

## TRAYECTORIAS TERAPÉUTICAS: ANÁLISIS DE UN ITINERARIO TERAPÉUTICO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON CRISIS NO EPILÉPTICAS DE ORIGEN PSICÓGENO

María Marta Areco Pico; Mercedes Sarudiansky; Alejandra Lanzillotti; Cristina Tenreiro; Silvia Kochen; Luciana D'Alessio y Guido Pablo Korman\*

**Summary:** In this article, the authors describe the therapeutic itinerary of an individual with Psicogenic Non-Epileptic Seizures who attends a public hospital in Buenos Aires City. By means of a qualitative study, the authors aim at identifying the patient's own perception of this disorder and the meanings he ascribes to his condition. Furthermore, they consider the strategies of therapeutic combinations used for coping with his discomfort and the reasons on which he founded his course of action.

Key words: *Experiences and meanings, therapeutic paths, psychogenic Non-Epileptic Seizures, Buenos Aires, Argentine*

### Introducción

Las categorías sobre salud y enfermedad varían según el contexto social y cultural, pudiendo asimismo, traslaparse diferentes perspectivas y cosmovisiones en un mismo contexto. Esta heterogeneidad tiene su base sobre las diversas maneras de vivenciar el mundo, propias de cada sujeto, que son compartidas con el grupo social en el cual se encuentra inmerso (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978; Kleinman, 1988). Consecuentemente, la elección de las terapias que se escojan para aliviar el malestar se verá influenciada por las distintas concepciones de salud y enfermedad y, a su vez, la elección acerca de una práctica terapéutica específica, repercutirá en la producción y reproducción de las prácticas de salud (Karasz y Dempsey, 2008). El modelo biomédico de enfermedad se corresponde con las ofertas de la medicina ofi-

cial en la Argentina. Este modelo concibe a la enfermedad como una lesión morfológica y/o funcional, independiente de la persona que la padece; la salud, por su parte es conceptualizada como la ausencia de la enfermedad, dejando en un segundo plano a los contenidos sociales, culturales y psicológicos. La mutua implicancia entre creencias sobre la enfermedad y búsquedas de salud (Karasz y Dempsey, 2008), nos convoca a indagar respecto de las trayectorias terapéuticas desarrolladas. En este sentido, las ciencias sociales y humanas han destacado que los motivos de elección para la utilización de diferentes medicinas, frente a un mismo malestar, pueden ser diversos y exceden las propuestas basadas sobre el paradigma biomédico (Leslie, 1980; Bodeker, 2001).

En el campo de la salud, coexisten distintas opciones terapéuticas. En la Argentina se han realizado distintas conceptualizaciones

respecto de la salud y la enfermedad. En este trabajo utilizaremos la desarrollada por Idoyaga Molina (2002), quien plantea la existencia de un sistema etnomédico, el cual implica el traslape entre la biomedicina, las medicinas tradicionales, el autotratamiento, las medicinas religiosas, que se ofrecen en las religiones institucionalizadas (las carismáticas, evangélicas, musulmanas, judías, afroamericanas, etc.), y distintas medicinas alternativas que no se corresponden con el paradigma de la biomedicina, que no son tradicionales en el país y que se han esparcido en las sociedades occidentales en, especialmente en las últimas décadas, en más o en menos ligadas a los fenómenos de la *new age* como el Reiki, yoga, acupuntura, etc. (Idoyaga Molina, 1997, 1998 y 2002). La autora hizo notar además que cada tipo de medicina genera sus propias formas de auto-atención o práctica de legos. Los usuarios del sistema de salud, principalmente de zonas urbanas, optan por combinaciones de estas opciones. La biomedicina incluye los sistemas de obra social y los privados pre-pagos, siendo la única legalmente aceptada. La oferta corresponde a la medicina alopática y la psicoterapia. El autotratamiento derivado de la biomedicina incluye el consumo de fármacos de laboratorio sin que exista prescripción médica. El tratamiento de legos tradicional que se corresponde con el paradigma del curanderismo, envuelve infusiones vegetales, el uso de cataplasmas, ventosas, bálsamos, grasas para masajes, baños de asiento, entre muchas otras posibilidades. Los auto-tratamientos religiosos incluyen,

por ejemplo los grupos de oración, las novenas, los rezos y las peregrinaciones, mientras que la práctica de legos alternativa implica el uso en forma individual que hace el usuario de técnicas que aprendió en yoga, control mental o la disciplina que fuere o el consumo de los llamados remedios naturales. El tratamiento de legos es la primera opción terapéutica en cualquier sociedad (Good, 1987, Kleinman, 1980).

Las medicinas religiosas son elegidas por diversos sectores sociales. Consisten en un conjunto de prácticas y productos que, desde el discurso oficial, afirma encargarse del espíritu de la persona, a pesar de que sus prácticas incluyen tratamientos para dolencias orgánicas.

En lo que respecta a las medicinas alternativas, debido a que sus altos costos corren por cuenta del usuario, son elegidas por sectores con un poder adquisitivo alto. Sus partidarios las seleccionan generalmente por recomendaciones de personas cercanas o por la lectura de algún libro o revista.

