



Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Director. Dr. David Maldavsky

Tesis Doctoral

**“LA COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN.
UNA MIRADA DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA PSICOTERAPIA
COGNITIVA”**

Postulante: Dr. Guido P. Korman

Director: Dr. Eduardo G. Keegan

2008

Índice

Índice	2
Prólogo o una pequeña genealogía de la tesis.....	6
Introducción	17
Capítulo 1. Marco teórico o referencial	21
Antropología Médica	23
Definición de antropología médica.....	23
Problemas en el campo de la antropología médica.....	23
La Antropología Médica en la Argentina.....	25
Sistema etnomédico	28
El concepto de sistema etnomédico	28
▪ El autotratamiento, autoatención, autosanación o medicinas caseras/populares	30
▪ La biomedicina.....	32
▪ Las medicinas tradicionales o Folk.....	33
▪ Medicina religiosa	36
▪ Terapias alternativas.....	37
Complementariedad terapéutica	38
Terapia Cognitivo-Conductual	39
Breve Historia de la Terapia Cognitivo-Conductual	39
La terapia cognitiva en la Argentina.....	41
Eclecticismo técnico de la TC	42
Esquemas y creencias.....	44
Integración de psicoterapia cognitiva y antropología médica	48
Capítulo 2. Estado del arte.....	52
Complementariedad terapéutica.....	52
Estudios sobre la utilización de diversas medicinas y sistema etnomédico de clasificación.....	53
Estudios sobre complementariedad terapéutica en Argentina	56
Aportes de la investigación sobre los sistemas de creencias y los trastornos mentales	58
Estudios sobre las preferencias de los usuarios acerca de las distintas intervenciones en torno a la depresión	60
Síntesis	63
Conocimiento actual acerca de la depresión	65
Introducción	65
Breve historia de la depresión	66

Definiciones actuales de la depresión	68
Definición de depresión desde el consenso	68
Conceptualizaciones psicoanalíticas de la depresión.....	70
▪ Conceptualizaciones freudianas en torno a los fenómenos depresivos	71
▪ Desarrollos post-freudianos dentro del contexto local.....	74
▪ Comentarios al marco psicoanalítico.....	76
Estudios de prevalencia.....	79
Estudios sobre el curso de la depresión	79
Riesgo suicida.....	80
Impacto socio-económico de la depresión.....	80
Etiología: modelo multicausal	81
Controversia actual respecto de las cuestiones diagnósticas.....	84
▪ Breve referencia a los sistemas diagnósticos operativos.....	84
▪ Trastorno mental desde el DSM-IV	86
▪ Diagnóstico de la Depresión en el DSM-IV y los contextos culturales distintos del que fue desarrollado.....	88
▪ Síntomas que dan cuenta de la depresión en el DSM-IV.....	90
▪ Lo religioso y lo espiritual desde el DSM-IV	91
Estudios acerca de la depresión en contextos interculturales	95
Estudios realizados desde la perspectiva biomédica	97
1. Dificultad en el reconocimiento de la depresión	97
2. Ocurrencia de síntomas depresivos específicos.....	98
3. Los síndromes dependientes de la cultura como explicación alternativa ..	99
4. Estrés ambientales	99
5. La duración de la depresión.....	100
6. Contradicciones en la vulnerabilidad a la depresión.....	100
7. Factores protectores de la depresión	101
8. Comorbilidad de la depresión	101
Síntesis sobre el problema de la depresión en contextos interculturales	102
Estudios sobre la depresión en Argentina	102
Religiosidad y tratamiento de los trastornos mentales	104
Tratamientos estudiados para la depresión.....	107
Tratamientos farmacológicos actuales	108
Fase aguda.....	108
Fase de mantenimiento	109
Tratamientos psicológicos actuales	112
Tratamientos durante la fase aguda	113
Enfoques cognitivo-conductuales	113
▪ Tratamientos conductuales.....	113
▪ La terapia cognitiva de Beck.....	114
▪ Tratamientos cognitivos protocolizado religioso.....	117
▪ Tratamientos cognitivos de tercera generación para la depresión.....	118
Enfoques psicodinámicos con apoyo empírico.....	120
▪ Terapia interpersonal.....	121
Evidencia de los tratamientos	124
Fase de continuación.....	126
▪ Terapia Interpersonal y recurrencia.....	126
▪ Terapia Cognitivo-Conductual	127
Problemas en la conceptualización de la depresión.....	129

La normativa en el mundo científico académica en torno a la depresión	130
Las guías clínicas y la discusión en torno a la farmacoterapia	130
La normativa en el contexto local	131
Capítulo 3. Metodología	133
El análisis de la depresión desde la perspectiva de los usuarios del sistema de salud	133
Consideraciones metodológicas	134
Proyecto metodológico general	134
Aspectos éticos relacionados con la metodología	135
Enfoque metodológico primera etapa	137
Enfoque metodológico segunda etapa	140
El cuestionario	140
Variables sociodemográficas	143
Capítulo 4. Resultados	145
Caminos Terapéuticos	145
Introducción	145
Por qué una terapia y no otra. Diversas vivencias de la enfermedad.....	146
Entrevista	148
Análisis.....	161
Biomédico de Prepaga y primeras atribuciones diagnósticas	163
Homeopatía	164
“Lo que venga”	165
▪ Autotratamiento.....	165
▪ Autotratamiento a. La escritura.....	165
▪ Autotratamiento b. Castaneda.....	166
▪ Autotratamiento c. El vaso de Agua	167
▪ Autotratamiento d. Susto	167
▪ Curanderismo	168
Biomédico con una visión holista	169
Terapias alternativas.....	170
Masajista	171
Psicoterapia y Shiatsu	172
Psicoterapia	173
Conclusiones	174
Depresión desde la perspectiva de los usuarios	177
Análisis cualitativo de los caminos terapéuticos	177
Comentarios	196
Análisis comparativo de las encuestas y los caminos terapéuticos.....	200
Características de la muestra	200
Complementariedad terapéutica.....	201
Medicación y Psicoterapias	202
Religiosidad	203
Tratamientos alternativos.....	205
El caso del Yoga	207
Autotratamiento.....	208
Actividad física	210

Tratamientos Tradicionales – Curanderismo	210
Comentarios de los resultados	211
Discusión.....	212
Relación entre nuestros resultados y los estudios previos sobre el rol de las creencias en la elección de tratamientos.....	212
Resultados obtenidos y su relación con los modelos cognitivo-conductuales que integran diferentes estrategias terapéuticas	213
Aspectos religiosos en la complementariedad terapéutica: aportes de este estudio al debate religión - psicoterapia.....	217
La utilidad del estudio para los psicólogos clínicos	218
Conclusiones	220
Bibliografía.....	223
Anexo I.....	259
Anexo II.....	260

Prólogo o una pequeña genealogía de la tesis

El prólogo es el comienzo en que el autor se permite ciertas licencias que en el desarrollo del trabajo no se permitiría. Por ello podría decirse que la verdadera historia de la tesis se encuentra en el prólogo. Es aquí donde uno se puede tomar ciertas libertades que no aparecerán en el desarrollo.

Pensar cómo una enfermedad se vuelve parte de una sociedad requiere diversas lecturas. En primer término, no hay una historia de esa enfermedad; en segundo término, existen distintas apropiaciones de esa enfermedad llevadas a cabo por distintos actores sociales (profesionales de diferentes campos y consumidores de servicios de salud de los distintos campos). Generalmente las diversas agrupaciones de actores sociales resaltan diferentes aspectos del fenómeno. Es por ello que podemos decir que en la lectura de una misma enfermedad confluyen distintas perspectivas. Cada una de ellas implica una lectura crítica del fenómeno, y lleva a una nueva crítica y así es como estas disputas teóricas no hacen más que enriquecer el pensamiento acerca del fenómeno.

El recorrido por la psicoterapia cognitiva y la antropología médica han dado lugar a esta tesis.

Durante mi carrera de grado (1992-1996), leía principalmente filosofía, a tono con un interés que era también un rasgo generacional. Nietzsche, Deleuze, Guattari y Foucault, entre otros, fueron las principales lecturas que acompañaron mi recorrido por las aulas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Este período de lectura coincide con mi ingreso a la materia Problemas Antropológicos en Psicología, dirigida por Blas Alberti¹.

Hacia fines de la década del 90 comencé mi trabajo como psicoterapeuta. Al poco tiempo ingresé a una institución que dependía de una entidad religiosa, y así inicié mi práctica profesional. En aquél período me decía “esquizoanalista”, basándome en los trabajos de Deleuze y Guattari. Al poco tiempo de trabajar me vi necesitado de un marco teórico y una forma de trabajo, debido a que las herramientas teóricas con las que me venía manejando no me eran suficientes. Me encontré en situaciones para las que no tenía recursos ni herramientas para la actividad que se me requería.

¹ Blas Alberti fue el primer graduado antropólogo, de la Universidad de Buenos Aires, de la Facultad de Filosofía y Letras de UBA. Fue profesor titular de la materia de Problemas Antropológicos en Psicología.

En ese momento reconocí la distancia entre la teoría y la práctica. Todo aquello que en la teoría me parecía magnífico y de gran utilidad, en la práctica se transformó en algo así como meras palabras carentes de contenido.

Es un compañero y amigo de la carrera, Cristian Garay, quien descubre la existencia de unos cursos de terapia cognitiva. En ese curso conozco al profesor Eduardo Keegan (a la sazón, director de esta tesis), a quien le debo enteramente mi relación con la terapia cognitiva. En un principio, la lectura de los textos me resultó muy sencilla y tuve una actitud un tanto prejuiciosa hacia ella. Sin embargo, recuerdo que la primera vez que apliqué un tratamiento cognitivo, recibí con sorpresa el éxito de dicho procedimiento. La eficacia y el pragmatismo de la terapia cognitiva se hicieron mi forma de trabajo habitual. A partir de ese momento, decido formarme como terapeuta cognitivo bajo la supervisión del profesor Eduardo Keegan.

Paralelamente a mi formación como terapeuta cognitivo realicé un curso de postgrado bajo la tutela de la profesora Anatilde Idoyaga Molina: Antropóloga, de formación clásica, que pasó largos años estudiando a los indios Pilagá en el Chaco Austral y que en la actualidad trabaja en temas relacionados con la Antropología Médica. Estos dos tipos de formación me permitieron, de manera complementaria, problematizar y repensar el foco del padecimiento humano.

La entidad en la que en ese entonces estaba trabajando pauperizaba las condiciones de trabajo, coincidiendo con la crisis social que vivió la Argentina hacia fines de 2001, lo que me obligó a trabajar para un servicio de salud privado en la zona sur del Gran Buenos Aires.

La institución para la que trabajaba anteriormente se situaba en la zona de Recoleta dentro de la Capital Federal. Mi nuevo lugar de trabajo estaba en Lanús Oeste, un contexto bastante distinto en términos de sectores socio-económicos, tipos de accesibilidad a los servicios de salud y configuraciones culturales.

Las creencias de la mayoría de los pacientes con los que trabajé (en ambas instituciones) diferían significativamente de mi propia cosmovisión del mundo. En la mayoría de los pacientes coexistían ideas de salud que coincidían con el modelo biopsicosocial e ideas religiosas, tradicionales y *new age* de salud.

La salud y la enfermedad en ocasiones estaban íntimamente relacionadas con la idea de lo “sacro” que rige la relación de las personas con el infortunio, el cuerpo y los problemas de la vida cotidiana. Las nociones de lo sagrado pueden estar adscriptas a una enorme gama de experiencias sociales. Entre ellas podemos incluir: el llamado

catolicismo popular, el catolicismo emocional entre “sectores medios”, las referidas a tradicionales o revivalistas en el mundo afro americano –de presencia relativamente más reciente en el área metropolitana-, o inclusive las formas de relación con lo sagrado presentes en las más difusas sensibilidades *new age*, entre otras experiencias.

Coexistían en la experiencia de los pacientes, sólo para mencionar la diversidad de manifestaciones, las nociones de Dios, la psicoterapia, la medicación psiquiátrica e ideas tradicionales o renovadas de bienestar y padecimiento que distaban bastante de las convenciones biomédicas y psicológicas.

Desde mi propio punto de vista, varias de estas creencias no tenían lugar en lo que se refería a mi práctica profesional, lo que me llevaba a preguntas, tal vez implícitas, como las siguientes: ¿Cómo entender la relación del paciente con Dios si no soy creyente? ¿Cómo entender el don de lenguas si no creo que ello sea posible en mi propia cosmovisión? ¿Cómo entender la intervención de lo sagrado en la cura? ¿Cómo entender el mundo del otro si no entiendo de qué manera está compuesto?

Veamos ahora un caso para que sirva de ejemplo para contextualizar lo que estuve describiendo:

Juan era un hombre de unos sesenta y ocho años y se acababa de jubilar. Había trabajado de cuidador en una fábrica durante treinta y cinco años. Su mujer era enfermera en un hospital público del conurbano bonaerense. El paciente me es derivado por un psiquiatra con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor episodio único. En la primera entrevista, juntamente con los datos generales, tomo la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)², y luego de confirmar el diagnóstico del psiquiatra, decido tomarle un Inventario de Depresión de Beck (BDI)³ (Beck y otros, 1983:358-360) cuyo puntaje era de 42, lo que significa en la escala del BDI severamente deprimido. Habiendo corroborado el diagnóstico del psiquiatra, decido iniciar la psicoeducación de orientación cognitiva para dicho trastorno, en este primer encuentro. A continuación transcribiré algunos fragmentos del relato de dicho paciente:

² La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. ± 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

³ Este inventario consta de 21 ítems que indagan acerca de los síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales de la depresión. Se trata de una escala de autoinforme en la que el sujeto valora cada ítem de acuerdo al malestar que le produce. Consiste en una escala tipo Lickert en la que los valores oscilan entre 0 y 3. Vale la pena señalar que existe una versión Argentina a esta escala (Beck, 2006).

“Llegó un momento en que no podía más. Me acerqué al tren y decidí que tenía que terminar todo; de golpe pensé en mis hijos, mis nietos, en el pecado que iba a cometer y me largué a llorar, mientras le pedía perdón a Dios por lo que había pensado en hacer. Y ahí decidí consultar con un profesional. Mi mujer no me puede perdonar el engaño. Yo me casé con ella a los dieciséis años, ella tenía catorce. Siempre estuvimos juntos, uno al lado del otro. En un momento yo tenía dos trabajos, me levantaba a las cinco y volvía a casa a las diez de la noche. Yo vivía para ellos, para mi familia. Con mucho esfuerzo pudimos hacer la casa, yo trabajé así durante más de veinte años. Y nunca tuve algo con ninguna mujer, aunque oportunidades no me faltaban. A los sesenta y cinco años, poco antes de jubilarme, una mujer se vuelve mi amante. Yo no quería estar con ella después de unos meses, pero ella amenazaba con contarle todo a mi mujer si yo no seguía con ella. En ese momento me empecé a sentir mal, sentía que mi vida se derrumbaba, todo lo que construí podía caerse de golpe. No podía dejarla por miedo, hasta que tomé coraje y la dejé. Fueron meses de calvario. Más tarde ella fue y se lo contó a mi mujer. Hace dos años que no me perdona, no lo aguanto más. Perdí todo lo que tenía, las reuniones de los domingos, compartir lugares, ella me odia. Está en tratamiento psicológico pero sigue igual de enojada conmigo”.

Al llevar a cabo la psicoeducación de un tratamiento cognitivo conductual, le explico al paciente el modelo biopsicosocial de la depresión. Hago hincapié en las cosas que en ese momento pensé que iban a ser las más fáciles de entender para el paciente; el dejó de hacer las cosas que antes le gustaban y de a poco tenía que volver a hacerlas. Hacia el final de la segunda entrevista me pregunta qué es lo que tiene que hacer y le propongo una serie de actividades que debería intentar volver a hacer pese al malestar y a la dificultad de disfrutar como antes las disfrutaba (uno de los síntomas característicos de la depresión es la pérdida de la capacidad de disfrute). Le propongo que vuelva a hacer el asado el domingo y que invite a sus hijos, pese a que su mujer esté enojada, que en la semana vaya con los nietos a la plaza; si su mujer quiere acompañarlo, mejor; pero que si no, salga igual con ellos. Hago hincapié en que inicialmente no va a sentir ganas de hacer las cosas y que le va a costar disfrutar las actividades, pero paulatinamente va a ir mejorando. Le comento que es probable que muchas de mis sugerencias no puedan ser realizadas, pero que es importante que se las quede pensando para que de esa manera podamos seguir trabajando en el próximo encuentro, en el que vamos a seguir con la psicoeducación (parte vital de todo tratamiento de orientación cognitiva). A su vez le explico que dado que la

depresión se ha instalado hace un tiempo, probablemente también nos vaya a llevar un tiempo para que él se sienta mejor.

