pp. 735-773), Hillside: Erlbaum

KAPLAN, Harold Y SADOCK, Virginia, 1997. *Tratado de Psiquiatría (4ta Ed) Tomo 2*, Buenos Aires: Inter-medica.

KARASZ, Alison, 2005. Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science and Medicine*, v. 60, pp. 1625-1635

KLEINMAN, Arthur, 1981. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press

KLEINMAN, Arthur, EISENBERG, Leon, GOOD, Byron, 1978. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and cross-cultural research, *Annals of internal medicine*, v. 88, pp: 251-258

KORMAN, Guido & SAIZAR, Mercedes, 2006. Reflexiones en torno a la inclusión del yoga como terapia complementaria en los tratamientos psicoterapéuticos cognitivos en Buenos Aires

(Argentina) *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 5, n. 13, pp. 96 a 109.

LAKOFF, Andrew, 2006. High contact. Gifts and surveillance in Argentina. En: Petryna, A., Lakoff, A y Kleinman, A (Eds.), *Global Pharmaceuticals. Ethics, markets, practices*. Durham: Duke University Press

LEWIS, A., 1980. Problems presented by the ambiguous word 'anxiety' as used in psychopathology. En: GD. Burrows y B. Davies (Eds.), *Handbook of studies on anxiety* (pp. 1-15). Amsterdam: Elsevier

MCINTOSH, A.; COHEN, A.; TURNBULL, N.; ESMONDE, L.; DENNIS, P.; EATOCK, J.; FEETAM, C.; HAGUE, J.; HUGHES, I.; KELLY, J.; KOSKY, N.; LEAR, G.; OWENS, L.; RATCLIFFE, J.; SALKOVSKIS, P., 2004. *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*. Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care

MENÉNDEZ, Eduardo, 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México (DF): Alianza Editorial Mexicana

SARBIN, Theodore R., 1964. Anxiety: Reification of a metaphor. *Archives of General Psychiatry*, v. 10, pp. 630–638.

SUINN, Richard, 1993. *Entrenamiento en manejo de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer

STRATCHEY, James, 1999 (1962). Nota introductoria a "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»". En: S.Freud: *Obras completas, Primeras*

publicaciones psicoanalíticas, Vol. III, Buenos Aires, Amorrortu.

VAN DAM-BAGGEN, Rien, KRAAIMAAT, Floris y ELAL, Gülis, 2003. Social Anxiety in three western societies, *Journal of Clinical Psychology*, v. 59, n. 6, pp. 673-686

WEISS, Mitchell G., SHARMA, SD; GAUR, RK; SHARMA, JS; DESAI, A. Y DOONGAJI, DR, 1986. Traditional concepts of mental disorder among Indian psychiatric patients: Preliminary report of work in progress. *Social Science and Medicine*, v. 23, pp. 379-386

WOLFE, Barry E., 2005. *Understanding and treating anxiety disorders. An integrative approach to healing the wounded self*, Washington: APA.

Referencias electrónicas:

TEST PSICOMÉTRICO DE ANSIEDAD DE HAMILTON [Editorial] (2006, 28 de abril). *Clarín* [<http://www.clarin.com/suplementos/especiales/2006/04/28/1-01185479.htm>]

COPANI, María, 2006, 28 de abril. Ansiedad, una sensación dura de domar. *Clarín*. [<http://www.clarin.com/suplementos/especiales/2006/04/28/1-00211.htm>]

NIESBE, Mariana, (2005, 22 de junio. Estrés postraumático. Las Pesadillas que dejó Cromañón. *Clarín* [<http://www.clarin.com/diario/2005/06/22/conexiones/t-1000422.htm>]

RÍOS, Sebastián, 2009, 20 de junio. El miedo a la pandemia/Aislamiento, fobias, angustia. "El pánico es más rápido que el virus". *La Nación*

[http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1141410
]

SHAPIRA, Valeria, 2001, 7 de diciembre. Los argentinos y la crisis: Cómo afecta la salud mental. Ansiedad, el principal tema de consulta. *La Nación* [http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=357172]

∴

ABSTRACT: In this paper the author presents the phenomenon of anxiety as a construct that, given its ambiguity, its dissemination and use in different media, may be related to marketing and the medicalization of human emotions. Anyway, this would be one of the possible readings, because, if we consider the existence of different perspectives from medical anthropology, extending the process of health-disease-care, we might think the biomedical knowledge as a choice between many possible configurations or setting up new systems that we refer to the existence of alternative forms of health care.
Keywords: Anxiety, Medicalization, Complementariness.