En los últimos años la elección de terapias alternativas y/o complementarias ha aumentado. Las mismas se consideran como un conjunto amplio de recursos curativos que comprende teorías, prácticas y modalidades de atención diferentes de aquellas oficialmente reconocidas, a pesar que sus límites, tanto internos como respecto de las demás medicinas, son difusos y posiblemente cambiantes (Zollman y Vickers, 1999). Las personas acuden a estas alternativas como un tratamiento complementario al biomédico o como tratamiento exclusivo (Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013).

Los motivos que soportan dichas elecciones son variados y entre ellos se destacan la insatisfacción con el modelo biomédico de atención de la salud- enfermedad (Boon, et. Al., 1999); la aparición de nuevas subjetividades en las que la responsabilidad del sujeto en el cuidado de su salud tiene un rol central (Siahpush, 1998); y el importante rol, que desde las perspectivas de los pacientes, tienen estas terapias para el tratamiento de enfermedades graves y crónicas, como el cáncer (Broom y Tovey, 2008), cardiopatías (Ai y Bolling, 2002) y trastornos mentales, entre los que se destacan los trastornos de ansiedad (Eisenberg et. al., 1998; Sarudiansky, 2013). Los individuos deciden sus rumbos terapéuticos de acuerdo con factores estructurales-como el sistema de representaciones- y factores coyunturales, -como posibilidades económicas, cercanías del lugar, consejo de un amigo o un vecino, etc.- (Fassin, 1992) independientemente del nivel socioeconómico y educacional. Las relaciones que se establecen entre salud y enfermedad son inestables y precarias, dependen de las vivencias de dolor, las relaciones y combinaciones entre las terapias, la propia corporalidad, el lugar en el que se vive y las opciones terapéuticas a disposición.

Las relaciones entre enfermedad y salud son construidas culturalmente. Esta construcción admite distintas lecturas y causalidades en relación con los síntomas y los signos del padecer. Esto posibilita que la interpretación o la lectura de los mismos cambien según la eficacia de la terapia o de acuerdo a lo que el paciente crea o interprete en el momento de la enferme-

dad (Idoyaga Molina, 1999; Korman, 2007). Por este motivo, los usuarios de los sistemas de salud definen sus preferencias, selecciones y combinaciones de medicinas de acuerdo, en buena medida, a sus vivencias de salud y enfermedad, y cuanto más larga es la enfermedad, mayor será la utilización de diversas terapéuticas para combatirla (Idoyaga Molina, 2002).

Ante un malestar, la elección terapéutica en poblaciones urbanas es variada, incluyendo tratamientos biomédicos, medicinas alternativas, tradicionales, religiosas y auto-tratamientos. Las mismas son seleccionadas particularmente o en combinación.

El objetivo de este trabajo es analizar el itinerario terapéutico de un individuo que asiste a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Con el mismo pretendemos indagar los motivos sobre los cuales el usuario fundó sus elecciones terapéuticas. Para ello será necesario analizar las creencias y los factores coyunturales que son la base de dicha decisión. La elección del itinerario de Javier se debe a diferentes circunstancias que contribuyen a la riqueza de su camino terapéutico.

Javier es un joven de 23 años. Habita en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en una vivienda que comparte con su madre y sus dos hermanas. Sus padres son inmigrantes de un país limítrofe a Argentina. Debido a su padecimiento debió abandonar sus estudios terciarios (disciplina relacionada con la Ciencia Médica) y su trabajo. Empezaremos relatando el último diagnóstico que recibió junto con la explicación biomédica de esta vivencia de malestar (crisis no

epilépticas psicógenas) que es el momento en el que fueron recabados los datos para este trabajo.

### **Diagnóstico: Crisis No Epilépticas de Origen Psicógeno**

Las Crisis No Epilépticas de Origen Psicógeno (CNEP) han sido definidas por la biomedicina como cambios paroxísticos en la conducta, en la sensopercepción o en la actividad cognitiva, limitados en el tiempo, que simulan crisis epilépticas generalizadas o parciales, pero que no obedecen a una descarga neuronal anómala, sino que están generadas por distintos mecanismos psicológicos (Abubaklar, Kablinger y Caldito, 2003; Kuyk, Jacobs, Aldenkamp, Meinardi, Spinhoven y Van Dicky, 1997). Las CNEP son una categoría neurológica y no constituyen un diagnóstico psicológico-psiquiátrico per se. Sin embargo, pueden incluirse en las clasificaciones psiquiátricas por sus características semiológicas dentro de la categoría de Trastornos Somatomorfos (American Psychiatric Association, 2000), actualmente denominado Trastornos de Síntomas Somáticos –Somatic Symptom Disorder- (American Psychiatric Association, 2013) y Trastornos Disociativos (American Psychiatric Association, 2000, 2013). El diagnóstico de CNEP actualmente se basa sobre la exclusión de otras enfermedades y se realiza a través del Video-Electro-Encefalograma (VEEG). El mismo consiste en el monitoreo continuo y simultáneo del comportamiento del paciente y de su

actividad eléctrica cerebral (Leser, 1996). Si bien las causas de las CNEP son multifactoriales y resultan de la combinación de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, los pacientes con CNEP reportan altas tasas de trauma general. Las situaciones traumáticas parecen ser una de las causas más importantes en el desarrollo de las CNEP (Reuber, 2008). Asimismo, distintos estudios han destacado la frecuente presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, entre los que se incluyen trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, otros trastornos somatomorfos y trastornos de personalidad (Bowman y Markand, 1996; D'Alessio y cols., 2006).