A la sesión siguiente, Juan me cuenta que ha llevado a cabo todas mis sugerencias, y que de verdad se sentía mucho mejor. Le tomo el BDI y el puntaje era de 8, lo que significa “no deprimido” (Beck y otros, 1983). Azorado, sin mucho que decir, me quedo mirándolo y me pregunto: ¿Cómo es que alguien totalmente deprimido mejora en una sesión de todos sus síntomas? Nunca en mi vida un paciente había hecho todo lo que yo le sugería, debido a las dificultades que presenta el estar deprimido. Lo primero que hice fue repensar el diagnóstico: cumplía con los criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor, y de hecho el psiquiatra acordaba con este diagnóstico. Me dije, a fin de cuentas, que siempre pueden ocurrir cosas raras, o bien errar en el diagnóstico; que no sería ni la primera ni la última vez que me equivocase o que los hechos difieran de la teoría. Mientras me hallaba pensando en estos temas Juan me dijo: “Ya que me pudo ayudar en tan poco tiempo para que me sienta mejor ¿Puede usted ayudarme a que recupere el amor de mi mujer?”. Para ser sinceros, no sabía qué hacer para ayudar a este hombre a que recuperara el amor y el perdón de su mujer. Por otra parte, el hecho es que la obra social le había autorizado 10 sesiones y sólo había utilizado dos.

El caso me quedó dando vueltas en la cabeza y mientras me hallaba realizando mi formación de postgrado en Antropología Médica, le cuento esta situación a la Profesora Idoyaga Molina. Ella me sugirió que seguramente esa mujer necesitaba encajar esa experiencia dentro de su sistema de creencias ¿Cuáles son los factores que inciden en la significación de ese episodio y qué es lo que esta mujer cree que le hace imposible perdonar a su pareja? Probablemente no pueda encajar este hecho dentro de su sistema de creencias; es necesario que le encuentre un sentido acorde a los significados compartidos por esta gente con su estilo particular de pensar la realidad y sería útil preguntar si hay una idea de daño⁴.

Sin dar mucho crédito a la sugerencia de la profesora Idoyaga Molina, volví a ver al paciente y decidí reconsiderar la situación de mi diagnóstico, desde mi perspectiva biomédica, tal como me había manejado hasta entonces.

⁴ El daño o brujería es la corporización de una enfermedad realizada por encargo a un especialista (brujo o curandero) o bien a un lego (Idoyaga Molina, 2002a). A su vez es definida como una relación interpersonal que se refiere al uso del poder que brinda la manipulación de lo sagrado para causar diferentes tipos de mal, entre miembros de una misma comunidad (Idoyaga Molina, 1998).

El paciente no tenía ya los síntomas de la depresión con los que había llegado a la consulta; su vida había vuelto a ser como era dos años antes. Veía a sus hijos, veía a sus nietos. Su única preocupación era la resolución del problema con su mujer.

Le pedí que me contase cómo era su mujer. En verdad, su relato no me agregó muchos datos: Que eran muy unidos, que siempre habían estado juntos, etc. Entonces, sin saber mucho qué decir, le pregunto: “¿Ella no podrá pensar que le hicieron un daño?” Me miró como extrañado, mientras que yo me sentía verdaderamente ridículo. Estaba a punto de excusarme cuando me dijo: “Uno de mis hijos me dijo hace un tiempo si no podía haber sido eso. Pero como yo estaba muy triste le dije que nada de eso podía ser. Pero ahora que lo pienso pudo haber sido que nos hayan hecho algo. Varias vecinas siempre nos dicen que nos envidian⁵, debido a que somos los únicos que tenemos una casa de material, le pusimos una pileta y teníamos una familia tan linda y tan sin problemas”.

Vuelvo a hablar con profesora Idoyaga Molina y me explica un poco más sobre lo que es un daño y me habla de las distintas estrategias de curación relacionadas con la utilización de figuras del catolicismo por parte de los curanderos y de los mismos religiosos oficiales del catolicismo (Idoyaga Molina, 2002a).

En la próxima sesión, Juan arma una serie de estrategias para comunicar a Mirta, su esposa, la hipótesis de un daño o envidia. Juan les comunicó a sus hijos esta posibilidad. A todos les pareció factible que algo de esto hubiese ocurrido. Y uno de ellos dijo que la tía Clara, en varias oportunidades había mencionado una travesura (alusión a daño) en lo que les había pasado a ellos como pareja.

Es así como los hijos se comunicaron con Clara, la hermana de Mirta y le dijeron que acercase esta hipótesis a su madre. Mirta dijo que en algún momento lo había pensado, pero que ella no creía en estas cosas.

En la sesión siguiente, me entero de que esta hipótesis también había estado en manos de la prima Irma y que se la había dicho repetidas veces a la mujer de Juan, quien había desestimado la intervención de expertos en daño. Sin embargo, decidió

⁵ Aquí sería necesario diferenciar la envidia como sentimiento de la envidia como taxa. En el caso citado es utilizado como un taxa tradicional. Desde esta perspectiva la envidia es el mal que el sentimiento provoca en el individuo que es objeto de ella. La envidia es causa y enfermedad al mismo tiempo. La envidia, definida como pensamientos y deseos negativos sustancializados, penetra el cuerpo de la víctima y se manifiesta como dolencia física. Los síntomas de la envidia pueden ser variadísimos, desde dolor de cabeza hasta problemas musculares, óseos, cardíacos o de otra índole. Ello se debe a que el modo en que se manifiesta el mal suele estar en relación con aquello que es motivo de la envidia (Idoyaga Molina, 2002a). En muchas ocasiones la envidia puede concretarse en dificultades que perturban las relaciones familiares, sentimentales, laborales, pérdidas económicas, etc. Casi todo puede ser motivo de envidia, es por ello que Taussig (1987: 393-94) refiriéndose a una población del Putumayo (Colombia) dice que la envidia está siempre presente, como un conocimiento social implícito que sirve para interpretar las situaciones sociales.

ponerse manos a la obra luego de que la hermana le dijera que alguien había metido mano en la casa y la sugerencia de los hijos. Al otro día buscó al más afamado curandero del barrio y fue a consultarlo. El curandero utilizó sus instrumentos diagnósticos⁶ y la respuesta fue que ella había sufrido un daño. El curandero fue a la casa de la mujer de Juan y en el terreno encontró el daño. Fue así como uno de los hijos llevó a un amigo cura para que esparciera agua bendita por la casa, cuyo objetivo era el de reparar el daño.

Al poco tiempo, Juan me relata que las cosas están mejor con su mujer; y que todo me lo debe a mí. Para Juan, ello resulta obvio, debido a que en cuatro encuentros no sólo lo había curado a él, sino que había logrado la cura de la mujer.

Más allá de lo anecdótico de dicho evento, esta situación de alguna manera relata mi propio encuentro con saberes complementarios a mi práctica psicoterapéutica, como el de la antropología médica. Yo tengo mi propio sistema de creencias, y el daño no es una opción válida desde mi perspectiva; tampoco lo es la existencia de un Dios; es decir, no comparto el sistema de creencias con Juan. Pero, ¿es el paciente el que debe entender la lógica que guía la perspectiva del terapeuta o es el terapeuta el que debe entender la perspectiva del paciente? ¿Cómo entender la perspectiva del paciente si uno no puede entender los elementos que se dan por obvios, desde la perspectiva del otro?

En lo que hace a la terapia cognitiva, las creencias del paciente ocupan un lugar central (Barlow y Hoffman, 1997; Hsia y Barlow, 2001; Keegan y Korman, 2007; entre muchos otros). En el modelo psicoeducativo de la terapia cognitiva se hace alusión a

⁶ Hay diversas técnicas diagnósticas que permiten determinar el origen del mal y determinar la enfermedad que adolece el paciente. La mayoría de estos saberes son específicos de los curanderos. Asimismo, hay algunos procedimientos diagnósticos propios de la medicina casera que realizan los legos, como sucede en el caso del empacho (se "tira el cuerito" mientras se recitan fórmulas de cura de palabra o se usa una cinta que "mide" el empacho mientras se cura de palabra) y el ojeo y otras enfermedades. Los curanderos o especialistas recurren a técnicas adivinatorias en las que se manipula el poder en el sentido de expresión de lo sagrado de diversas entidades. Sus métodos sirven para diagnosticar cualquier dolencia a diferencia de los procedimientos de la medicina casera. Entre estos métodos figuran la lectura del alumbre o plomo, después de que se ha pasado por el cuerpo se quema y se arroja al agua y la forma que adopta el plomo denota la enfermedad que padece la víctima. El pasado del plomo o del alumbre es a la vez curativo, en tanto extrae parcialmente la enfermedad del cuerpo. Otro método diagnóstico es el de la visión del agua, el curandero se vale de un vaso u otro recipiente transparente en el que coloca agua cristalina que le permite visualizar los males que aquejan al paciente. El diagnóstico a través del orín es un método frecuente para dictaminar cualquier tipo de mal; el orín es expuesto a la luz y, por ser una réplica abstracta del cuerpo, permite identificar los males que sufre el enfermo. El diagnóstico a través de las cenizas permite la identificación de cualquier tipo de mal; el curandero fuma o prende un cigarrillo y lo deja consumir en presencia del paciente, algunos sanadores arrojan bocanadas de humo sobre el enfermo, acción que permite visualizar el mal. La lectura en las hojas de coca es común en la región andina, sirve para detectar cualquier dolencia, se lanzan las hojas tres veces y según la forma en que caen se detecta el mal, su gravedad y quien lo causó. Los naipes –habitualmente son barajas españolas – son otro de los medios de los que se vale el curandero para ejercer su diagnóstico; a través de los naipes se tiene un cuadro global de los padecimientos orgánicos y del contexto social del enfermo (Al respecto, ver Idoyaga Molina, 2001).

que ésta es una de las tantas psicoterapias y que una persona no obtenga resultados con ella no significa que no tenga cura, sino que el abordaje propuesto podría no ser el apropiado para ese paciente. Es un modelo que guarda algunas peculiaridades, entre ellas la de la psicoeducación en la que se expresa que la terapia cognitiva es una opción entre otros modos de tratar el padecimiento humano, ligado a normas de validación científica (recordemos que hay muchas otras opciones, dentro de la misma ciencia y por fuera de la ciencia) (Keegan, 2007; Schramm, 1998).

Mi intervención en el caso que acabo de relatar no responde más que a las dificultades que presenta la práctica cotidiana de un psicoterapeuta. No pude seguir el protocolo de tratamiento y a duras penas pude entender el mundo del paciente. Esta situación complejiza mi comprensión teórica del caso. Ello se debe a que se aumentan las variables que intervienen en un tratamiento. Según la población con la que se trabaje, puede variar el lugar del profesional y la valoración del mismo. Las ideas en torno de la salud y la enfermedad pueden diferir y ello depende del paciente, su origen, sus experiencias vitales y el mundo que lo rodea.

En la etiología de los trastornos mentales confluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Además, la cultura influye en todos los aspectos del proceso del tratamiento: la utilización de los tratamientos disponibles, las creencias en torno de la relación terapeuta-cliente, el valor de la efectividad brindado a una determinada terapéutica e incluso el valor atribuido a la medicación psicofarmacológica.

En el caso de la terapia de orientación cognitiva, las creencias del paciente ocupan un lugar central. Por ello, el contexto cultural conformador de las creencias es significativo y puede implicar, en algunas ocasiones, la modificación de algunas partes del tratamiento ya estandarizado (Propst, 1992; Korman, 2006a). Debido a que las creencias que el terapeuta descubre pueden en muchas ocasiones diferir de las del paciente, hay que evaluar la estrategia en función de las creencias del paciente.

Pareciera ser que la elección de una terapia en cada grupo social y cultural está determinada por la valoración que dicho grupo le confiere (Fernández-Álvarez, 1992 y Keegan, 2007). En lo que hace a la psicoterapia, existen marcadas diferencias dependiendo del contexto. En la Argentina la psicoterapia tiene un rol particular y en la Ciudad de Buenos Aires, un lugar especialmente importante en comparación con otras ciudades del mundo (Alonso y Gago, 2006).

A mitad de la cursada de mi maestría obtuve una beca de la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). A partir de allí, mi dedicación a la

investigación ocupa casi la totalidad de mi vida profesional. Mi tesis de maestría, *Trastornos Mentales y Taxa Vernáculos en la Atención de la Salud en Contextos Interculturales* (2004), refleja el espíritu de mi investigación: analizar qué estrategias terapéuticas emplea la población campesina del NOA (Noroeste Argentino) para hacer frente a los trastornos mentales, y a la vez explicar el fenómeno del rechazo, por la mayor parte de la población, a las terapéuticas occidentales (psicoterapia y medicación psiquiátrica) para el tratamiento de las denominadas dolencias mentales. Ello me llevó a investigar las ideas de salud y enfermedad en la población campesina del NOA (Biancheti, 1996; Idoyaga Molina, 2002a; Pérez de Nucci, 1989) a la vez que estudiar las formas y la descripción de las enfermedades tradicionales⁷. Trabajé con especialistas tradicionales (curanderos), hice trabajo de campo en el área de estudio y trabajé con la base de datos que los investigadores del CAEA (Centro Argentino de Etnología Americana) habían desarrollado (Idoyaga Molina, 1997, 1998, 1999a, 1999b, 2001a, 2001b, 2002a, 2003, 2005, 2007; Idoyaga Molina y Luxardo, 2003, 2004 y 2005; Luxardo, 1998, 1999 Y, 2005, 2007; Saizar, 2002, 2003, 2004 2005 y 2007).

Me encontré con lecturas del mundo en el que la psicoterapia y la medicación psiquiátrica no reflejaban la cosmovisión que los usuarios tenían de la realidad (Idoyaga Molina y Korman, 2002). Ello generaba un claro rechazo de estas opciones para el tratamiento de los trastornos mentales. Pese a este rechazo, pude encontrar casos de trastornos mentales en la población a la que entrevisté. Sin embargo, desde su perspectiva, la atribución era bastante distinta de la que yo hubiera propuesto y las estrategias (heterogéneas combinaciones de tratamientos) diferían significativamente de las que yo hubiera recomendado. La primera lectura que una mirada etnocéntrica podría decir que las personas actúan de esa manera por desconocimiento y por eso hacen lo que hacen. Pero ese “desconocimiento” parte de una cosmovisión distinta del mundo ¿Qué ocurriría si yo dijera a un creyente que creer es cosa de ignorantes? Es exactamente lo mismo; son cosmovisiones distintas del mundo y si uno quiere utilizar un tratamiento psicoterapéutico debe tener en cuenta la aplicabilidad del mismo en este contexto (D´Souza y Rodrigo, 2004; Good, 1996; Jorm, 2005).

Los resultados a los que arribé –producto de mi tesis doctoral y de maestría- es que el rechazo de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos debido a que la población campesina del NOA presenta ideas de salud y enfermedad diferentes a las que los psicólogos y psiquiatras estamos acostumbrados a encontrar (Korman, 2006). Sin

⁷ La medicina tradicional es 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 a y b).

embargo, en algunas ocasiones, a raíz de un fracaso terapéutico se recurre a alternativas de complementariedad terapéutica que son disímiles a las creencias del sufriente (Korman, 2004 y 2006).

Luego de mi tesis de Maestría llevé a cabo mi tesis doctoral, “Depresión y Taxa Vernáculos en la Atención de la Salud en Contextos Interculturales” (Korman, 2006), también en población campesina del NOA, pero específicamente en lo que hace al tema de la depresión. Los resultados estuvieron signados, en concordancia con mi tesis de maestría, por el rechazo de las terapéuticas biomédicas y psicológicas y la utilización de la medicina tradicional (Korman, 2004 y 2006). Sin embargo, pude vislumbrar que pese a este rechazo, la categoría de depresión era utilizada por los curadores tradicionales y la población campesina.

Cuando dirigí mi mirada hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se me abrieron nuevos interrogantes. En primer lugar, si hay combinación de estrategias terapéuticas en la población campesina del NOA, ¿por qué no habría de haberla en los sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires? Siendo que en los medios urbanos hay siempre mayor cantidad de opciones terapéuticas ¿por qué no habría de ver una mayor combinación, si a ello se le suma una mayor cantidad de recursos? hasta ese momento –en el que adiciné mi formación en antropología médica a mi práctica como psicoterapeuta- di siempre por sentado que, salvo pequeñas diferencias, mis pacientes compartían mi cosmovisión del mundo. Podían ser religiosos, pero siempre le di un carácter de religiosidad bastante laico⁸ (dependiendo mayormente de mi desconocimiento de las distintas religiones), nunca le otorgué un lugar fundamental en mis tratamientos como psicoterapeuta. Pero, ¿sería así, o simplemente dependió que no había preguntado acerca del tema porque consideré que tenía las respuestas apropiadas? ¿Cuántos psicoterapeutas dedican al menos unos minutos de una entrevista de admisión o diagnóstica a preguntar acerca de las creencias religiosas y el lugar de la religiosidad en la vida? ¿Cuántos terapeutas preguntan qué otros tratamientos combinan a la vez que realizan un tratamiento?