Aunque la etiopatogenia de las CNEP es aún desconocida, teorías contemporáneas presumen un origen psicológico, por ello los estudios respecto de las atribuciones de la enfermedad se han vuelto más relevantes en el enfoque de este padecimiento (LaFrance y Devinsky, 2002; Schwabe, Howell y Reuber, 2007).

### **Metodología**

Javier ha sido entrevistado sucesivas veces en un hospital público ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por psicólogos pertenecientes al Centro de Epilepsia de la institución. El Centro de Epilepsia de dicho hospital constituye el principal centro de derivación de pacientes epilépticos mayores de 18 años en el área pública. Al mismo concurren pacientes de la Ciudad de Buenos Aires, de la Provincia

de Buenos Aires, y del resto del país. El centro cuenta con el equipo técnico que permite la realización del Video EEG. Este estudio se realiza a todos los pacientes con diagnóstico de Epilepsia Refractaria para determinar el origen de la misma, la posibilidad de utilizar una estrategia quirúrgica y para realizar el diagnóstico diferencial con las Crisis No Epilépticas de Origen Psicógeno. Actualmente, un grupo de profesionales conformado por psiquiatras y psicólogos, se encuentra estudiando la articulación de factores culturales, sociales, económicos, étnicos y religiosos en pacientes con CNEP. Los pacientes que son diagnosticados por el video- EEG con CNEP, son citados por sus respectivos neurólogos, quienes son los encargados de comunicar el resultado del estudio. Luego se programa una cita con el equipo de psiquiatras y psicólogos. La entrevista psicológica apunta principalmente a la explicación del diagnóstico, enfatizando que el mismo es bueno en comparación con un diagnóstico de Epilepsia. Se aclara cualquier duda que el paciente pueda tener y, considerando el origen psicógeno de las crisis, se le recomienda el inicio de una psicoterapia. A su vez, se explica al paciente cuáles son los factores precipitantes, mantenedores y síntomas característicos de su padecimiento. Posteriormente, se intenta realizar un seguimiento mensual con cada paciente. Este procedimiento fue realizado con Javier, dado que ha sido diagnosticado con CNEP. El primer acercamiento de Javier con nuestro equipo de profesionales consistió en la implementación de una psicoeducación con el objeti-

vo de brindarle información acerca de su padecimiento y de los tratamientos disponibles para el mismo. En la siguiente entrevista se administró la entrevista semi-estructurada McGill Illness Narrative Interview Schedule (Grouleau, Kirmayer y Young, 2006). Esta entrevista explora las narrativas acerca de la enfermedad, centrándose en las experiencias y las conductas asociadas, junto con sus búsquedas de salud. Permite describir tres formas de razonar respecto de la enfermedad: metonímico, causal y analógico o prototípico. De esta manera, se indagan aspectos tales como: el contexto de inicio de la enfermedad desde la perspectiva del entrevistado; formas idiosincráticas de nombrar o denominar al padecimiento; tipos de estrategias llevadas a cabo; el valor de los contextos, familiar y social, para lidiar con la enfermedad; referencias a experiencias similares; explicaciones causales respecto de la enfermedad; factores relacionados; significados subyacentes de la enfermedad, etcétera. Por último la parte final de la entrevista explora las búsquedas de tratamientos y el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana. Las siguientes entrevistas se efectuaron para realizar un seguimiento de Javier, y por pedido de su madre, se le realizó una entrevista a ella.

Los datos recabados durante las entrevistas fueron registrados digitalmente y éstas últimas transcritas literalmente, para su análisis posterior. Los materiales sobre los que nos basamos fueron recabados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre el 2014 y 2015.

## El camino terapéutico de Javier

### 1. Características del malestar

Javier ha sido diagnosticado con Crisis No Epilépticas de Origen Psicógeno a sus dieciocho años, mediante el estudio de Video-Electroencefalograma. Sus crisis aparecen habitualmente dos veces en el mes, y hasta cuatro veces de forma continua en el día. Sus síntomas previos a la crisis parecen no sufrir variación a lo largo del tiempo. El entrevistado describe sentir falta de aire, la vista nublada, dolor en el pecho, aceleración del ritmo cardíaco, taquicardia, zumbido en los oídos y un grito al inicio, el cual nunca recuerda. Cabe destacar que el paciente refiere que todos estos síntomas son acompañados de miedo y desesperación. En el momento de la crisis, pierde la conciencia y una vez concluido el episodio manifiesta sentir un cansancio que lo deja sin fuerzas todo el día.