El tema que investigué –las estrategias de los usuarios de los sectores medios y altos en la ciudad de Buenos Aires para enfrentar la depresión- dio lugar a esta tesis. El objetivo es verificar si en efecto se da la utilización de distintas combinaciones terapéuticas que realizan para enfrentar el padecimiento. Y, a la vez, tener un mejor entendimiento de dichas elecciones y combinaciones, ya que en muchas ocasiones

⁸ Esta idea de religiosidad laica remite a la diferencia que hay entre espiritualidad y religiosidad. Para diferenciar estos conceptos ver Fetzer Institute/National Institute of Aging (NIA) Working Group, 1999.

nuestras ideas implícitas pueden resultar ofensivas para los pacientes si desconocemos el sentido y las prácticas que estos llevan a cabo.

La ciudad de Buenos Aires se presenta cada vez más como un espacio urbano multicultural que presenta una configuración en constante transformación (Mera, 1998). Hay una diversidad no sólo de sectores sociales, propio de las jerarquías sociales, sino que internamente o indirectamente a ello se agrega la diversidad de configuraciones étnicas y religiosas. Nuestro país fue conformado, desde sus orígenes, por la llegada de diversas olas migratorias. El aporte de diferentes poblaciones y culturas es un elemento constitutivo de la sociedad Argentina⁹.

El problema que me propongo desarrollar implica pensar cuáles son los factores que inciden en la reapropiación de la noción biomédica de depresión y su relación con las combinaciones y elecciones terapéuticas. Mi interés radica en constatar si los sectores medios y altos de la ciudad de Buenos Aires combinan estrategias terapéuticas y de qué modo lo hacen. Y es esta pregunta la que se despliega a la largo de esta tesis, enfocando especialmente el problema de la depresión en sus distintos aspectos.

⁹ Entre los años 1839 y 1950 Argentina absorbió el 10% de Europa a las Américas; especialmente italianos, españoles siendo la inmigración restante compuesta de rusos, franceses, polacos y alemanes principalmente (Rock, 1985).

Introducción

El estudio de la salud y la enfermedad presenta una rica historia. Esa historia se ha escrito sobre muy distintas miradas teóricas. Diferentes concepciones del hombre han dado lugar a distintas ideas de salud y enfermedad.

En la actualidad, el campo de la salud es un territorio en el cual distintas ciencias se dan cita. La biomedicina desarrollada en Occidente se ha integrado a las ciencias sociales como la antropología, la psicología social, la geografía y a la sociología entre otras. Dichos cambios han puesto en entredicho la idea de una sola realidad del hombre enfermo y de un único modo de entender el padecer, y han abierto una discusión en el campo de la salud que hoy en día está lejos de zanjada.

Del mismo modo, la depresión actualmente es objeto de las más distintas miradas. La psiquiatría biológica, los desarrollos psicoterapéuticos de las más variadas índoles, los desarrollos de la psicología y la psiquiatría transcultural, las lecturas de la sociología y la antropología médica han contribuido a sus más diversas conceptualizaciones. En la discusión teórica acerca qué es la depresión convergen muy distintas miradas. Cada perspectiva aporta sus propias reflexiones y sus propios problemas. Mientras que la psicología y la psiquiatría se preocupan por resolver una dolencia o padecimiento a un sufriente, la sociología y la antropología se preguntan sobre qué lugar social y cultural presenta la enfermedad. Son preguntas sobre un mismo fenómeno y cuyas respuestas hacen un recorte particular del objeto de estudio.

Ese recorte, esa mirada, liga al objeto de estudio a una perspectiva particular. En un caso, el de explicar un fenómeno, en el otro caso, el de operar sobre este fenómeno en base a una idea de salud y enfermedad (Hernández, 1998).

De acuerdo con las estadísticas llevadas a cabo por los diversos equipos de investigación, la depresión mayor tiene una prevalencia puntual de 5-9% en mujeres y 2-3% en hombres, con un riesgo a lo largo de la vida en muestras de la comunidad que va del 10 al 25% en mujeres (1-31.5% según los diferentes estudios) y del 5 al 12% en hombres (0.7-15.2% en las diferentes muestras), convirtiéndose en la consulta más frecuente en la atención primaria (APA, 2000; APA, 1995; Angst, 1998; Kaelber, et al,1995). Estos resultados ubican a la depresión como el trastorno mental más común, al punto que ha sido llamado el “resfrío de los trastornos mentales”. De hecho, es, después de las enfermedades cardiovasculares, la segunda causa de ausentismo laboral (Stanfeld et al, 1997).

Los costos directos de la depresión son comparables con aquellos correspondientes a enfermedades como el cáncer, el SIDA y la enfermedad coronaria. De hecho, proyecciones actuales indican que, para el año 2020, el costo global atribuible a la depresión quedará en segundo lugar, después de los generados por las enfermedades cardiovasculares (Mendlewicz, 2001).

No obstante, la investigación de dicho trastorno a nivel nacional¹⁰ es muy escasa tanto desde la biomedicina, la epidemiología, o las ciencias sociales. Al mismo tiempo, el desconocimiento por parte de los psicoterapeutas y psiquiatras de los sistemas de creencias de los usuarios del sistema de salud parece ser la norma general en nuestro país. Este es un hecho que en muchas ocasiones puede llevar a la desaprobación (explícita o implícita) y el descrédito con los que estas prácticas y saberes son mirados por los profesionales de la salud. Las investigaciones sobre este tema son muy pocas (Korman et al, 2007), pero avalan esta afirmación¹¹.

Por ello es necesario aportar una mirada que rescate las dimensiones socio-culturales, para poder aportar enriquecer el trabajo de psicólogos y psiquiatras.

Específicamente, los objetivos de investigación que nos planteamos han sido, en primer lugar conocer qué es lo que hacen las personas con depresión. Para ello fue necesario realizar una puesta entre paréntesis de mis conocimientos como psicoterapeuta y desligarme de mis propias concepciones de lo que es la depresión, debido a mi propia concepción de enfermedad.

El interés por este tema surge de mi práctica personal como psicoterapeuta y de las dificultades que tiene el diagnóstico de este trastorno mental en la práctica profesional

¹⁰ Entre los antecedentes encontrados está el estudio podemos destacar el estudio a nivel poblacional que fue realizado por el CONICET a través de su Programa de Epidemiología Psiquiátrica entre los años 1979 y 1982. Las conclusiones indicaban que un 26 % de la población presentaba síntomas moderados a graves que requerían algún tipo de intervención sea esta psicológica o psiquiátrica (Ministerio de Salud, 2004). En lo que hace específicamente a la depresión, no hay datos actuales en la Argentina. Hay un estudio llevado a cabo por Sefarty y colaboradores (1994) sobre la población que realiza la revisión médica en oportunidad del reconocimiento médico obligatorio; en donde se utilizó un cuestionario autoadministrable a una muestra probabilística de 553 casos. Los datos de dicha investigación fueron los siguientes: Se observó una prevalencia de depresión grave del 4,5% y depresión moderada del 26.64%. El Dr. Galli (1997) propone que la tasa de depresión para la Argentina es del 12%. En la actualidad se está desarrollando un programa llevado a cabo por la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Este organismo ha implementado el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Ministerio de Salud, 2004). Este plan intenta cubrir la falta de estudios epidemiológicos sistemáticos y abarcativos que permitan conocer la continuidad y evolución de los trastornos mentales y del comportamiento en la Ciudad. Los datos arrojados por esta investigación son prometedores para cubrir una importante carencia de conocimiento a la hora de diseñar intervenciones sobre la salud mental de dicha población. En el estudio se aclara que pese a la multiplicidad de escuelas y líneas teóricas imperantes en el campo de la psicopatología y la salud mental, los profesionales de la salud son obligados a utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades mas conocida como la CIE-10 (propuesta por la Organización Mundial de la Salud). Ello implica un avance a la hora de realizar estadísticas, sistematizar la información y posibilitar la realización de estudios epidemiológicos en forma sistemática y la comparación de los resultados a través del tiempo.

¹¹ Esta temática será ampliamente desarrollada en el estado del arte.

en general, la efectividad dista de ser perfecta para dicho trastorno tanto de tratamientos farmacológicos como psicoterapéuticos (NICE, 2006) y de la elevada tasa de recurrencia de dicho trastorno (Segal *et al*, 2002: 24). Ello, desde mi experiencia clínica, llevaba generalmente a los pacientes a probar distintas estrategias terapéuticas, lo cual es coincidente con distintas investigaciones llevadas cabo en otros países (Mamtani y Cimino, 2002).

Por otra parte, hay varias razones para considerar relevante este estudio desde la perspectiva de la salud pública. En primer lugar, por la magnitud que tiene la depresión como enfermedad. En segundo lugar, por la creciente incidencia de los tratamientos alternativos/complementarios en los trastornos mentales. De hecho, de acuerdo a varios estudios internacionales, la mayoría de los pacientes con trastornos mentales acuden a una utilización mayor de tratamientos alternativos (Jorm, 1994, 2000; Jorm, *et al*, 2000; Jorm y Griffiths, 2006; Mamtani y Cimino, 2002) o a alguna medicina no convencional. Si bien en el país no hay datos sobre la prevalencia de estas medicinas o terapias en pacientes con depresión, algunos trabajos exploratorios indican un patrón semejante al observado en otros países (Idoyaga Molina y Luxardo 2003; Idoyaga Molina y Luxardo 2004 y 2005; Luxardo, 2007; Saizar, 2005). En tercer lugar, porque como bien señala la Organización Mundial de la Salud en su informe sobre las estrategias para la medicina tradicional 2002-2005 (OMS, 2002), sin una política sobre estas medicinas difícilmente pueda darse una base para definir cuestiones tales como el rol que tienen en el sistema nacional de salud, los mecanismos regulatorios y legales necesarios para promover una buena práctica y otros asuntos relacionados con el acceso a las mismas.

Por tales motivos, averiguar si la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires recurre o no a prácticas complementarias una vez que recibe el diagnóstico de depresión es la pregunta al que este estudio intenta dar respuesta. Describir el modo de apropiación del diagnóstico de depresión y las estrategias utilizadas (combinaciones terapéuticas) para la resolución de esta vivencia de malestar por parte de los usuarios de sectores medios y altos de la ciudad de Buenos Aires es nuestro objetivo. A ello le agregamos el objetivo específico de describir el uso de las diferentes opciones terapéuticas, en el caso de constatarse dicha utilización, a las que recurren los usuarios de los sistemas de salud y evaluar si realizan o no combinaciones entre ellas.

Para llevar a cabo nuestros objetivos, describiremos el marco teórico en el cual nos basamos para desarrollar nuestra investigación, desarrollaremos los supuestos que utilizamos tanto de las psicoterapias de orientación cognitiva así como los conceptos

que tomamos de la Antropología Médica. Luego describiremos el estado del arte en lo que hace a investigaciones de este tipo y el estado del arte específico en el tratamiento, teoría y clínica de la depresión. Posteriormente describiremos la metodología que utilizaremos para nuestra investigación, lo cual nos llevará a la búsqueda de la muestra y posteriormente a la descripción de los datos obtenidos y a la sistematización de los resultados.

Esperamos que este trabajo pueda ser el inicio a ha investigaciones que llenen esta vacancia de conocimiento que hay en nuestro sistema de salud.

Capítulo 1. Marco teórico o referencial

El marco teórico y referencial para este trabajo es el entrecruzamiento entre la antropología médica y la terapia cognitiva. La primera hace hincapié en los sistemas de creencias de una sociedad a la hora de entender las concepciones sobre la salud y enfermedad, mientras que la segunda se pregunta por las creencias que sostienen el padecimiento humano. Es decir, ambas miradas problematizan el mundo de significados propio de lo humano. Ambos movimientos presentan una continuidad histórica: la antropología acompañó activamente a la construcción de significados que influenciaron a la psicoterapia. Ello se debió a que esta disciplina había incursionado en algunos ámbitos superpuestos con los de la terapia, algo especialmente observable en la obra de algunos de los representantes del llamado “culturalismo norteamericano” como Bateson (1976) o Mead (1973), así como autores clásicos de la antropología británica como el mismo Malinowski (1973). Por otro lado, contemporáneamente abundan autores que problematizan el campo de los trastornos mentales a la vez que se discute la idea de la cura y la terapia. En esta línea podemos circunscribir autores tales como Kleinmann (1978; 1980, 1982, 1986; 1989; 1997), Csordas (1987), Kirmayer (1998; 2001), Tsai y Chetsova-Dutton (2002) por mencionar algunos de los más representativos. Por otra parte, al repensarse el programa de psicoterapia como una práctica ampliada al campo de la salud mental comunitaria, se hace necesaria una perspectiva que tenga en cuenta la influencia de los pliegues culturales. Esto ha dado como resultado un conjunto de estudios que hablan de la necesidad de flexibilizar los tratamientos en función de creencias específicas (Zhang *et al*, 2002; Gangdev, 1998; Johnson, 1992; entre muchos otros).

Hoy resulta evidente que el espacio con que cuenta la terapia en cada grupo social está delimitado por la valoración que dicho grupo le confiere. A su vez, es evidente que las cuestiones étnicas y religiosas influyen sobre los resultados de los tratamientos (Josephson & Peteet, 2004).

Por otro lado, el propio dinamismo de la teoría y la investigación social sentaron nuevas bases para la reflexión sobre estas cuestiones. La teoría interpretativa de la cultura (Geertz, 1992) dio nuevos ímpetus a temas caros a la tradición antropológica. Asentó en el campo académico un estilo de trabajo con legitimidad científica, que también impulsó el campo de la llamada antropología médica norteamericana y que sirvió como base para cuestionar la perspectiva categórica con que había operado la teoría clásica de la enfermedad mental. Este cuestionamiento puso a la antropología

preocupada por el cuerpo, la enfermedad y la persona en un lugar central. Ello permitió pensar (desde un espacio consolidado del campo académico) la etiología y el curso de las perturbaciones mentales como resultado de los grupos sociales y sus modos de construir el padecimiento. A su vez, en este contexto, desde la mirada antropológica se vuelven relevantes temas tales como el papel de la religión, la etnicidad, los estilos culturales y su relación con la estructura social, entre otros.

Por otra parte, en el campo de la psicoterapia se viene constituyendo una creciente preocupación tanto de los teóricos como de los clínicos por la mutua implicación entre sociedad, cultura y trastornos mentales (Fernández-Alvarez, 1992; Keegan, 2007; Kirmayer, 2001). Ello ha generado tanto reflexión teórica como investigación clínica, así como el desarrollo de un vasto campo de ofertas terapéuticas que tienden a la incorporación a la terapia cognitiva de elementos de diversas raigambres terapéuticas no biomédicas.

Por todo lo expuesto, considero que trabajar desde esta perspectiva me brindará las herramientas necesarias para captar la riqueza del fenómeno que deseo estudiar: las creencias en torno a la depresión de sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A continuación desarrollaremos una serie de herramientas teóricas que funcionarán como un marco de referencia para esta investigación. Desde el campo de la antropología médica, tomaremos los conceptos de sistema etnomédico y complementariedad terapéutica; mientras que desde la terapia cognitiva el de eclecticismo técnico y el lugar de las creencias y esquemas dentro de los tratamientos de orientación cognitiva.

Por último, de cada uno de estos marcos teóricos de referencia haremos una breve introducción a su desarrollo histórico y algunos datos de su inserción en la Argentina.

Antropología Médica

“La antropología como analítica del hombre ha tenido, con certeza, un papel constitutivo en el pensamiento moderno, ya que en buena parte no nos hemos separado de ella.”

Michel Foucault, 1996: 331

Definición de antropología médica

La antropología médica es un campo muy nuevo dentro de lo que es la Antropología Social; de hecho, todavía no ha recibido la atención de los historiadores de la ciencia. Los estados de la cuestión más clásicos invocan sus orígenes en Rivers (1924). En la actualidad agrupa a distintos investigadores en distintos ámbitos (medicina, psicología, psiquiatría, etc.). Por ello, para poder desplegar una breve historia de la antropología médica, considero que es más apropiado preguntarnos por los problemas que ha intentado resolver dentro de su campo, más que llevar a cabo un desarrollo histórico.

Problemas en el campo de la antropología médica

Las sociedades humanas se caracterizan precisamente por su capacidad de representar y simbolizar los hechos, creando imaginarios que implican la construcción social de la realidad y, en definitiva, en tanto que intersubjetiva, la realidad misma (Husserl, 1985; Berger y Luckman, 1999). El desarrollo de la Antropología Médica ha mostrado varios de los problemas emergentes en la atención de la salud en contextos interculturales, tales como:

a) La dimensión sociocultural de la enfermedad (Douglas, 1998; B. Good, 1992; C. Good, 1987; Sullivan, 1953; Szasz, 1961; Twumasi, 1981; entre otros). Es decir, la enfermedad tiene un contexto y un sentido en ese contexto; desligarla de él es vaciarla de sentido.

b) La existencia de conflictos de índole cultural entre prestadores de servicios y usuarios (Akelere, 1984; Campos Navarro, 1992; Elling, 1981; Fábrega, 1977; Fernández, 1997; Good, 1987; Green, 1989; Leslie, 1980; Madrid, 1989; Nathan, 1991; Sachs, 1989; Singer, 1977; Stock, 1980; Torres y Aprea, 1995; Torres y Rodríguez, 1994; Twumasi, 1981; Wilce, 1995; entre otros). Estos conflictos pueden ser descriptos

como diferentes saberes en torno de la enfermedad y la terapia que pueden ser distintos de los biomédicos, que generalmente son los efectores oficiales del sistema de salud y que atienden a una población culturalmente diversa en casi todas las sociedades actuales.

c) La imposibilidad de comparar los taxa vernáculos (modos locales de describir la enfermedad) con los biomédicos y psiquiátricos (Frake, 1961; Rubel, 1964; Rubel et al, 1992). Para entender un poco esta dificultad a la hora de comparar las formas locales de describir la enfermedad y diferenciarla del modelo médico, es útil entender el valor analítico y práctico de 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, mientras que *illness* puede describirse como la experiencia psicosocial y la percepción de significado de la *disease* (Kleinman, 1980). La aproximación antropológica pone así el énfasis en el contexto de significado de la enfermedad. La salud y la enfermedad son interpretadas a la luz de diversas perspectivas de la enfermedad, como las del enfermo, su familia, los practicantes tradicionales y los miembros de la comunidad. Este enfoque permite verificar que la gente asume roles de enfermo cuando no tiene *disease* y experimenta la *disease* sin estar *ill* ni asumir el rol de *sick* (Leslie, 1980)¹².

d) En la falta de tratamiento al amplio espectro de la enfermedad que la biomedicina deja de lado (Atkinson, 1979; Good, 1987; Twumasi, 1981; Unschuld, 1980). Esto queda evidenciado debido a que en la mayoría de las medicinas no biomédicas el terapeuta tiene una visión holística de la persona y no parcializada por áreas y especialistas.

¹² En relación con el tema, Frake (Frake, 1961: 120-124) nota la flexibilidad y complejidad de la relación entre los síntomas y la denominación de las enfermedades (*disease*) ya que en un estado de desarrollo de una enfermedad (*illness*) sus síntomas pueden seguir una variedad de cursos diferentes o incluso mantenerse. Así una enfermedad (*illness*), requiere varios nombres de dolencias (*disease*) para una descripción completa del cuadro en un determinado estado de desarrollo del proceso mórbido, por lo tanto a lo largo del tiempo puede pasar por diferentes categorías diagnósticas. Además, dado que diferentes enfermedades (*illness*) son diferentes instancias de estar enfermo (*sick*) pueden elucidar repuestas que aluden al mismo nombre de enfermedad (*disease*). El autor agrega que, si uno contrasta las categorías diagnósticas de los Subanun (grupo cultural presente en África) con las occidentales, las primeras proveerán pocas categorías éticas, las categorías diagnósticas de la medicina occidental serían de escasa utilidad para definir las categorías diagnósticas de los Subanun. No es posible asumir que cada categoría occidental será incluida totalmente en una categoría Subanun. Cada caso diagnosticado con criterios occidentales como tuberculosis no recibirá la misma categoría diagnóstica de los Subanun. Una categoría Subanun algunas veces coincide con tuberculosis, pero no necesariamente toda “tos crónica” es tuberculosis. Los criterios y claves de los dos sistemas diagnósticos no pueden compararse uno a uno o uno a varios. Los problemas presentados al analista por el traslape de categorías en los dos sistemas están dados por la superabundancia de información codificada en las categorías diagnósticas occidentales.

e) Diagnósticos equivocados o parciales en un gran número de consultas hechas en hospitales, centros de salud y dispensarios del tercer mundo y, consecuentemente, males no tratados en forma apropiada (Albuquerque, 1979; Bannerman et al, 1983; Dorozinsky, 1975; Gatere, 1980; Pillsbury, 1978; Twumasi, 1981; Varner et al, 1979). Las prácticas de salud y enfermedad se encuentran expresadas en las creencias cosmológicas y estructuras de sentido y estilos de vida, motivo por el cual el consultante tiene ideas acerca del mal que le aqueja y la estrategia apropiada para su resolución.

f) La necesidad de considerar los recursos tradicionales con que cuentan las diversas sociedades (Albuquerque, 1979; Bourgey, 1997; Fernández, 1997; Morón y Jardines, 1997; Sansebastián y Goicolea, 1997; Unschuld, 1980; Varner et al, 1979; entre otros). Es decir, es necesario tomar en cuenta en cada contexto las ideas de los usuarios del sistema de salud. En la actualidad hay cada vez más servicios de salud que integran prácticas biomédicas con tradicionales. Sirva de ejemplo el centro de Recuperación en San Francisco donde un shamán Cherokee colabora con las prácticas biomédicas (Mehl, 1989).

g) La complejidad de los conceptos en torno de la salud y de la enfermedad que implican nociones sobre el cuerpo, las entidades que integran la persona –almas, nombre, imagen refleja, etc.-, etiologías sociales –envidia, brujería, etc.- y míticas – acciones y castigos de las deidades, violación de tabúes- y prácticas terapéuticas que involucran la manipulación de lo sagrado (Ahmed y Kolker, 1979; Good, 1987; Janzen, 1978; Mbiti, 1970).

h) El papel de las representaciones culturales en la valoración de las prácticas terapéuticas propias y ajenas (Atkinson, 1979; Fassin, 1992). Es evidente este hecho en la utilización o no de ciertas prácticas terapéuticas en función de representaciones culturales de cada contexto.

Estos son, a modo de resumen, los problemas que ha enfrentado el campo de la Antropología Médica. Es un campo que ha explotado en la investigación científica en las últimas tres décadas.

La Antropología Médica en la Argentina

Podemos ver diversos desarrollos y aportes dentro de la Antropología Médica en Argentina y también la diversidad de los aportes. El desarrollo de la Antropología Médica en nuestro medio tiene autores provenientes de distintos campos.

Haciendo un análisis amplio, podríamos distinguir tres grupos importantes.

El primero, de la Universidad Nacional de La Plata y la Universidad de Salta, agrupados alrededor de la revista *Kallawaya* como órgano de difusión. Fundado originalmente por Homero Palma en la década de 1970, se ha dedicado principalmente a la medicina tradicional en la gran área del NOA (Bianchetti, 1996 – quien fue discípula de Palma-; Crivos, 2007; Palma, 1995; Perez de Nucci, 1989) y en menor medida en Antropología Médica con grupos indígenas.

Por otro lado, existe un grupo con sede en el CAEA-CONICET (Centro Argentino de Etnología Americana, unidad ejecutora dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), preocupado por temas diversos como la sexualidad, los indios Pilagá, y en la actualidad fundamentalmente en la multiplicidad terapéutica en el área del NOA y la complementariedad terapéutica en este área y en el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires (Idoyaga Molina, 2002; Idoyaga Molina y Korman, 2002; Korman, 2005; Korman y Garay, 2005; Korman, et al 2008; Luxardo, 1998, 1999 y 2007; Saizar, 2002, 2003 y 2006; Sarudiansky, 2007; Viotti, 2006), con una fuerte impronta interpretativista ligada a la etnografía anclada en categorías nativas de la enfermedad y la terapia. Este grupo viene trabajando desde los años 90 y ha publicado sus trabajos en diversas revistas de divulgación científica acordes al tema.

Un tercer grupo, asentado en la carrera de Antropología de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), se ha centrado en una perspectiva política de la salud y la enfermedad en torno de movimientos sociales y poblaciones de riesgo, apropiándose de una agenda de investigación más *aggiornada* a los requerimientos del financiamiento de organismos gubernamentales, con temas como el HIV-SIDA (Grimber, 2005). Actualmente, en el campo fragmentado propio de la Antropología local, existen perspectivas que disuelven la temática clásica de la salud y la enfermedad en un manojó de temáticas que superponen la *expertise* profesional en una cultura erudita en diálogo con los análisis de memoria social (Visakovski, 2001) o una etnografía de las prácticas de consumo de drogas en poblaciones de riesgo, que es heredera de la etnografía interpretativista crítica norteamericana (Epele, 2002).

Dentro de nuestro país vale la pena señalar además la obra de Fernando Pagés Larraya como un aporte central en la discusión conceptual y metodológica de la problematización de los trastornos mentales en Argentina. Para este autor, la psiquiatría transcultural constituye un experimento *ex post facto* de la epidemiología psiquiátrica, en el cual el análisis de la patología mental en diversos grupos adquiere el

valor de una “experiencia” cuya variable independiente es la cultura (1973: 253). Pagés Larraya habla de “locuras culturales” y, en este sentido, cuestiona el determinismo psiquiátrico que se olvida de la investigación antropológica.

Para nuestro trabajo utilizaremos los desarrollos llevados a cabo por el grupo liderado por la Profesora Idoyaga Molina, cuyo foco está dado por las categorías nativas de enfermedad en la actualidad. Esta autora, en su trabajo de campo en el Noroeste Argentino, (1999 a y 2000a) propone entender la noción de enfermedad como diferentes tipos de desequilibrios: desequilibrios orgánicos, desequilibrios entre las entidades que conforman a la persona (cuerpo, alma o espíritu), desequilibrios sociales (como el daño, la brujería, la envidia, etc.), desequilibrios espacio-ambientales, como el mal aire y desequilibrios religioso-rituales, que pueden implicar la pérdida del alma y afecciones mentales además de perturbaciones físicas que se originan en la acción de las deidades por violaciones de tabúes, o fallas en las pautas rituales, como mezquindad en la ofrenda u olvido de la celebración. Es a partir de establecer estas categorías para describir la enfermedad desde categorías nativas que podemos entender los porqués de las estrategias utilizadas. Estos modelos explicativos intentan dar cuenta de los motivos que fundan las elecciones y estrategias terapéuticas de población general e intentan dar una lectura del padecimiento de la enfermedad desde la perspectiva de los actores sociales.

Esto significa que si la enfermedad es descrita por la pérdida del alma desde la lectura del usuario del sistema de salud, sería coherente que la búsqueda de la terapéutica tuviese como foco la recuperación del alma. Si la atribución es que la enfermedad es intencional, es lógico que la búsqueda de sanación se halle relacionada con alguien capaz de vencer o subsanar esa intencionalidad negativa. A la vez, si la enfermedad es entendida como un desequilibrio producto de las energías, es coherente que la terapia que utilicen sea aquella que recupere el equilibrio energético. Estas diferentes formas de pensar la salud van a dar lugar a la categoría de “sistema etnomédico”, que será una categoría central a la hora de discriminar las oferta terapéuticas que tienen los usuarios del sistema de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ahondaremos acerca de este concepto en el punto siguiente.

Sistema etnomédico

People in all cultures confront illness, disability, and death: everyone gets sick, many become disabled, and ultimately everyone dies. Systems of health care exist within every culture, as a cultural universal. The ways in which we perceive and interpret health and illness, and seek and deliver care, are inextricably bound up with cultural norms, beliefs, and values, as well as with social structure and environmental conditions

Loustaunau & Sobo, 1999: 23

El concepto de sistema etnomédico

Pensar la atención de la salud como producto de un *sistema etnomédico* posibilita visualizar y comparar las estrategias que los pacientes con depresión realizan para hacer frente a este padecimiento. Ello nos permite visualizar todos los recursos terapéuticos disponibles que entran en movimiento, así como las combinaciones específicas entre pacientes y los terapeutas de cada una de las posibles medicinas (Good 1987).

Específicamente el término “Etnomedicina” comienza a ser usado por Hughes en 1968 (Rubel y Hass, 1996) para designar a aquellas prácticas y creencias relacionadas con la enfermedad y la terapia que no derivaban de la medicina moderna.

Kleinman (1980) propone un modelo para el estudio del cuidado de la salud que lo aborde como un sistema cultural, local, compuesto por tres partes traslapadas: la medicina popular, la profesional y la *folk*. Good (1987) coincide con este modelo, ya que también entiende al sistema etnomédico como el traslape de tales medicinas a las que denomina “biomedicina”, “autotratamiento” y “medicinas tradicionales”. Por su parte, Idoyaga Molina (1997) incorpora a dicho esquema las categorías de medicinas alternativas y de medicinas religiosas. Este concepto incluye la totalidad de los recursos disponibles y empleados en una sociedad específica, a la vez que amplía el concepto de enfermedad y terapia, incluyendo las conductas, valores, normas y significados a través de instituciones y terapeutas que le dan soporte (Good 1987).

La forma de utilizar este concepto resulta del análisis de recorridos concretos seguidos por las personas en su intento de restablecer su salud y que incluye la realización de distintas estrategias para recuperar el bienestar. Estas estrategias han sido denominadas “camino terapéuticos” (Idoyaga Molina, 1999a), concepto que ahondaremos a continuación. Ante el padecimiento, los seres humanos realizan una

búsqueda en la que intentan y prueban con lo que consideran que pueda aliviarlos; esta selección y combinación de terapias se apoya en factores coyunturales, como pueden ser variables económicas, la cercanía del lugar, el consejo de un amigo (Fassin 1992), y en las experiencias concretas de eficacia pragmática (Menéndez 1992), biomédica o tradicional. Responde a representaciones “objetivas” de éxito y fracaso de las diversas medicinas. Como lo ha señalado Leslie (1980), el pluralismo y la complementariedad terapéutica son una constante en los procesos de la atención de la salud.

Para nuestro análisis, partimos de la hipótesis de la existencia de un sistema etnomédico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Idoyaga Molina, 2005), esto es, la atención de la salud a través del traslapeo entre la biomedicina, las medicinas tradicionales, el autotratamiento, las medicinas religiosas –evangélicas, católicas, afro americanas, entre otras- y las alternativas –reiki, acupuntura, reflexología, etc.- (Idoyaga Molina, 1997).

Las selecciones y combinaciones particulares dependen de diferencias culturales, étnicas, sociales y económicas. Son de especial relevancia las vivencias y concepciones sobre la enfermedad y de la cura y los estilos culturales, aun en el seno de las sociedades occidentales, en las cuales crece la preferencia por tratamientos más “delicados” (shiatsu, reiki, yoga, etc.) que el biomédico (Douglas, 1998). Vale la pena señalar que Douglas trabaja sobre población instruida y de buen nivel socioeconómico de Londres, mientras que Mc Guire (1998) realiza un trabajo similar entre sectores medios en New Jersey.

La categoría de microcontexto¹³ de la vida cotidiana, propuesta por Kleinman (1988), permite describir cómo estos contextos median la relación entre lo social y los procesos personales y no son simples espejos de los macro. En este nivel micro de formaciones sociales y políticas, se dan procesos de confrontación y negociación. Aquí se producen resistencias de la imposición de definiciones dominantes (diagnósticos). Por ejemplo, si un psiquiatra recomienda una medicación cuyos efectos adversos son el aumento de peso, el usuario puede rechazar esto y a su vez elegir qué medicación propuesta por el psiquiatra tomar. Esto es un buen ejemplo de cómo un microcontexto no es un mero efecto de lo macro.

¹³ Que se definen por oposición a macrocontexto, siendo los microcontextos espacios de la vida cotidiana esta forma de trabajo se distingue de aquellos estudios que enfocan grandes ámbitos, despersonalizados.

También la categoría de corporización (*embodiment*) propuesto por Csordas (1994); nos evita el riesgo de entender a la cultura como una abstracción objetivada. Dicho autor propone la perspectiva de ser/estar en el mundo, ya que ésta posibilita hablar de una experiencia vivida, permitiendo captar el sentido de la existencia inmediata. Dentro de este marco, el lenguaje es una modalidad de ser en el mundo, que no sólo lo representa sino que también lo revela, le da existencia. Para dicho autor el *embodiment*, el “hacerse cuerpo” es un campo metodológico definido por una experiencia perceptiva y un modo de presencia en el mundo. Estos conceptos son los que dan a la complementariedad dentro del sistema etnomédico una movilidad que le quita la concepción estática a la experiencia de estar deprimido. Es por ello que necesitamos de conceptos tales como caminos terapéuticos para poder comprender la complejidad de este fenómeno, que se presenta en movimiento constante que se produce en la corporización de la dolencia.

En lo que sigue, describiremos cómo funciona este sistema etnomédico (desarrollando cada uno de las partes que componen el sistema etnomédico) en la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- **El autotratamiento, autoatención, autosanación o medicinas caseras/populares**

El autotratamiento es la primera opción terapéutica en la mayoría de las sociedades (Kleinman, 1980). Creemos conveniente señalar en relación que el área en cuestión – Ciudad Autónoma de Buenos Aires- cuenta con estudios etnográficos de relevancia en lo que hace a la noción de enfermedad y a la importancia que tiene el autotratamiento como opción terapéutica (Luxardo 1998 y 1999, Viotti, 2002 y 2003; Saizar, 2003 y 2006). Es la actividad practicada por legos en el marco de la familia, el barrio y la comunidad; incluye el saber de parientes, amigos y vecinos (Good, 1987).