### 2. Síntomas y primeras atribuciones diagnósticas

Javier sufrió su primera crisis a los 16 años, después de haber jugado al fútbol con unos amigos. Se encontraba en su cocina hablando con su madre. Ella le pidió que fuese a comprar queso, él fue al baño a lavarse la cara, se miró al espejo, y se descompuso. Ante esta situación, su familia se comunicó con un centro de emergencias y Javier fue trasladado al hospital, en donde quedó internado por poco tiempo. Es allí donde le brindan su primer diagnóstico: Crisis

Epilépticas. Es importante destacar que la primera atribución por parte de la familia de Javier acerca de sus síntomas es que necesita asistencia biomédica. Javier fue medicado con antiepilépticos, pero los mismos no provocaron una disminución en las crisis. Consecuentemente, la medicación anticonvulsiva fue eliminada. Javier continuaba sin un diagnóstico cierto acerca de su padecimiento. Las crisis seguían apareciendo y el conocimiento biomédico, ciencia que había sido su primera elección, seguía sin brindarle ningún tratamiento específico. A esto podría sumarse el malestar ocasionado por la incertidumbre al desconocer qué era lo que le estaba pasando. Posteriormente, su neurólogo decide realizarle un video-electro-encefalograma. Durante la primera semana de internación no sufrió ninguna crisis, aunque sí cuando salió del hospital. Finalmente, se le otorga su segundo diagnóstico: Crisis No Epilépticas de Origen Psicógeno. Esta situación provoca que su madre sospeche que Javier está utilizando drogas y que su continuo malestar se debe al consumo de las mismas. A pesar de ser una situación muy angustiante para el adolescente, especialmente porque su madre perseveraba con el mismo este pensamiento durante 5 años, Javier entiende su confusión y la justifica.

“Psicólogo: ¿Cuándo te comunicaron que eran crisis no epilépticas de origen psicógeno? ¿A los dieciocho?

Javier: *A los dieciocho.*

Psicólogo: ¿Qué estudio te hicieron?

Javier: *Electroencefalograma*

Psicólogo: ¿Un electro, o te dejaron unos días en el hospital?

Javier: *Sí me dejaron una semana. Lo peor es que salí y al otro día me dio.*

Psicólogo: No pasó nada ese día y eso fue a los dieciocho. Te quedaste una semanita y al otro día que te fuiste tuviste las convulsiones.

Javier: *Sí, eso también la llevó a ella a pensar que son drogas.*

Psicólogo: Claro, no se drogó, no pasa nada.

Javier: *Claro, eso.*

Psicólogo: Eso es lo que piensa tu mamá.”

### 3. Intentando comprender el diagnóstico

Javier cuenta que buscó la definición de su diagnóstico en Internet, acción de la cuál se intuye que la explicación e información brindada por el profesional encargado de comunicarle su diagnóstico fue insuficiente. A partir de esto, él refiere comprender el origen de las crisis y conocer el tratamiento más adecuado para las mismas luego de su búsqueda: un tratamiento psicológico; y acepta la sugerencia brindada por nosotros en nuestra primera entrevista acerca de comenzar psicoterapia. Pese a que Javier aún tenga una atribución biomédica respecto de su malestar, la falta de respuestas de los profesionales que lo atienden, junto con su búsqueda de información en Internet, lo llevan a que acepte probar con otro tipo de tratamiento. Es importante tener en cuenta que Javier ha estudiado Enfermería, lo cual es coherente con el

hecho de que sus primeras atribuciones acerca de lo que le estaba pasando fueran consecuentes con el modelo biomédico de enfermedad, interpretando sus síntomas y signos a partir de un modelo biológico del cuerpo.

“Javier: *Cuando tenía dolores en el pecho y convulsión, pensaba que era algo que no era normal.*

Psicólogo: ¿Pensabas que tenías un ataque al corazón?

Javier: *No, yo me sentía con presión.*

Psicólogo: Presión alta... y ¿Por qué pensabas que lo que pasó ahora era presión alta?

Javier: *Por el zumbido de oídos, confusión, dolor en el pecho.*

Psicólogo: ¿Habías leído algo de esto? ¿Porqué pensaste que era un problema cardíaco?

Javier: *Porque estudié enfermería.*

Psicólogo: Ah, estudiaste enfermería. Entonces tenés como un conocimiento técnico.

Javier: *Sí.”*

Asimismo, es interesante analizar la percepción del paciente a partir del locus de control percibido, distinguiendo entre un locus externo y un locus interno. Se ha demostrado que en los pacientes diagnosticados con CNEP predomina la creencia de un locus de control externo (Stone, Binzer y Sharpe, 2004), presumiendo que la enfermedad tiene una atribución externa, provocada por desórdenes biológicos. Esto implica que la misma no puede ser modificada por los pensamientos o conductas del paciente (Reuber, 2008), dificultando la acepta-

ción de las explicaciones psiquiátricas y psicológicas como causantes del padecimiento.

Es evidente que comienza su camino terapéutico teniendo una conceptualización biomédica acerca de su enfermedad. En su pensamiento prima la idea de un diagnóstico de epilepsia, producto de su contexto familiar y de sus experiencias con el sistema médico.

#### 4. Contexto familiar como posible área de conflicto

Es importante describir el contexto familiar en el cual Javier se encuentra inmerso. Ya expusimos que las creencias del sujeto acerca de los conceptos salud – enfermedad, y las terapéuticas escogidas para sobrellevar el malestar se encuentran en íntima relación y hasta son consecuencia del mismo. Javier describe su entorno familiar como de tensión permanente, sumamente estresante. Describe a su madre como una persona excesivamente preocupada por él. Su manera de referirse a ella hace imaginarla como una madre que asfixia a su hijo con sus reclamos y quejas. Javier nos informa que su madre tenía un hermano que se drogaba con nafta. Él cree que es por esta historia familiar que su madre considera con mucha convicción que Javier no padece de Crisis No Epilépticas Psicógenas, sino que su malestar es causado por las drogas. Este pensamiento permanece inalterado a pesar de la negativa de su hijo y de los médicos. Por esta razón, controla con quien sale, a dónde va, su hora de llega-

da, etc. Esto altera mucho al adolescente quien se queja de que lo controlan más que a su hermana, menor que él. Javier nos cuenta que le da vergüenza llevar a sus amigos a la casa por miedo a lo que su madre pueda llegar a decirles.

*“Javier: Mi mamá estaba convencida que son drogas. Los doctores dicen que no. Me llevó al SEDRONAR, y todo. El tema es que me van a hacer estudios así queda convencida*

*Psicólogo: O sea que ella pensó y sigue pensándolo que a los dieciséis años ....*

*Javier: Sí, que son drogas.*

*Psicólogo: O sea sigue pensándolo, ¿Cuándo se lo decís ella qué contesta?*

*Javier: Le digo, yo no me drogo. En el SEDRONAR le dicen que no. Lo que trato de explicarle es que estoy todo el tiempo acompañado. Que tuve una convulsión cuando estábamos yendo. Ella piensa que son drogas. ¿Cómo puede ser posible, si estoy todo el día al lado de ella, que sean drogas? No, dice, yo sé que los drogadictos esconden algunas drogas. Yo salgo, voy a dar una vuelta en bicicleta y dice ya te vas a drogar, no sé qué, yo voy a jugar al fútbol y me dice te vas a consumir porquerías. Le quiero presentar a mis amigos. Les dice “ustedes lo drogan y a mí me molesta mucho”. Primero dice que no, todo el tiempo llora, después dice “yo sé que vos te drogás”.*

*Psicólogo: ¿y los médicos qué le dicen?*

*Javier: Que no era drogas, pero ella sigue. No sé. Mi mamá tenía un hermano que cuando era chico se drogaba, se daba con nafta. Me llevaron a una psicóloga y todo y le dijo “no, este*



*chico no se droga". Mi mamá está convencida. Y bueno la doctora le dijo: "mire señora, así todos los chicos que están en la calle y se drogan tendrían convulsiones". Ella sigue convencida. Entonces le conté a la doctora, y me mandó a hacer un estudio así, de drogas, para que no joda más."*

En cuanto a la relación con su padre, comenta que nunca ha sido buena. Lo describe como una persona nerviosa y expone una situación traumatizante para él: una mañana se había quedado dormido y no concurrió a clases. Su padre lo golpeó con un cinturón de manera muy violenta. Producto de este episodio su madre denuncia al padre y éste es obligado a abandonar la vivienda familiar. Actualmente vive en una casa separado de su familia. Explica no tener una buena relación con la mayor de sus hermanas, por sus continuas burlas hacia Javier. Ella lo describe como un discapacitado.

*"Javier: Yo con mi viejo no me llevo bien.*

Psicólogo: *¿No te llevaste nunca muy bien con él... con tu mamá?*

Javier: *No lo veo mucho. Está trabajando. Es muy violento.*

Psicólogo: *¿Te pegaba con cinturón?*

Javier: *Con lo que venga. Un día me quedé dormido para ir al colegio y me pegó y no podía caminar. Él se fue de casa por eso. Mi mamá lo denunció y si no se iba en 48 horas, lo iba a llevar la policía. Con mi hermana mayor me llevo mal. Ella me carga cuando tengo las convulsiones.*

Psicólogo: *¿Te cargan, qué te dicen?*

Javier: *Me dice discapacitado. Yo directamente no le hablo. Si hablo me peleo. Con la menor me llevo bien, hablamos, reímos, vamos al parque, me llevo muy bien.*

Psicólogo: *¿Pero con tus padres en general mal?*

Javier: *Sí con mi mamá, con este tema que piensa mi mamá de drogas. Mi papá porque era así, le tenía bronca desde chico, casi no lo veo, tampoco ahora. Lo van a operar mañana y lo ayudo porque es mi viejo, si no, no. Cachetadas, cinturón. A mi viejo no lo veo mucho. A veces lo voy a visitar y siempre está de mal humor o siempre criticaba, no sé... con mi mamá tampoco me llevo bien, nunca me voy a llevar, así que...*

Psicólogo: *O sea que consideraste que la relación con tu padre puede ser traumática.*

Javier: *Sí"*

Javier expone una situación familiar que, a pesar de haber sido pequeño, recuerda de manera muy vívida. Su tío abusó de su hermana más grande. Él lo vio, le contó lo sucedido a su madre, y ella defendió al abusador. Sin embargo, su tío abandonó la casa al poco tiempo. En la entrevista realizada con la madre de Javier, la mujer explica que Javier tiene vergüenza de que sus padres sean de nacionalidad boliviana. Nos cuenta que es información que oculta. En las entrevistas realizadas con Javier nunca nos habló acerca de sus orígenes.