Menéndez (1992) considera a la autoatención como estructural a todo sistema social. Entiende que es la primera actividad asistencial al padecimiento antes de la consulta al profesional; es lo que denominaríamos el primer nivel de atención de la salud.

La práctica del autotratamiento en Argentina sintetiza conocimientos populares con diversas tradiciones de la medicina oficial –especialmente de la medicina humoral- con rituales terapéuticos de raigambre católica y con otros saberes populares aportados desde los tiempos de la conquista y colonización, hasta el periodo de inmigración masiva de los siglos XIX y XX. Este conocimiento es producto de la síntesis cultural

(Taussig, 1987): El aporte de saberes de inmigrantes europeos y árabes, tanto de elite como populares, es fundamental en el campo de la atención de la salud (Idoyaga Molina, 2002 a y b).

Las prácticas del autotratamiento incluyen un vasto conocimiento acerca de las propiedades terapéuticas de vegetales, de algunos elementos animales, en menor medida minerales, y otras antiguas técnicas de origen biomédico, como el uso de cataplasmas, ventosas, parches, bálsamos, baños de asiento, sangrías, entre muchas otras.

En el contexto del autotratamiento, es un procedimiento común la cura “de palabra”. Se trata de fórmulas que se transmiten en Noche Buena, la víspera de San Juan o en Viernes Santo y que se mantienen en secreto. Se trata de personas que poseen fórmulas para curar diversas enfermedades como las quemaduras, el empacho, la angina, las verrugas, entre muchas otras. Las oraciones aluden a pasajes de la vida de Cristo en los que cura algún enfermo. Refieren a santos que han padecido la enfermedad que se trata de curar, invocan a la Virgen y a Dios. La cura de palabra tiene soporte en el poder y las acciones de los personajes míticos del cristianismo, tales como Dios Padre, Jesús, el Espíritu Santo, vírgenes y santos. Figuras que son invocadas y, a veces, traídas al presente a través de la enunciación de sus actos milagrosos. La mención de palabras es generalmente acompañada de técnicas rituales, cuya eficacia radica en símbolos del catolicismo (Idoyaga Molina, 1999 a; 2001 b y 2002 a).

Las recetas, en su mayoría de origen vegetal, y las técnicas mencionadas, se describen en términos de la clasificación de las enfermedades (frías y cálidas), sucediendo lo mismo con los remedios (cálidos y fríos). Se trata de un conocimiento con origen en la medicina humoral y otras antiguas teorías biomédicas. Esta medicina se practica en las aldeas rurales y pervive, a pesar de que los individuos migren a contextos urbanos. En este último caso, se proveen de los elementos necesarios en mercados o almacenes de otros migrantes (Idoyaga Molina, 2002a).

Esta medicina es comunitaria, dado que el saber se halla repartido entre los miembros de la comunidad y opera por medio de la reciprocidad indirecta (Mauss, 1972) en provecho de la comunidad. Es, a diferencia de otras, gratuita (Idoyaga Molina, 1999 b).

Vale la pena destacar que el autotratamiento puede ser dividido en distintos tipos: El autotratamiento tradicional, el biomédico, el religioso y el alternativo. A su vez, pueden combinarse de distintas maneras hasta llegar al punto en que todos ellos se combinan al mismo tiempo.

El autotratamiento tradicional –al que recién aludimos- consiste en la atención de la salud por medio de remedios caseros como las infusiones, el uso de cataplasmas, parches, ventosas, vapor, ungüentos, grasas y otros preparados, la utilización de hierbas, la práctica ritual de la cura de palabra, entre muchos otros recursos. El ejemplo típico es la cura del ojeo que se le pide a algún pariente o conocido.

El autotratamiento biomédico consiste en el consumo de fármacos de laboratorio. Sin que medie una consulta y prescripción del biomédico, se recurre a determinados fármacos siguiendo los consejos de familiares, amigos y publicidades.

Pese a la recomendación por parte de las autoridades médicas y gubernamentales de no autoprescribirse medicamentos, el autotratamiento biomédico es una de las primeras opciones en la población argentina (Idoyaga Molina, 2002a). Sirva de ejemplo la importante cantidad de venta de medicaciones sin receta y la importante cantidad de propagandas, tanto televisivas como en medios gráficos, que tienden al consumo de fármacos.

Denominamos *autotratamiento religioso* al conjunto de acciones que los individuos realizan con intención terapéutica o preventiva. Entre ellas figuran el rezo, las promesas a santos y a vírgenes, las peregrinaciones a santuarios y el encendido de velas (por ejemplo, la peregrinación a San Cayetano).

Llamamos autotratamiento alternativo a las técnicas que se utilizan como para prevenir o curar la enfermedad, a través del manejo de energía –como las del reiki, la cromoterapia, la aromaterapia, etc.-. Es común que los usuarios de esas medicinas aprendan técnicas que luego usan en su propio provecho, en forma de autotratamiento. Así, por ejemplo, algunas personas por medio de la meditación, el control mental o el manejo energético se envuelven en conos de luces violáceas o azules para prevenir o eliminar las energías negativas que han recibido.

▪ **La biomedicina**

La biomedicina, en su versión alopática, pretende llegar en forma gratuita a la totalidad de la población mediante un sistema de hospitales y centros de salud. Es la medicina oficial en nuestro país.

La biomedicina es una disciplina que tiene fundamento en tres importantes ideas: en primer lugar, el médico, como agente activo en el proceso sanitario; en segundo término, el enfermo como agente pasivo, por ello es "paciente"; en tercer lugar la

entidad nosológica, la enfermedad que es el vehículo y nexo de la relación médico-paciente.

A su vez hay unas muy importantes y distintas especialidades médicas –y subespecialidades que no incluiremos en esta descripción- aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación: Anatomía patológica, Anestesiología, Cardiología, Cirugía cardiovascular, Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía general, Cirugía infantil, (cirugía pediátrica), Cirugía plástica y reparadora, Cirugía de tórax (cirugía torácica), Clínica médica, Dermatología, Diagnóstico por imágenes, Radiología, Tomografía computada, Resonancia magnética, Ecografía, Endocrinología, Infectología, Fisiatría (medicina física y rehabilitación), Gastroenterología, Geriátrica, Ginecología, Hematología, Hemoterapia, Medicina del deporte, Medicina del trabajo, Medicina general y/o medicina de familia, Medicina legal, Medicina nuclear, Radioterapia o terapia radiante, Nefrología, Neonatología, Neumonología, Neurología, Nutrición, Obstetricia, Oftalmología, Ontología, Ortopedia y traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría (clínica pediátrica), Psiquiatría, Reumatología, Terapia intensiva, Tocoginecología, Toxicología y Urología (Ministerio de Salud, 2001).

La importante cantidad de especialidades nos permite distinguir la parcialización de las distintas áreas del cuerpo, lo que hace una visión alopática de la enfermedad.

Asimismo, cabe consignar una particularidad de la Argentina: A diferencia de otros países –EEUU, Alemania, España y otros- los homeópatas son biomédicos (Idoyaga Molina, 2002a).

▪ **Las medicinas tradicionales o Folk**

Continuando con la descripción del sistema etnomédico en Argentina, podemos afirmar que el curanderismo y el shamanismo son las denominadas “medicinas tradicionales”.

En nuestro intento de pensar la relación entre cultura y trastorno mental, cabe destacar que el shamanismo es una institución que desde una visión etnocéntrica se ha pensado como enfermedad mental (Idoyaga Molina y Korman, 2008). Es decir, se ha pretendido incluir a las prácticas shamánicas en el repertorio de las patologías mentales que se disimulan mediante el uso de un disfraz culturalmente aceptado.

El curanderismo, por su parte, 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, 2002a y b). Entre los saberes de origen humoral se destaca la concepción que califica los males y los remedios en cálidos y fríos. Se trata de conocimientos profundamente reformulados, como ha notado Foster (1994) en relación con poblaciones de México e Idoyaga Molina (1999a y 2000b) en relación con nuestro país.

Estos conocimientos y prácticas ilustran cómo, en el proceso histórico, saberes y técnicas médicas son refigurados una y otra vez. La teoría humoral fue en otra época la medicina oficial. Sin embargo, hoy en día la comunidad biomédica descalifica estos saberes en la mayoría de los casos y suele desconocer su origen en la propia tradición de la medicina occidental.

La lectura de la tradición médica, y cómo esa lectura es interpretada, ha sido objeto de estudio de diversos autores en la historia de la medicina (Foucault, 1986, 1996). Las selecciones arbitrarias en la construcción de la medicina oficial llevan a producir una serie de olvidos, que pueden ser visualizados en el desconocimiento por parte de los biomédicos del saber de los curanderos y curadores tradicionales como antigua biomedicina (Idoyaga Molina, 2002a).

Cuando hablamos de saber popular o de élite estamos refiriendo a las tradiciones aportadas por los inmigrantes, especialmente españoles, italianos y árabes. Dicho aporte es evidente, por ejemplo, en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de taxa vernáculos como el mal de ojo¹⁴, aikadura, mal aire, empacho, susto, culebrilla, tiricia, pulso, brujería o mal hecho, abertura de carnes, entre muchos otros. Ilustran

¹⁴ El ojeo es el desbalance energético que provoca en las personas más débiles la energía de la mirada o del pensamiento de las personas más fuertes. El mal aire supone como síntomas, entre otros, ronchas en el cuerpo y dolores musculares en el cuello y la espalda. Su etiología es diversa y multicausal. Es susceptible de ser clasificado como un desequilibrio orgánico, lo que involucra nociones de cálido y frío de raigambre humoral; como un desequilibrio espacio-ambiental referido a los espacios negativos de poder contaminante y nefasto; como un desequilibrio vinculado con las relaciones interpersonales por lo cual es equiparado a la brujería que también supone intencionalidad; como desequilibrio religioso-ritual es acción del diablo, lo que implica la transgresión de espacios calificados como un abra o algunas áreas de un cerro. El susto en la región del NOA implica un desequilibrio entre las entidades que integran la persona y connota la separación del alma del cuerpo como consecuencia de una vivencia o una emoción fuerte. La aikadura, por su parte, refiere a una enfermedad que es el resultado de la trasgresión de un tabú, es adquirida por el feto cuando las mujeres en período de gestación entran en contacto directo con materia sin vida como un cadáver humano o un animal muerto; al mismo tiempo, pero menos frecuentemente, puede afectar a personas adultas por pensar demasiado en los muertos. La agarradura, también llamada pilladura, implica un desequilibrio ritual; es resultado del incumplimiento de los rituales a Pachamama y a las deidades en general. El individuo es más proclive a enfermarse si pasa por abras u ojos de agua prohibidos u otros lugares de calidad negativas. La brujería se manifiesta como problemas físicos o emocionales, según la técnica implementada para ejecutar el daño. La envidia es la enfermedad que padece quien es objeto de tal sentimiento; generalmente está en conexión con aquellos atributos que son objeto del deseo. La tiricia es la tristeza por añoranza, es común en los niños que pierden sus vínculos sociales, lazos familiares importantes, en especial de la madre.

estas tradiciones el diagnóstico del mal de ojo con agua y aceite, la curación del empacho “tirando al cuerito”, el tratamiento del susto llamando el alma del enfermo, entre muchos otros saberes y prácticas.

La terapéutica ritual incluye rezos, invocaciones, pedidos y encendidos de velas a las deidades cristianas, la utilización y consumo de agua bendita, la triple repetición de acciones que implica la manipulación del poder del tres –número sacralizado por su asociación a la Trinidad-, el uso de agua y aceite, el sahumado de los pacientes y de los espacios corrompidos, y la ejecución de la señal de la cruz, símbolo de vida y restauración (Idoyaga Molina, 2001).

En Argentina. el shamanismo es la medicina tradicional en las sociedades indígenas del Gran Chaco –Pilagá, Toba, Mocoví, Wichí o Mataco, Chiriguano, Chané, Chorote, Chulupí y Tapiete-, de Misiones –Guaraní- y del sur –Mapuche-. Es una institución de características muy disímiles según los diversos grupos étnicos (Chaumeil, 1995), por lo que es preferible hablar de shamanismos, antes que universalizar algunas prácticas particulares de shamanismos concretos como lo hace Eliade con los paleosiberianos (Eliade, 1994), y sus múltiples repetidores (Winkelman, 1992). Las instituciones shamánicas, por otra parte, han experimentado profundos cambios que consideramos estrategias adaptativas a las transformaciones producidas por la situación de contacto (Turner, 1995).

Al considerar el impacto del shamanismo, es claro que en nuestro país tales prácticas no son una opción terapéutica utilizada por la mayor parte de los usuarios, ya que la población indígena es muy reducida. Pese a ello, el shamanismo es una estrategia terapéutica de primer orden entre los grupos indígenas del Gran Chaco, incluyendo en muchos casos a la población criolla que por cercanía espacial y por la fama que alcanzan algunos shamanes recurre a estos sanadores en búsqueda de una solución a sus dolencias físicas y otros tipos de aflicciones.

Debido a la tendencia creciente en las sociedades industrializadas y desarrolladas a tratarse con distintas medicinas, las prácticas shamánicas han comenzado a constituirse en una opción urbana. En rigor, deberíamos hablar de las prácticas neoshamánicas, pues se trata de practicantes occidentales que han adquirido la condición de shamán en escuelas como la que lidera Michael Harner representada en el campo local por la Lic. Eugenia Lerner, líder de la institución ‘El Círculo Chamánico’. En lo que hace a nuestro país, el neoshamanismo –con una filial de la citada escuela- se limita a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y muestra nociones tomadas de los shamanismos especialmente siberianos y esquimal, aunque profundamente

refigurados, en un marco de difusión de ideas *New Age*, sintetizando nociones provenientes de diferentes raigambres, entre las que quizás tengan especial peso ciertos conceptos orientales referidos a la meditación, técnicas del cuerpo, formas de respiración, entre otras (Idoyaga Molina, 1997; Saizar, 2006). Cabe entonces aclarar que, mientras definimos a los shamanismos indígenas como medicinas tradicionales, incluimos al neoshamanismo entre las medicinas alternativas.

Es importante precisar que tanto shamanes como curanderos incorporan y refiguran constantemente diversos elementos, tipos de servicios y conocimientos que les permiten adaptarse al nuevo contexto local y global, convirtiéndose en una opción apreciada por individuos de todos los niveles socioeconómicos y educacionales. De alguna manera la dinámica histórica y los procesos de cambio juegan un papel fundamental en la transformación de las prácticas curanderiles y shamánicas (Bacigalupo, 2001; Lock y Nichter, 2002).

▪ **Medicina religiosa**

Cuando nos referimos a las medicinas religiosas hacemos referencia a las prácticas terapéuticas realizadas en cultos, consultas particulares, grupos de oración y otras actividades, que están en coherencia con los sistemas de creencias evangélicos, católicos y afroamericanos –principalmente Umbanda- destinadas a la sanación corporal y espiritual (Idoyaga Molina, 1999a y 2000a). Estas actividades se realizan tanto en el marco de prácticas religiosas institucionales, misas y cultos, como en atenciones de especialistas que pueden no ser reconocidos oficialmente o no pertenecer a alguna iglesia institucionalizada. Tal es el caso de Isolina, una afamada sanadora carismática de La Salada (Viturro, 1998).

Las acciones terapéuticas incluyen grupos de oración, sanaciones en los cultos, curaciones en consultas privadas, entre otras (Bourguignon, 1976). La atención posee un amplio espectro y muy distintos componentes, tal como lo plantean Csordas y Kleinman (1996) en el análisis de la cura religiosa, fenómeno que generalmente ha sido tratado de manera limitada, empobreciendo dicha manifestación.

La noción de enfermedad en las representaciones religiosas implica una dimensión orgánica, una dimensión psíquica, una dimensión espiritual y social. Como ya señalamos, también el concepto de terapia sustentada por carismáticos y evangélicos es similar a las tradicionales; son medicinas que manejan energía y proporcionan un tratamiento integral.

En nuestro país, el discurso biomédico se caracteriza por una doble actitud hacia las medicinas religiosas. En efecto, se toleran las curas en contextos católicos y evangélicos haciendo hincapié en que se trata de un consuelo espiritual y no de administración de fármacos, mientras que los sanadores de cultos afroamericanos son tratados de embusteros que se aprovechan de la necesidad de la gente (Idoyaga Molina, 2002 a). Por otra parte, la tolerancia hacia los curas sanadores y otras prácticas del catolicismo no pueden dejar de asociarse con el poder de la Iglesia en nuestro país (Idoyaga Molina, 1999 a).

Vale la pena señalar que el fenómeno de lo religioso en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es un fenómeno muy extendido, motivo por el cual le dedicaremos un apartado específico para describir la diversidad religiosa.

- **Terapias alternativas**

La aparición de las terapias alternativas en las sociedades occidentales, al igual que el de las medicinas tradicionales en las otras sociedades, sin duda tiene que ver con muchos factores y no sólo con el carácter holístico de estos tratamientos. Entre estos factores encontramos la falta de eficacia para enfrentar las llamadas nuevas enfermedades, las que por ejemplo en Francia representan entre el 60% y 85% de los episodios de enfermedad (Laplantine, 1999). Muchas de estas medicinas se hallan asociadas a los fenómenos *New Age* (Carozzi 2001; Idoyaga Molina 1997). Douglas (1998) considera que la denominación de medicinas alternativas es preferible a la de complementarias, ya que se trata de terapias que responden a un tipo de demanda curativa diferente, proceden de otra fuente y están basadas en principios diferentes; dicha autora los va a ubicar como una alternativa contracultural, una oposición de lo espiritual a lo material.

Existen distintas medicinas alternativas en Argentina; ellas son, principalmente: la acupuntura, la medicina ayurvédica, la cromoterapia, la gemoterapia, la aromaterapia, el neoshamanismo, entre otras posibilidades siempre crecientes.

Las terapias alternativas son comunes en los centros urbanos donde concurre población de sectores medios y altos, mientras que los sectores menos pudientes y campesinos ven dificultado su acceso a estas formas terapéuticas por problemas de costo y distancia (Idoyaga Molina, 1997 y 1998).

La opción por las terapias alternativas es un hecho cada vez más frecuente, tanto en nuestro país (Carozzi, 2001; Idoyaga Molina, 2002 a, 2003 ; Idoyaga Molina *et al*, 2003; Saizar 2003 y 2006) como en el resto del mundo. De acuerdo a la OMS (2002),

en Estados Unidos un estudio del *Journal of the American Medical Association* indicó que el uso de al menos 1 de 16 terapias consideradas alternativas aumentó del 34% en 1990 al 42% en 1997. Asimismo, la acupuntura, originaria de China, se utiliza en la actualidad en, al menos, 78 países y no sólo la practican acupuntores, sino también biomédicos. (OMS, 2002).

Complementariedad terapéutica

El mencionado fenómeno de la complementariedad es común en todas las sociedades y depende principalmente de las representaciones culturales y vivencias de la enfermedad y de la cura (Csordas, 1987; Douglas 1998; Good ,1987; Idoyaga Molina, 2002; Idoyaga Molina y Korman, 2002; Kirmayer 2001; Kleinmann 1989; Csordas y Kleinmann ,1996; Korman y Garay, 2005; Korman 2006). Este fenómeno es visto a partir de la conceptualización del sistema etnomédico. Los usuarios del sistema de salud combinan distintas estrategias para la resolución de sus problemas. Consecuentemente, la frecuentación a diversas medicinas es un hecho recurrente en las sociedades modernas.

En lo que hace a las recomendaciones de organismos internacionales, en la Declaración de Alma Ata se revalidaron e impulsaron las estrategias de complementariedad terapéutica (OMS, 1978).

En la actualidad, en toda la práctica médica hay un serie de estrategias formales e informales de complementariedad terapéutica. Un buen ejemplo de ello es la complementariedad que suele darse entre psicoterapia y medicación farmacológica en una serie importante de trastornos mentales (Garay *et al*, 2008).

Asimismo, hemos visto cómo el sistema etnomédico da lugar a diversas ofertas terapéuticas no sólo en función del padecimiento, sino en función de las ideas de salud y enfermedad que sostenga el usuario. De hecho, creemos que es fundamental plantear la importancia de conocer las estrategias terapéuticas utilizadas por los usuarios, para así incorporar dichas creencias a la hora de contextualizar el caso y evaluar el formato que habrá de darle el psicoterapeuta al tratamiento.

Terapia Cognitivo-Conductual

"Una de las cosas que me gustan de verdad de la terapia cognitiva es que sirve de complemento a las creencias espirituales de cada uno. Sea cual sea su orientación religiosa, en el momento de la recuperación verá de pronto más hondo en sus propias raíces espirituales. Esto será así incluso si usted no es religioso y no cree en Dios. Todos tenemos valores y creencias que pueden ser fuente de opresión y ansiedad o de liberación y alegría."

Burns, D. 2006: 30

Breve Historia de la Terapia Cognitivo-Conductual

Durante la primera mitad del siglo XX, el campo de la psicoterapia fue monopolizado por el psicoanálisis y las corrientes derivadas del mismo. Muchos de los discípulos de Freud (Adler, Jung, Horney, Sullivan, entre otros) propusieron importantes modificaciones a la teoría, dando lugar a estrategias terapéuticas disímiles en el trabajo clínico concreto (Garfield y Bergin, 1994).

Con el transcurrir de los años fueron apareciendo otras corrientes psicoterapéuticas, como la psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1942) que difería de muchas maneras con la terapia psicoanalítica, entre muchas otras.

Por otra parte, la terapia conductual (que se venía desarrollando muy lentamente) tuvo un fuerte apoyo a partir de la publicación –en 1958- de “Psicoterapia de inhibición recíproca” de Joseph Wolpe, quien impactó en el pensamiento de los especialistas de EEUU durante la década del ‘60. Wolpe y sus discípulos más conocidos (Arnold Lazarus y Stanley Rachman) realizaron numerosos estudios que alcanzan notables logros (Kris, 2002).

El principal aporte de la terapia conductual fue poner énfasis en la conducta y en el desempeño del paciente, así como acentuar el rol más directivo del terapeuta. Por otra parte, tanto Rogers como los conductistas destacaron la evaluación de los resultados en los tratamientos. Otra diferencia entre estos enfoques y el psicoanálisis era la relativa brevedad que tenían estos nuevos tratamientos (duraban unas semanas o meses, mientras que las terapias de orientación psicoanalítica requerían largos años).

A mediados de 1950, una Comisión Conjunta sobre Enfermedad Mental (*Joint Commission on Mental Illness and Health*) fue citada en el Congreso de Estados Unidos para dirigir un amplio estudio sobre la enfermedad mental y su tratamiento. Dicha

investigación señaló que la psicoterapia a largo plazo (psicoanálisis) era aplicada a población de clase media y alta que no se encontraba seriamente perturbada (Garfield y Bergin, 1994).

En 1952 Hans Eysenk lanza un provocador desafío a la psicoterapia, publicando una revisión de 24 estudios en los que concluye que no había ninguna evidencia empírica que pudiera probar la efectividad de la psicoterapia y que el psicoanálisis era incluso menos efectivo que la ausencia de terapia. Este artículo dio lugar a una importante serie de investigaciones y contrargumentaciones a lo dicho por Eysenk (Garfield y Bergin, 1994; Semerari, 2002).

Las terapias cognitivas, por su parte, nacieron en los años 60 en Estados Unidos, de la mano del desarrollo de teorías y modelos psicoterapéuticos, cuyo objetivo era disminuir el malestar generado por los trastornos depresivos y ansiosos en un lapso relativamente breve. Se diferenciaron rápidamente de las corrientes psicológicas dominantes en la época: el psicoanálisis y el conductismo. Su foco particular era –y es actualmente– el papel de la cognición en los fenómenos mentales patológicos (Fernández Álvarez y Opazo, 2004; Keegan, 2007). Previamente, se produjo una gran revolución en las ciencias humanas que fue conocida como revolución cognitiva (Kris, 2002) que influenció todo el ulterior desarrollo de la psicoterapia.

Hay una serie de abordajes muy distintos que podrían ser incluidos dentro de las terapias cognitivas.

Algunos de los terapeutas de la conducta empezaron desde muy temprano a integrar en sus teorías elementos cognitivos; sirva de ejemplo A. Lazarus, quien defendió un eclecticismo (Kris, 2002). Asimismo, entre estos distintos abordajes de origen conductual encontramos elementos cognitivos para la ampliación de los modelos explicativos de la terapia de la conducta. Entre éstos podemos destacar el aprendizaje de modelos de Bandura, el condicionamiento latente de Homme y Cautela entre los principales (Kris, 2002).

Otro grupo de autores son los que integran los abordajes de reestructuración cognitiva, entre los que vale la pena señalar a Beck y Ellis. Sus principales argumentos para el cambio parten de las pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación que sustentan la conducta (Kris, 2002). El punto de partida de estos abordajes está basado en la posibilidad de modificar dichos pensamientos y, en consecuencia, los sistemas de creencias asociados a ellos (Fernández Álvarez, 1992). La sustitución de estos modos de pensar produciría una mejora en las personas perturbadas.

Desde un comienzo, estos desarrollos adquirieron un fuerte compromiso con la investigación empírica, en aras de validar dichos conocimientos, tanto en lo que hace a las terapias como a las teorías que las sustentaban (Beck, 2005).

Con el correr de los años, las terapias cognitivas se multiplicaron y diversificaron, aplicándose a distintos trastornos y problemas en gran parte del mundo. Se generaron nuevos interrogantes y nuevos desafíos que dieron lugar a distintos modelos cognitivos, en muchas ocasiones centrados en problemas nuevos y en otras desde posiciones epistemológicas distintas.

Estas distintas posiciones epistemológicas se advierten más intensamente al comienzo de la década del '80. El interés de las mismas no provenía de la insatisfacción de los resultados clínicos sino de un malestar esencialmente teórico (Semerari, 2002).

La terapia cognitiva en la Argentina

Para enmarcar temporalmente a la terapia cognitiva, recurrimos a la periodización que Klappenbach (2006) desarrolla sobre la historia de la psicología argentina. Dicho autor establece un primer período que es el de la psicología clínica, experimental y social (entre 1895 y 1916). En segundo lugar, el período de la psicología filosófica (desde 1916 hasta 1941). En tercer lugar, el período de la denominada psicotecnia y orientación profesional (entre 1941 y 1962). Posteriormente, el período centrado en el debate sobre el rol profesional del psicólogo (1960-1983). El último período, de la plena institucionalización, iniciado en 1984, ha conducido a un importante desarrollo de la psicología en todo el país.

Es en este último período donde hace su aparición la orientación cognitiva en la Argentina. Entre los años '70 y '80, unos pocos profesionales de nuestro país empiezan a interesarse por los modelos de orientación cognitiva.

En los años 80, el grupo de la Fundación Aiglé (fundada en 1977 y liderada por Héctor Fernández Álvarez) comienza a interesarse en los modelos cognitivos. En 1987, se funda el Centro de Terapia Cognitiva (CTC), liderado por Sara Baringoltz. Paralelamente, Herbert Chappa funda el Centro de Terapias Cognitivas e Integrativas (CETEM) en la ciudad de La Plata y Juan Balbi impulsa la creación del Centro de Terapia Cognitiva Post-racionalista (CETEPO). Estos centros de asistencia, investigación y docencia fueron los pioneros en la introducción de las terapias cognitivas en Buenos Aires.

Con el fin de impulsar el crecimiento de este modelo, se funda en 1991 la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva.

Progresivamente la terapia cognitiva fue ganando espacios en ámbitos institucionales y universitarios. En el plano universitario, la primera carrera de postgrado en el campo de la psicología que fue acreditada en el país fue la Maestría en Psicología Clínica de Orientación Cognitiva que se implementó en la Universidad Nacional de San Luis en 1993. Asimismo, en la Universidad Nacional de Mar del Plata el equipo de Aiglé comenzó a viajar hacia 1992, iniciando varios cursos de postgrado en aquella universidad. En la actualidad, este mismo grupo ha desarrollado una Maestría de Psicología Clínica Cognitiva en la Universidad de Belgrano.

En 1995, Eduardo Keegan inicia la formación cognitiva de postgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En el 2000 se lo nombra Profesor Titular a cargo de la segunda cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, primera materia obligatoria cuya orientación teórica no era psicoanalítica o psicodinámica, hecho que da cuenta del acceso de la orientación cognitiva a un ámbito tan psicoanalítico como la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Eclecticismo técnico de la TC

El interés común a estos distintos modelos se centra en el papel de los procesos cognitivos, esto es, en el modo en que se significan e interpretan las experiencias a lo largo de la vida. Dichos procesos tienen un rol fundamental en la aparición y en el mantenimiento de los trastornos y problemas que aquejan al ser humano.

La terapia cognitiva presenta un eclecticismo técnico (Clark y Beck, 1997), hecho que permite la posibilidad de aplicar una gran variedad de técnicas de intervención. Este hecho se encuentra respaldado por la gran cantidad de enfoques cognitivos que presentan diversas técnicas de intervención en función de cada trastorno específico. Por otra parte, distintos autores de orientación cognitiva proponen modelos integrativos de psicoterapia (Fernández Álvarez, 1992; Safran y Greenberg, 1988), en los cuales son integrados indistintamente técnicas y modelos teóricos, en pos de hacer de la psicoterapia una práctica eficaz.

El eclecticismo técnico que posibilita la terapia cognitiva daría lugar a la complementariedad terapéutica. La Antropología Médica brinda este concepto, que nos permite analizar este fenómeno que ocurre en el campo de la psicoterapia cognitiva. Dentro de esta orientación hay muy distintas ideas acerca de cómo se

construye la realidad (sirva de ejemplo la discusión entre constructivistas y terapeutas cognitivos estándar [Semerari, 2002]). Ello implica una serie de posibilidades de complementariedad que está ligado a su eficacia, es decir, es la verificación de los resultados mediante los estudios los que dan cuenta de la efectividad de la psicoterapia cognitiva, y no sus presupuestos teóricos. De hecho, podemos tener dos tratamientos con el mismo nivel de validez, y que sin embargo presenten tanto diferencias técnicas como teóricas. Al respecto, sirva de ejemplo el tratamiento para la fobia social propuesto por Barlow (2002) y el modelo de Clark y Wells (1995), los cuales presentan diferencias teóricas y técnicas, obteniendo igualmente resultados similares (los segundos postulan que las técnicas de relajación son negativas, mientras que el primero lo considera una herramienta fundamental del tratamiento). Es así como se da lugar a diversidad de tratamientos y a la posibilidad de adaptarlos a la perspectiva del cliente.

En relación con este fenómeno, en nuestro país se han realizado estudios tomando como objeto la recomendación del yoga como estrategia complementaria hecha por los psicoterapeutas cognitivos, en relación con muchos de los pacientes que se hallan englobados en los trastornos de ansiedad en la ciudad de Buenos Aires (Korman y Saizar, 2006; Korman et al., 2006). Este estudio nos habla de un hecho que ocurre espontáneamente por parte de los terapeutas cognitivos, que es complementar tratamientos en función de la patología.

Esquemas y creencias

“Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.) Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Epicteto escribió en El Enchiridón: Los hombre no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen. Del mismo modo que el estocicismo, las Filosofías orientales, como el Taoismo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas

Beck, A., 1983: 17

La terapia cognitiva para la depresión surge en la década de los 60. Ya en aquel entonces eran conocidos los pro y los contra de los primeros antidepresivos (Keegan, 2007). Beck era un psiquiatra de orientación psicodinámica cuyo foco de investigación era la depresión. En primer lugar, investiga el relato de los sueños de los depresivos buscando confirmar ciertas hipótesis psicodinámicas acerca de la depresión (Beck, 1983).

Este estudio lleva a Aaron Beck hacia un giro orientado a conceptualizaciones cognitivas tomadas de su formación en neuropsicología (Keegan, 2007) y a dar el salto epistemológico que le permite ser uno de los padres de la Terapia Cognitiva en la actualidad, junto con otros autores como Albert Ellis, Michael Mahoney (Kris, 2002).

Dentro de la terapia cognitiva hay un concepto esencial para entender el eclecticismo técnico existente en dicha modalidad de tratamiento: El concepto de esquema. Éste es utilizado para explicar los motivos que llevan al paciente a mantener el sesgo negativo sobre la realidad. El esquema designa estos patrones cognitivos, es el filtro que significa y evalúa el exterior e incluso determina qué estímulos serán evaluados y cuáles no. *“Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (...) Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de una persona”* (Beck, 1979:21). En este fragmento podemos ver que Beck toma varias ideas postuladas por autores tales como Frederik Bartlett (1932) y Jean Piaget (Keegan, 1998), una idea más que interesante debido a que la memoria deja de ser concebida como un proceso de recuperación de representaciones para ser considerada un proceso activo de evocación determinado por el esquema, concepto

central en la obra de Barlett (1932). Apela a su vez a los desarrollos de Piaget (1973) y la conceptualización que éste tiene de esquema, a la vez que señala la existencia de conceptos similares en otros autores tales como Rapaport-Postman-Kelly (constructos personales) (1955) y en Bruner (sistemas de codificación) (Beck, 1983; Keegan, 1998 y 2007).

Beck sugiere que en el desarrollo normal de todo ser humano se construyen esquemas con los cuales procesamos e interpretamos las situaciones que nos tocan vivir. Los esquemas se constituyen en la infancia, atravesando distintos estadios que concluyen hacia finales de la adolescencia, y funcionan en todo momento como formas de organizar en forma comprensible la realidad que percibimos. Ciertas circunstancias vitales pueden determinar la constitución de esquemas, que al ser evocados en años posteriores conduzcan a interpretaciones idiosincrásicas. Keegan (1998) propone dos fuentes teóricas para que Beck postule esta idea: en primer lugar, la teoría de los dos tiempos en Freud, y en segundo término, los estadios de la inteligencia de Piaget.