## **5. Autotratamiento y medicina tradicional**

Cuando indagamos a Javier sobre algún tratamiento al que hubiera acudido que no fuera el biomédico, su respuesta inmediata fue que realizó un viaje al Norte Argentino. Comenta que esta travesía la realizó con esperanzas de que su padecimiento desapareciera. A pesar de reconocer la alternativa del viaje como un intento de sanación, argumenta preferir la ciencia médica, y es en la misma entrevista que pareciera reflexionar acerca de su viaje como un posible tratamiento. En la reconstrucción de su recorrido terapéutico, Javier agrega reflexiones acerca de sus elecciones, que sólo son posibles realizar a posteriori, y concluye que su viaje pudo haber tenido el objetivo de alejarse del círculo estresante que constituía su familia. Podríamos sugerir que Javier tiene una visión en la que su enfermedad se ve afectada por el ambiente familiar estresante. De pensar que su dolencia era producto de un cuerpo orgánico enfermo, pasó a ser consecuencia de un ambiente familiar mal sano. Sin embargo, en la entrevista realizada con su madre, ella nos explica que Javier viajó a Bolivia, no al norte de Argentina como él nos había contado. En Bolivia, su madre refiere que el entrevistado recibió un tratamiento tradicional. El curanderismo sintetiza nociones y prácticas de antiguos saberes biomédicos con saberes y prácticas de tradición popular y de elite, y una terapia ritual en su mayoría de raigambre católica (Idoyaga Molina, 2002). Javier ocultó esta información. Desconocemos si esta omisión se debió a que la entrevista fue realizada en un hospital, emblema de la ciencia biomédica, los

pacientes tienden a creer que opciones de medicina tradicional, religiosa y alternativa van a ser desestimadas por los profesionales representantes del modelo biomédico.

“Psicólogo: Algún tratamiento que no sea directamente el médico. Lo que se te ocurra?

Javier: *Bueno, fui al norte para ver si se me pasaba. Estuve medio año, siete meses.*

Psicólogo: ¿A dónde fuiste?

Javier: *A Salta. Me pasó igual.*

Psicólogo: ¿Probaste alguna otra cosa? Te sentís mal y un amigo dice, “che porqué no probas con algo”. Un amigo me dice tengo un problema de acidez y te dice, porqué no probás con un tecito. Sé que no me va a pasar nada... me tomo el tecito.

Javier: *No prefiero el doctor.*

Psicólogo: Dijiste que te habías ido al norte porque había habido lío en tu casa, ¿Fue también una atribución que lo que te pasaba era por lo que sucedía en tu casa?

Javier: *No. Sí capaz eso. Para despejarme. Porque capaz bajaba un poquito.*

Psicólogo: ¿Pensaste que tal vez con menos conflicto familiar te podía bajar, un intento de explicar a veces que lo que te pasaba era quizás por los nervios que pasaban?

Javier: *Claro.”*

## 6. Psicoterapia

La primera reacción de Javier al ser diagnosticado con Crisis No Epilépticas de Origen Psicológico

geno fue buscar en Internet información respecto de su malestar. Esto nos invita a pensar que la información brindada por los profesionales de la salud encargados de comunicar el diagnóstico, no fue suficiente para que Javier comprendiera que es lo que estaba pasando. Encontró que el tratamiento que se considera eficaz era la psicoterapia. En la primera entrevista comenta estar de acuerdo con esto y sin ninguna objeción comienza psicoterapia en el servicio de salud mental del hospital, tratamiento que aún mantiene. Comenta que su terapia le es útil para sobrellevar la mala relación que tiene con su familia, especialmente con su madre. Su terapeuta parece brindarle consejos que el paciente tiene en cuenta, y que le resultan útiles. Entre ellos, le recomendó que no le brindara tantas explicaciones acerca de lo que hace a su madre, y que saliera más de su casa, pues pareciera que Javier no hacía lo que tenía ganas de hacer por miedo de tener una crisis, y que su madre pensara que era producida por el consumo de drogas. Javier parece depositar mucha de su confianza en el psicólogo que le realizó la entrevista. Comenta los consejos dados en entrevistas anteriores y dice haber tratado de seguir las indicaciones brindadas por el terapeuta. Es probable que Javier cambie su manera de pensar su enfermedad al obtener resultados positivos producto de las distintas prácticas psicoterapéuticas llevadas a cabo por él. El éxito de una terapéutica puede provocar una resignificación de la conceptualización que tenemos acerca de nuestro padecimiento y de que lo que podemos hacer para sentirnos mejor.