Beck formula una teoría cognitiva de la depresión según la cual este trastorno resultaría de la activación de esquemas disfuncionales generados en la infancia, disparados por circunstancias específicas en la adolescencia y en la adultez (Keegan, 1998). Para Beck no es el ánimo decaído el centro del trastorno depresivo, sino el efecto de la activación del esquema depresogénico (Keegan, 2007). Partiendo de este concepto, Beck elaboró un modelo general para los desórdenes psicológicos en cuya cadena causal se postula la existencia de un conjunto de esquemas o modelos cognitivos desadaptativos que dan lugar a los distintos síndromes psiquiátricos y se expresan en forma de pensamientos automáticos. Ello da lugar a la posibilidad de que terapeuta y paciente colaboren para dilucidar los esquemas que sustentan el sufrimiento del paciente. Los esquemas se manifiestan como afirmaciones de creencias, hecho que se presta a la verificación lógica y el análisis empírico (Semerari, 2002).

Por lo que podemos ver, los esquemas son modelos cognitivos abiertos que se organizan de manera distinta según el trastorno. Es decir, si logramos rearmar ese dispositivo de procesamiento de una manera distinta brindaremos paliativos a gran parte de los sufrimientos. El concepto de esquema es abierto, y funciona de manera pragmática en función de cada trastorno. La modificación de un esquema es amplia, debido a que no hay una única forma de modificarlo. No hay una forma claramente definida de distinguir cuál es la forma correcta de corregir el funcionamiento de un esquema. Es por ello que se pueden observar una importante diversidad de

herramientas para la modificación de estos esquemas. De hecho, la terapia cognitiva incorpora distintas herramientas, sin importar el marco teórico en que ellas fueron desarrolladas, cuyo objetivo es modificar el modo de procesamiento de la información. Es decir, revisar los significados que el paciente ha construido a lo largo de toda su vida. Debido al eclecticismo técnico que caracteriza a la terapia cognitiva, las técnicas que se pueden utilizar con este objetivo son casi ilimitadas. Ello implica que, si se investiga y los resultados son positivos, la técnica podrá ser incorporada. Esto puede ser apreciado en la gran cantidad de técnicas de orientación cognitiva que integran a su vez las técnicas conductuales (Dobson, 2001; Leahy, 2003; Mc Mullin, 2000), y en la importante implementación de técnicas orientales de conciencia plena en los tratamientos cognitivos de tercera generación (Borkovec y Roemer, 1994; Hayes, 2002; Linehan, 1993; Segal, Williams y Teasdale, 2002). En resumen, los conceptos amplios como el de esquema, y una visión puesta en la eficacia y en la mejora de la calidad de vida de la persona que padece un trastorno mental, más que en las causas y en la teoría, son los motivos que hacen a la diversidad técnica.

El término creencia¹⁵, por su parte, guarda concordancia con la generalidad que presenta el concepto de esquema. De hecho, las creencias componen los esquemas, son su contenido cognitivo. Es una categoría más concreta en relación con aquello que es el patrón a partir del cual todos los estímulos son leídos. Según Judith Beck (2000), las creencias pueden ser divididas en creencias centrales e intermedias. Las creencias intermedias consisten en actitudes, reglas y presunciones que son formuladas a partir de las creencias centrales. Las creencias centrales, por su parte, son ideas fundamentales y amplias, que no suelen salir a la conciencia en forma verbal. A pesar de ello, reflejan una manera de percibir la realidad, que no es elaborada críticamente por el sujeto; son consideradas una verdad sin más. Algunas creencias pueden activarse en ciertos contextos, tales como el momento de estar deprimido. Otras pueden ser patrones que funcionan en contextos diversos. Por ejemplo, la creencia de Dios puede estar inalterada en distintos momentos, y a su vez puede ser puesta en duda ante alguna circunstancia específica. A su vez, cuando esta creencia está funcionando, el mundo es leído a partir de ella, esto es, organiza la realidad percibida por el sujeto, influyendo en la forma en que la persona lee el mundo. Beck (2000) sostiene que dado que las creencias (centrales e intermedias) son modos

¹⁵ La conceptualización que se presentará en el recorrido de esta tesis en torno al término “creencia” será tomada en función de la definición aquí presentada.

de organización de la realidad aprendidas a partir de la interacción con el mundo, éstas también pueden ser desaprendidas. Por ejemplo, si la creencia central de una persona deprimida es “soy un inútil”, contrastando esta creencia empíricamente con la realidad (supongamos que obtiene importantes logros académicos), ésta puede ser desconfirmada por el mismo sujeto.

En los primeros desarrollos teóricos y técnicos de la terapia cognitiva podemos ver conceptos genéricos en el plano teórico y aplicaciones clínicas muy concretas. Ello dará lugar a que la terapia cognitiva presente una importante producción de herramientas técnicas en función de problemas clínicos concretos.

Integración de psicoterapia cognitiva y antropología médica

La integración entre modelos teóricos de psicoterapia y la teoría antropológica médica tiene una larga historia. Nuestro marco teórico enfatizará la integración entre los modelos de psicoterapia cognitiva y de antropología médica. Pese a no estar dentro de nuestro marco teórico es conveniente señalar los antecedentes (pioneros en el área) que integraban el psicoanálisis y la antropología. Uno de los primeros autores es Benedict (1934) quien se interna en los “*patterns of culture*”, una proyección ampliada de la psicología individual a la cultura que la separa del universo de las vivencias hasta desembocar en el configuracionalismo. Mead (1935), posiblemente bajo la influencia de Bateson, acentúa los aspectos psicoanalíticos tanto en el trabajo de campo como en el abordaje teórico. Linton (1945) desde el campo de cultura y personalidad se internó en la temática de la dinámica cultural. Encontramos, así, el surgimiento de la psicología cultural con Kardiner (1939) y Roheim (1973) y su lectura psicoanalítica de los mitos, que lo llevó a afirmar la existencia de una continuidad psicológica que subyace a todas las manifestaciones culturales, quedando el shamanismo fuera de los focos principales de interés de la antropología norteamericana. Desde los trabajos de Georges Devereux, que unificó los dos dominios, la palabra etnopsicoanálisis tiene el mismo sentido que etnopsiquiatría (1981).

Por lo tanto, pese a que no incluyamos en el marco teórico; en lo que respecta a la psicología, desde las distintas líneas teóricas se han desarrollado estrategias de complementariedad. No es patrimonio específico de la terapia cognitiva el foco en las creencias. Diversos autores han propuesto que la práctica de la mente plena (*mindfulness*) es una forma de enriquecer el funcionamiento de una terapia psicoanalítica (Rubin, 1996; Epstein, 1995). Por su parte, Rosenbaum (1999) propone la integración de los principios del budismo Zen para el mejor funcionamiento de la psicoterapia y la propia vida de los terapeutas. Por su parte Nathan propone la utilización del etnopsicoanálisis que trabaja con la lengua y el pensamiento propios del mundo de origen de cada paciente (1999). Pero estos modelos no se incluirán dentro de mi marco teórico debido a que no han desarrollado tratamientos con apoyo empírico.

La antropología médica y la psicoterapia de orientación cognitiva comparten problemas comunes. Por una parte, la antropología médica se pregunta sobre ideas de salud y enfermedad, mientras que la terapia cognitiva se pregunta sobre las creencias que sostienen el padecimiento. La psicoterapia cognitiva no duda en incluir otros sistemas de creencias y valoraciones si éstos resultan útiles a la hora de resolver

los problemas. Hay una mayor utilización de los sistemas de creencias en varios modelos de orientación cognitiva. Lo que es denominado parte de la “tercera ola” en terapia cognitiva –la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2002; Hoffmann y Asmundson, 2008)- establece un claro paralelismo entre este tipo de tratamiento y varios de los conceptos planteados por el budismo.

Dentro de la terapia cognitiva, existe una vasta literatura que da cuenta de los intentos de incorporar herramientas de otras disciplinas a la práctica psicoterapéutica. Dichos intentos en muchas ocasiones implican la incorporación de elementos de otros sistemas de creencias. Sirva de ejemplo el número importante de clínicos y teóricos que han escrito extensamente acerca de la integración de budismo y los principios de la terapia cognitiva. El foco de estas discusiones está centrado principalmente en el lugar que ocupa el pensamiento, tal como lo demuestra el tratamiento para el trastorno límite de la personalidad (TLP) desarrollado por Marsha Linehan (1993), quien toma herramientas de su aprendizaje como monje budista para desarrollar su (uno de los más investigados y utilizados en la actualidad dentro de los modelos psicoterapéuticos de orientación cognitiva) tratamiento del TLP.

Por su parte, Teasdale, Segal y Williams proponen la integración de meditación, conciencia plena y terapia cognitiva para reducir los riesgos de recaídas y recurrencias en la depresión (Teasdale *et al*, 2000; Lau, 2005), idea ya implementada en la reducción del estrés por parte de Kabat-Zinn (1990). Más abocado a la ideación suicida, Williams y colaboradores (Williams *et al*, 2006) proponen la utilización de métodos de meditación y conciencia plena integrado con terapia cognitiva para evitar la reactivación de estas ideas. Este método se basa en que los participantes desarrollen habilidades de aceptación y evitación de juicios de valor en lo que hace a la ideación suicida.

Es evidente que en la actualidad los sistemas de creencias tienen cada vez un peso más extendido en los desarrollos terapéuticos. Propuestas tales como la terapia cognitiva asistida por la fe (Gangdev, 1998) dan cuenta de la importancia de incorporar las creencias que trae previamente el paciente al tratamiento para el mejor desempeño de éste. Por otra parte, hay estudios pilotos para distintas enfermedades que combinan terapia cognitiva con otras técnicas; por ejemplo el estudio piloto de Singh *et al* (1998) para el tratamiento de la fibromialgia que combina terapia cognitiva, técnicas de conciencia plena y qi gong¹⁶.

¹⁶ En la Argentina se lo conoce como Chi Kung. Es una técnica relacionada con la medicina tradicional china, que comprende a la mente, a la respiración y al ejercicio físico. Se practica generalmente con objetivos orientados al mantenimiento de la salud.

Uno de los casos más sencillos de visualizar en los que esta integración se hace patente es en el tratamiento de pacientes cuyas ideas religiosas y espirituales son importantes a la hora de diseñar el tratamiento. Tanto la psicología, la psiquiatría y la religión son descendientes de la rica historia del pensamiento humano. Estas disciplinas ofrecen una respuesta a la pregunta por el sentido de la vida, el sufrimiento y la enfermedad. Es decir que el tratamiento implica una lectura del mundo; desde el individuo como parte de un sistema cultural, la religión sirve como una lente para leer el mundo, el yo y las relaciones que se establecen entre ellos. La psicología, la psiquiatría y la religión se encuentran interesadas en cómo esta identidad es definida y afectada por procesos sociales y relaciones interpersonales. Sin embargo, esta integración recién en los últimos tiempos empieza a ser zanjado, la impronta dejada por Freud dio lugar a un espacio de discrepancia entre la religión, la psicología y la psiquiatría (Nicholi, 2004).

En una reciente publicación, Anderson y Asmundson (2006) explicitan la importancia de tomar en cuenta la relación entre terapia cognitivo-conductual (TCC) y la religión. Esta relación descansa principalmente en el hecho de que la TCC presenta un modelo de trabajo que se apoya sobre el respeto de las creencias de los pacientes. Esto es posible debido a que ellas inciden en la forma en que se lee el mundo. Las personas sostienen creencias desde las que evalúan su desempeño en la vida. Según esta corriente teórica, las creencias no deben ser evaluadas en términos de “buenas” o “malas”, sino leídas desde su funcionalidad.

Como ejemplo de ello, podemos ubicar el hecho de aquellas personas que ligan sus creencias a una divinidad. En el caso de que creen que hay un conjunto de normas dadas por Dios (o alguna divinidad) significarán, evaluarán e intentarán obrar acorde a ellas. No todas las personas que creen en un orden ligado a la divinidad desarrollan trastornos mentales; ello permite discutir la cosmovisión del paciente en términos operacionales en los que las creencias religiosas son parte de la discusión. Ésta se lleva a cabo desde la propia lógica interna de las creencias del paciente.

Fruto de esta integración vale la pena señalar el trabajo de Richards y Bergin (1997) quienes proveen un amplio fundamento para la integración de herramientas espirituales en la práctica de la psicoterapia; por su parte, Boehnlein (2005) sugiere el aumento de desarrollos psicoterapéuticos que tengan en cuenta instancias espirituales. Enmarcada dentro de esta misma lógica, Propst (1992) compara la eficacia de la terapia cognitiva religiosa y no religiosa para el tratamiento de la depresión. D'Souza y Rodrigo (2004) sugieren la incorporación de lo espiritual para aumentar los efectos de la terapia cognitiva proponiendo en el transcurso del

tratamiento el uso de la meditación y la validación e incorporación del propio sistema de creencias. Ello resultaría beneficioso para el paciente, ya que esta modificación del tratamiento permitiría integrar a toda “la persona” de una manera holista y no parcializada.

Síntesis

Nuestro marco teórico involucra estos trabajos que hacen hincapié en la relación entre la psicoterapia de orientación cognitiva y la cultura. Nuestro foco está en como las creencias propias del paciente influye sus elecciones terapéuticas y por lo tanto, los modos que integran aspectos culturales en el tratamiento psicológico de los trastornos mentales, son centrales para nuestro marco de referencia.

Capítulo 2. Estado del arte

Complementariedad terapéutica

“En África hasta un 80 % de la población utiliza la medicina tradicional para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la medicina tradicional como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la medicina tradicional contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria. (...) Mientras tanto, en muchos países desarrollados, la medicina alternativa/complementaria se está haciendo cada vez más popular. El porcentaje de población que utiliza la medicina alternativa/complementaria es de un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EEUU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia.

Los informes sobre el gasto nacional total en MT/MAC¹⁷ son escasos y la información sobre el gasto nacional realizado para el autotratamiento con MT/MAC es incluso más escasa. Sin embargo, se dispone de algunas cifras, y con un uso mundial cada vez mayor de la MT/MAC, el gasto público y privado está claramente aumentando. En Malasia, se estima un gasto anual en MT/MAC de unos 500 millones de dólares estadounidenses, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática. En EEUU, el gasto total realizado en 1996 en MAC se estima en unos 2700 millones de dólares estadounidenses, comparable con el gasto proyectado realizado en 1997 para todos los servicios médicos. En Reino Unido, el gasto anual en MAC se estima 2300 millones de dólares estadounidenses respectivamente. En Canadá, se estima que en 1997 el gasto en MAC fue de 2400 millones dólares estadounidenses”.

OMS, 2002:23

En las últimas décadas, el campo de la salud ha atravesado numerosos cambios. Ha dejado de ser el territorio exclusivo de la biomedicina desarrollada en Occidente – incluyendo el campo psi- para integrar a las ciencias sociales como la antropología, la psicología social, la geografía y a la sociología, entre otras.

Dichos cambios han puesto en entredicho la idea de una sola realidad del hombre enfermo y de un único modo de entender el padecer, y han abierto las ciencias sociales al campo de la salud.

¹⁷ MT refiere a medicina tradicional y MAC a medicina alternativa-complementaria

Estudios sobre la utilización de diversas medicinas y sistema etnomédico de clasificación

Notoriamente no hay clasificación del universo (...) que no sea arbitraria y conjetural.

Jorge Luis Borges: 86

Es bien sabido en el ámbito de las ciencias sociales y de la medicina, que la atención de la salud incluye la utilización, en cualquier sociedad, de diversas medicinas, con independencia de diferencias culturales, étnicas, socioeconómicas, niveles de instrucción y estilos de pensar (Albuquerque, 1979; Atkinson, 1979; Csordas y Kleinman, 1996; Douglas, 1998; Good, 1987; Guarnacia *et al*, 1989; Idoyaga Molina, 1999a y 2002a; Kunitz, 1981, Leslie, 1980; OMS, 2002; Unschuld, 1980; Vecsey, 1978). Ello nos habla de un fenómeno que parece ser general a la hora de tratar el sufrimiento humano. Los usuarios de los servicios de salud suelen utilizar distintos tratamientos para paliar sus dolencias, utilizando para ello técnicas propias y ajenas, culturalmente hablando.

En el capítulo anterior habíamos señalado que Good (1987) propuso la categoría de sistema etnomédico: un sistema integrado por tres subsistemas médicos, funcionando en la práctica de la atención de la salud por medio del traslapo entre la biomedicina, las medicinas tradicionales (que cuentan con especialistas y que por supuesto varían según las sociedades) y el autotratamiento (las prácticas de legos en la comunidad local). Así, por ejemplo, la medicina ayurvédica es tradicional en la India y diversos tipos de shamanismos lo son en América Latina, el África al sur del Sahara, Australia, Siberia y otras regiones.