Sin embargo, a pesar de reconocer que está más tranquilo debido a la psicoterapia y de observar una disminución en sus crisis, esto no coincide con un cambio de atribución respecto de las causas del malestar. En la última entrevista realizada, Javier explica que, en lo que respecta a sus crisis, no ha sentido que ningún profesional lo haya podido ayudar. Él adjudica la disminución reciente de sus crisis a una “pastilla”, de la cual no recuerda el nombre. La misma le fue recetada en una visita a una guardia de un hospital público, el Hospital Durand, por un médico de guardia. Comenta que acudió al médico porque se sentía muy ansioso, y que solo toma su pastilla cuando él lo decide, ya que varias veces se ha olvidado de ingerirla.

### **Conclusiones**

Del análisis del camino terapéutico escogido por Javier se desprende un estilo de pensar en el que prevalece una interpretación biológica la mayor parte del tiempo. En el mismo se evidencia que, ante síntomas somáticos, prevalece la atribución biomédica sobre la enfermedad, aunque con cierta flexibilidad ante la falta de respuesta de los profesionales que lo atienden. Esto se refleja en la búsqueda que realiza Javier para encontrar nuevas explicaciones para su padecimiento. Asimismo cabe destacar las atribuciones por parte de sus familiares, quienes en el comienzo de la enfermedad de Javier, cuando el mismo experimentó su primera crisis, acudieron al saber biomédico para encontrar la causa.

Al igual que nuestro entrevistado, incurrieron en otras opciones para su explicación. Dentro de las mismas se destaca el pensamiento de su madre, quien acusa a su hijo de estar consumiendo drogas, y cómo este pensamiento permanece inalterado, a pesar de las continuas negativas que recibe de distintos profesionales de la salud, ya sea médicos y psicólogos. Javier realiza distintas combinaciones terapéuticas. Las elecciones de distintos tratamientos conforman un camino terapéutico singular, en el cual el objetivo final es la salud. A lo largo del mismo se evidencian distintas lecturas acerca de la enfermedad. Javier realiza su primer intento de explicación acerca del malestar relacionando el mismo con una dolencia física, le continúan distintas atribuciones, como factores psicológicos, que se plasman en la explicación de su malestar producto de un ambiente familiar estresante, o en el inicio de un tratamiento psicológico con un profesional del área de salud mental, y prácticas correspondientes a medicinas tradicionales en su viaje al exterior. Es importante mencionar que este viaje a Bolivia, en busca de una cura tradicional, es relatado por su madre y ocultado por Javier, quien comenta haber realizado un viaje al Norte de la Argentina para aislarse de su contexto familiar estresante. Esto nos permite sospechar acerca de una situación de tensión respecto a sus orígenes al menos en el relato hacia los profesionales de la salud mental. Es además una clara muestra de lo que los pacientes no dicen en el hospital, que como ha señalado en Kleinman (1980) un país como los Estados Unidos, solo el 8% de los pacien-

tes admiten ante biomédicos haber realizado consultas con profesionales de otras medicinas

Las lecturas acerca de la enfermedad varían y, probablemente, el factor desencadenante de esta reestructuración sea el éxito de una terapéutica sobre los síntomas. Javier pensaba que su malestar era exclusivamente físico, otorgando el poder de sanación únicamente a la ciencia biomédica. Luego de iniciar su terapia en el departamento de salud mental, y de dos entrevistas con un profesional de esta área, en donde se le aplicó una psicoeducación y se lo sometió a técnicas cognitivas - conductuales, Javier concluyó que estas estrategias terapéuticas podrían servirle a su bienestar. Sin embargo, su postura orgánica acerca del origen de su enfermedad sigue primando por sobre las demás opciones. Factores estructurales y coyunturales están presentes en la selección de las distintas terapias. Los primeros se ven reflejados en su primera elección de tratamiento: el conocimiento biomédico, ciencia que comparte nociones básicas (cuerpo, enfermedad, curación, etc.) con Javier. Consejos de sus familiares, allegados y profesionales de salud mental conforman los factores coyunturales. Su viaje, el cual desconocemos con certeza su destino, probablemente se haya efectuado por consejos de familiares o amigos. Asimismo, Javier tuvo muy en cuenta la recomendación del psicólogo del servicio de salud mental para comenzar un tratamiento psicológico. Mediante el presente trabajo se espera obtener datos que permitan caracterizar a los pacientes con Crisis No Epilépticas de Origen Psicógeno en el contexto local, brindando información in-

dispensable en un área en la que todavía existe una marcada vacancia de conocimiento, que favorecerá una mejor comunicación entre efectores y usuarios del sistema de salud. Las CNEP continúan siendo descritas como una categoría neurológica, sin que se adviertan las consecuencias que este enfoque restrictivo trae aparejado cuando se quiere llevar a cabo un tratamiento efectivo. Se reafirma la necesidad de contar con profesionales capacitados para entender las tramas de los pacientes y poder analizar sus creencias respecto de la salud y la enfermedad, a efectos de minimizar incomodidades anímicas para el paciente y entorno familiar, como así también ante los sobre costos originados por la indefinición de un acertado diagnóstico e intervenciones que no arriban a resultados positivos. A lo largo de este trabajo hemos recorrido las distintas elecciones terapéuticas de un paciente en particular, -sabiendo que no tuvimos acceso a su acercamiento a la medicina tradicional- y hemos demostrado, al menos parcialmente, la intrínseca relación entre las creencias acerca de salud y enfermedad, los factores coyunturales y las prácticas terapéuticas seleccionadas.

### Bibliografía

Abubakr, A., A. Kablinger, y G. Caldito  
 2003 Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy & Behavior*, 4.

Ai, A. L. y S.F. Bolling

2002 The use of complementary and alternative therapies among middle-aged and older cardiac patients. *American Journal of Medical Quality*, 17 (1).

American Psychiatric Association

2000 *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed., textorevisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson

2013 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). *American Psychiatric Pub.*

Bodeker, G.

2001 Lessons on integration from the developing world's experience. *BMJ: British Medical Journal*, 322.

Boon, H.; J. Brown; A. Gavin; M. Kennard y M. Stewart

1999 Breast cancer survivors' perceptions of complementary/alternative medicine (CAM): Making the decision to use or not to use. *Qualitative Health Research*, 9.

Bowman, E. S., y O.N. Markand

1996 Psychodynamics and Psychiatric Diagnoses. *Am J Psychiatry*, 153.

Broom, A. y P. Tovey

2008 *Therapeutic pluralism: Exploring the experiences of cancer patients and professionals*. London, England: Routledge.

- D'Alessio, L.; B. Giagante; S. Oddo; W. Silva ; P. Solís; D. Consalvo y S. Kochen  
2006 Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbidepilepsy. *Seizure*, 15 (5).
- Eisenberg, D.; R. Davis; S. Ettner; S. Appel; S. Wilkey; M. Van Rompay y R. Kessler .  
1998 Trends in alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *JAMA*, 280 (18).
- Fassin, D.  
1992 *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris: Puf.
- Good, C. M.  
1987 *Ethnomedical systems in Africa*. New York: The Guilford Press.
- Groleau, D.; A. Young y L.J. Kirmayer  
2006 The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43 (4).
- Idoyaga Molina, A.  
1997 Ethnomedicine and world view: A comparative analysis of the incorporation and rejection of contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology & Medicine*, 4 (2).  
1998 Núcleos de conflicto entre la medicina científica y las medicinas tradicionales en la Argentina. *The Journal of Intercultural Studies*, 25.  
2002 *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. IUNA, Buenos Aires, Argentina.
- Karasz, A. y K. Dempsey  
2008 Health Seeking for Ambiguous Symptoms in Two Cultural Groups: A Comparative Study, *Transcultural Psychiatry*, 45 (3).
- Kleinman, A.; L. Eisenberg y B. Good  
1978 Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88.
- Kleinman, A..  
1988 *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Korman, G.  
2007 Complementariedad Terapéutica: Entre Psicoterapias y Terapias Alternativas en Buenos Aires. En: *Los Caminos Terapéuticos y Los Rostros de la Diversidad*, Tomo II. Idoyaga Molina, A. (Editora). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial CAEA- IUNA.
- Kuyk, J.; L.D. Jacobs; A.P. Aldenkamp; H. Meinardi; P. Spinhoven y R. Van Dycki, R.

- 1997 Pseudo-epileptic seizures: hypnosis as a diagnostic tool". *Seizure*, 4.
- LaFrance, J. W. y O. Devinsky  
2002 Treatment of nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*, 5(1).
- Leslie, C.  
1980 Medical pluralism in world perspective [1]. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14B.
- Lesser R.P.  
1996 Psychogenic seizures. *Neurology*,4.
- Reuber, M.  
2008 Are psychogenic non-epileptic seizures an expression of neurologic pathology?. En: *Psychiatric controversies in epilepsy*. A. Kanner, & S. Schachter (comps.) San Diego/London: Elsevier/Academic Press.
- Saizar, M.M.; M. Sarudiansky y G.P. Korman  
2013 Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. la experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedade*, 25.
- Sarudiansky, M.  
2013 Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21.
- Schwabe, M.; S.J. Howell y M. Reuber  
2007 Differential diagnosis of seizure disorders: a conversation analytic approach. *Social Science & Medicine*, 65(4), 712-724.
- Siahpush, M.  
1998 Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies". *Journal of Sociology*, 34 (1).
- Stone, J.; M. Binzer y M. Sharpe  
2004 "Illness beliefs and locus of control: a comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy". *Journal of psychosomatic research*, 57.
- Zollman, C. y A. Vickers  
1999 "ABC of complementary medicine: What is complementary medicine?". *BMJ: British Medical Journal*, 319..

### Resumen

Este trabajo se propone analizar el itinerario terapéutico de un individuo con diagnóstico de Crisis No Epilépticas psicógenas, que asiste a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. A través del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas, se pretende identificar las vivencias y significados respecto de su padecimiento. Asimismo, se indaga acerca

de las estrategias y combinaciones terapéuticas utilizadas para el afrontamiento de su malestar y se analizan los motivos sobre los cuales el mismo fundó dichas elecciones.

**Palabras claves:** Experiencias y sentidos, caminos terapéuticos, episodios psicogénicos no epilépticos.