Por su parte, Wardwell (1972) presenta un esquema muy distinto, centrado en la biomedicina. Las terapias en este modelo son categorizadas en relación al sistema biomédico; éste sirve como espacio privilegiado a partir del cual se juzga a las otras medicinas, pese a que en este listado no figure la biomedicina dentro de las opciones. Esto se debe a que es el *a priori* desde el que se piensa. Las categorías propuestas por el autor son: limitados, marginales y cuasi-practicantes. Los primeros son independientes de la biomedicina pero aceptados por ella y tratan áreas particulares del cuerpo, tales como los odontólogos, ópticos y psicólogos. Los marginales tratan una amplia gama de dolencias pero utilizan terapias censuradas por los biomédicos, tales como los quiroprácticos, homeópatas, naturópatas, reflexologistas y acupunturistas. La clave para denominarlos de esta manera reside en que su terapia

se basa sobre fundamentos opuestos a los de la medicina oficial y, no pocas veces, contradictorios con ella. Los cuasi se definen como aquellos que utilizan terapias pseudo-científicas y no médicas, tales como los sanadores religiosos –por ejemplo, las curas carismáticas y pentecostales-, y los curadores mágicos –curanderos y shamanes-.

El modelo propuesto por Wardwell presenta la dificultad de no poder pensar a la enfermedad desde la perspectiva del usuario. Es un modelo profesional cuyo asiento es la biomedicina.

Por su parte, Young (1976) postula que la biomedicina no es la vara para medir otros tipos de sistemas médicos. Desarrolla un modelo en el que divide las medicinas en *sistemas de difusión de saberes y sistemas de acumulación de saberes*. Los sistemas de acumulación son definidos por la concentración del conocimiento, la mayoría de las veces en forma escrita, y por contar con instituciones encargadas de formar a los nuevos terapeutas sobre la base de un corpus de nociones generales. La biomedicina es por supuesto el mejor ejemplo, aunque también incluye a la medicina ayurveda y a la medicina china como sistemas de acumulación. Los sistemas de difusión, por su parte, no tienen vías de comunicación institucionalizadas entre sus practicantes. El conocimiento es generalmente guardado como un secreto y raramente compartido, salvo en ocasiones particulares. El autor incluye a los shamanismos en esta categoría. Desde nuestra óptica, la inclusión global de los shamanismos en tal descripción es, de algún modo, inadecuada, ya que las instituciones shamánicas suelen incluir formas culturalmente pautadas e institucionalizadas de aprendizaje para la transmisión de conocimientos supervisados por un shamán, quien oficia de iniciador.

Vale la pena señalar la innovadora propuesta de la Organización Mundial de la Salud (2002). En principio, nos permiten distinguir entre las medicinas tradicionales y las medicinas alternativas/complementarias: *“La medicina tradicional es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de Medicina tradicional, como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación (si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales) y terapias sin medicación (como en el caso de la acupuntura las terapias manuales y las terapias espirituales).”* (OMS, 2002:1). *“En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la medicina tradicional no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la medicina tradicional se clasifica a menudo como medicina complementaria, alternativa o no convencional”* (OMS, 2002). Esta expresión, "medicinas complementarias/

alternativas", es utilizada para explicar una amplia gama de prácticas que no son parte de la tradición propia de un país o que no están integradas dentro del sistema de salud dominante. A modo de ejemplo: la acupuntura es tradicional en China pero en Europa es una práctica alternativa/complementaria. Se habla de medicinas complementarias cuando el tratamiento se realiza en forma simultánea a un tratamiento biomédico, mientras que son alternativas cuando el tratamiento terapéutico no biomédico es el único que realiza el paciente (OMS, 2002:9).

La clasificación propuesta por la OMS expresa que en los países del Tercer Mundo la atención de la salud la concretan la biomedicina y las medicinas tradicionales, mientras que en las sociedades desarrolladas la población recurre a la biomedicina y a las medicinas complementarias/alternativas. Este esquema sería innovador y de alto impacto si se aplicara en Argentina. No obstante, esta división tajante que piensa la atención de la salud en los países centrales a través del traslazo entre la biomedicina y las alternativas/complementarias y en los países del Tercer Mundo a través del traslazo entre la biomedicina y las medicinas tradicionales, nos parece simplista. En efecto, en lo que hace a nuestro país –al igual que en otros países subdesarrollados– la oferta incluye medicinas tradicionales y alternativas, además de la biomedicina. Por otra parte, las estrategias terapéuticas desarrolladas por los pacientes muestran la combinación de todos los tipos de medicinas mencionados, incluso en un mismo episodio de enfermedad (Bianchetti, 1996; Idoyaga Molina, 2000a y 2002a; Idoyaga Molina y Krause, 2002). Además, en países centrales también es posible encontrar curanderos tradicionales, al menos en áreas campesinas de Francia (Laplantine, 1999), España (Fernández, 1997; Ribert, 1996) y de Italia (Guggino, 1996).

Como se puede vislumbrar, este esquema propuesto por la OMS presenta ciertas falencias. A nuestro parecer, el concepto de "camino terapéutico" propuesto por Idoyaga Molina (2002a) podría ayudar a describir el fenómeno de combinación de medicinas y comprender las limitaciones de este esquema. En nuestro país, dicha investigadora ha tomado la noción de camino terapéutico como una herramienta que apunta a conocer lo que la población concretamente hace en la atención de su salud y no sólo lo que debería hacer en un plano puramente ideativo. El enfoque de estos itinerarios ofrece ventajas metodológicas: al hablar de sus experiencias de enfermedad, los informantes refieren información sobre medicinas frecuentadas, el papel de los curadores, la calidad de los diagnósticos y tratamientos recibidos, entre otros aspectos. Los individuos se expresan libremente sobre la base de sus asociaciones y significaciones sin ser presionados por las inducciones, preconceptos y recortes del campo a investigar que implican los cuestionarios y encuestas. Por otra

parte, no es lo mismo lo que la gente *dice que haría* en caso de estar enfermo que lo que realmente hace ante los padecimientos concretos (Idoyaga Molina, 1999a; 2000c y 2002a). La noción de camino terapéutico permite constatar que la combinación de terapias y la preferencia por otras medicinas no se asocia a la carencia de educación de la población ni a la falta de servicios biomédicos.

Idoyaga Molina (1997 y 2002 a), con la intención de dar cuenta de la totalidad de la oferta y de lo actuado por los nativos o los actores sociales, propuso la reestructuración del concepto retomando los desarrollos de Good en torno a la categoría de sistema etnomédico. Como ya hemos destacado anteriormente, dicha propuesta explica la atención de la salud a través del traslapeo entre el autotratamiento, la biomedicina, las medicinas tradicionales, las medicinas religiosas y las medicinas alternativas. Diferencias culturales, sociales y económicas determinan si la cantidad de medicinas traslapadas incluye a la totalidad de la oferta o sólo a algunas de ellas.

La frecuentación a diversas medicinas es un hecho recurrente en las sociedades modernas. Ello ha sido constatado por los más diversos investigadores: Unschuld en Alemania (1980), Good en Estados Unidos (1987) y finalmente Douglas (1998), quien, al referirse a la sociedad inglesa, describe la preferencia por terapias alternativas y la combinación de terapias.

Estudios sobre complementariedad terapéutica en Argentina

En nuestro país, hay una importante literatura científica que ha dado cuenta de la combinación de distintas medicinas para la atención de la salud. La obra de Idoyaga Molina "Culturas enfermedades y medicinas" (2002a) reflexiona sobre la atención de la salud en contextos interculturales. En esta obra analiza las ofertas terapéuticas existentes y los conflictos que emergen de la complementariedad en la zona del NOA y Cuyo. De la misma autora, en esta ocasión como editora, podemos encontrar "Los Caminos Terapéuticos y los Rostros de la Diversidad" (Idoyaga Molina, 2007) en la que se compilan distintos caminos terapéuticos asociados a muy distintas experiencias de enfermedad. Estas experiencias se hallan íntimamente relacionadas con ideas de salud, enfermedad, mente y cuerpo, entre otros conceptos. Entre los casos incluidos, podemos ver la enfermedad del cuerpo físico asociada a la del cuerpo social en relación con la brujería entre los Toba (Tola y Salamanca, 2007); la capacidad de una estudiante de medicina de sectores medio-altos de la Ciudad de Buenos Aires de flexibilizar sus creencias en la búsqueda de salud e incorporar procedimientos

extraños al mundo biomédico en su propio camino terapéutico (Sarudiansky, 2007); la convivencia de distintos escenarios terapéuticos entre los Toba de la provincia del Chaco (Martínez, 2007); las distintas combinaciones entre curas religiosas y curas alternativas en población de sectores medios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Algranti y Bordes, 2007); combinaciones entre curanderismo y medicina y el valor del autotratamiento religioso (Gómez, 2007); la pervivencia de prácticas curanderiles de una mujer de sectores medios luego de migrar del campo a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Arteaga, 2007); las muy distintas formas de combinar y explicar los distintos usos de algunas áreas de la biomedicina, la preferencia por ciertas terapias alternativas, la aceptación de las ofertas terapéuticas religiosas y el rechazo de ciertas prácticas curanderiles por diferencias culturales (Saizar, 2007); refiguraciones y transformaciones en lo que hace a los conceptos y las prácticas de salud, enfermedad y terapia de migrantes Aymaras hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Vega, 2007); las estrategias de sanación llevadas a cabo por los grupos de oración como estrategia terapéutica en el contexto del catolicismo urbano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Funes, 2007). En resumen, estos caminos terapéuticos dan cuenta de lo común de la complementariedad terapéutica en las distintas culturas, independientemente de los estilos culturales y el nivel socioeconómico en nuestro país.

Otros autores de nuestro país, como es el caso de Kalinsky y Arrúe (1991 y 1996), han desarrollado experiencias de complementariedad entre la medicina oficial y medicina popular en la provincia de Neuquén.

Por otra parte, hay diversos autores que proclaman la existencia de la complementariedad terapéutica como un hecho general desde la perspectiva de los actores (Idoyaga Molina, 2002 y 2007; Idoyaga Molina y Korman, 2002a; Korman y Garay, 2005; Pérez de Nucci, 1989; Saizar, 2004; Sturzenegger, 1994; Viturro, 1998).

Al respecto, mi tesis Doctoral " Depresión y Taxa Vernáculos en la Atención de la salud en contextos interculturales " exploró los motivos que fundan el rechazo de las prácticas terapéuticas psicológicas y psiquiátricas por parte de los campesinos del NOA (2006) en el tratamiento de la depresión, dando lugar a la utilización de otras estrategias de tratamiento y complementariedad terapéutica.

Aportes de la investigación sobre los sistemas de creencias y los trastornos mentales

Diversas investigaciones han encontrado que existen marcadas diferencias entre las creencias de los usuarios del sistema de salud y los efectores biomédicos del sector acerca de la utilidad de las intervenciones para los trastornos mentales.

Para reseñar este tipo de investigaciones, tomaremos las diversas investigaciones realizadas por Jorm y su equipo (Jorm, 1994; Jorm *et al*, 1997a, b, c, d; Jorm *et al*, 2000; Jorm *et al*, 2005; Jorm y Griffiths, 2006), la mayoría de ellas llevadas a cabo en Australia. Este quipo de investigación presenta varias peculiaridades que hacen que merezca una atención especial. Jorm ha tenido una extensa historia investigando acerca de las creencias en población general, esto es, personas tomadas al azar del padrón electoral, sin predeterminedar patología o nivel socioeconómico, entre otros factores. Esta trayectoria le ha permitido continuar las distintas investigaciones posibilitando, a medida que resolvía un problema, lidiar con los problemas que acarrea cada nuevo resultado. Es decir, hay una continuidad en sus investigaciones y ello posibilita que siga ampliando las posibilidades explicativas del fenómeno estudiado.

Veamos el prototipo de sus investigaciones. Uno de sus primeros trabajos (Jorm *et al*, 1997a) fue llevado a cabo en población general, a la que se le envía una encuesta por carta. En éste se buscaba delimitar creencias en torno a los trastornos mentales y al tratamiento apropiado para ese trastorno desde la perspectiva de los usuarios. En esta investigación el objetivo fue captar las creencias en torno a la salud mental que tenía la población general. Para ello, se le hizo llegar a 2.031 adultos (18-74 años) elegidos aleatoriamente, una de las dos viñetas asignadas: una con un caso de una persona padeciendo depresión y otra con un caso de esquizofrenia. Se le solicitó que postularan cual sería el mejor tratamiento para la persona de la viñeta. Debido a nuestro interés en el tema de la depresión solo nos detendremos en los datos respecto de esa viñeta. Un 72% de los encuestados reconoció que la persona en la viñeta padecía algún problema de salud mental; el 39% de los que reconocieron que padecía algún problema de salud mental, lo denominaron con la etiqueta de depresión. Asimismo, reconocieron que las mejores estrategias para salir de este estado estaban dadas por concurrir a un *counsellor*¹⁸, hablar con amigos, dialogar con la familia y

¹⁸ El Counselling (Psicología del Asesoramiento) es una relación de ayuda entre un profesional (counsellor) y un cliente, el cual realiza una demanda ante una situación de su presente que le resulta difícil de resolver por sí solo. El Counselling surgió en la década de los 40 como un intento de llenar el vacío existente entre el modelo clínico y el modelo educativo. Tiene más trayectoria y utilización dentro de los países de habla inglesa.

llevar a cabo *counselling* telefónico¹⁹. En segundo término, marcaban como opción la consulta a psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. En el área de las medicaciones, aquellas que fueron puntuadas como las más útiles resultaron ser las vitaminas y los tónicos medicinales, mientras que los antidepresivos fueron calificados en su mayoría como dañinos más que útiles. Cuando se trataba de tratamientos no farmacológicos, los que fueron puntuados como más útiles fueron el incremento de la actividad física, realizar cursos de relajación, talleres de manejo de estrés, meditación y yoga. Muchas de estas intervenciones fueron mejor puntuadas que la psicoterapia.

En esta investigación los encuestados consideraban que hacer *counselling* (1704 de los consultados, 85%) era eficaz, mientras que la mayoría encontraba los antidepresivos como negativos y una gran parte de la muestra consideraban que incluso éstos eran adictivos (1563 de los consultados, 78%). Este dato es coincidente con muchas otras investigaciones que han encontrado una visión negativa de la medicación psicotrópica, debido a los efectos adversos de las mismas y a la idea de que ellas sólo ayudan a hacer remitir los síntomas pero no a las causas (Croghan y cols. 2003; Hillert y cols. 1999, Hugo y cols. 2003). Como contraste, las terapias psicológicas son vistas mucho más positivamente que la medicación farmacológica (Hillert y cols. 1999, Hugo y cols. 2003).

En otra oportunidad Jorm (1997d) lleva a cabo una investigación sobre los profesionales del campo de la salud mental. En ella se indaga acerca de que es lo que creen los profesionales como el mejor tratamiento para la depresión. El objetivo de tipo de investigaciones es la de comparar que es lo que creen los efectores del sistema de salud y que es lo que creen los usuarios. Los resultados de dicha investigación fueron significativas; marcadas diferencias entre los profesionales del campo de la salud mental y los usuarios del sistema de salud.

Investigaciones similares se llevaron a cabo en otros países, con resultados parecidos: Regier y cols. (1988) en los Estados Unidos de América –en cuanto a las ideas que presenta la población general y los profesionales del campo de la salud mental-, Mc Keon y Carrik en Irlanda (1991) y el trabajo de Angermeyer y Matschinger en Suecia (1996) siguieron la misma línea de resultados, al igual que el trabajo de Brandli, en Suiza (1999). Vale la pena señalar además el trabajo de Priest y cols. (1996) en el Reino Unido, el cual obtuvo resultados similares, destacando que, pese a tener conocimientos y tener comprensión acerca de lo que es padecer depresión, la mayoría

¹⁹ Consulta telefónica de orientación a problemas de la vida cotidiana.

de los consultados no estaba dispuesto a llevar a cabo una consulta con un profesional de la salud mental.

Estudios sobre las preferencias de los usuarios acerca de las distintas intervenciones en torno a la depresión

La mayoría de estos estudios que hemos revisado postulan que los usuarios del sistema de salud presentan ideas bastante distintas que los profesionales de dicho sistema. Para ahondar al respecto, quisiera hacer foco en otro de los trabajos llevado a cabo por Jorm y colaboradores (2000), debido a que éste hace un muy interesante planteo, continuando estudios anteriores (Jorm, 1994; Jorm *et al*, 1997a, b, c, d). Dicho autor desarrolla tres áreas para catalogar los tipos de intervenciones por las que optan los usuarios: un área médica (compuesta por la prescripción de pastillas que alivian el dolor, antidepresivos, antibióticos, pastillas para dormir, antipsicóticos, tranquilizantes y terapia electroconvulsiva), un área psicológica (*counsellor*, psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta e hipnoterapeuta) y un área de estilo de vida (acercamiento a la familia, acercamiento a los amigos, naturopatía, vitaminas, actividad física y mayor cantidad de salidas). Estas áreas no son específicas para la salud mental, sino que son estilos culturales de pensar la salud.

Los usuarios del sistema de salud utilizan estas áreas indistintamente de que tengan evidencia o no. Por ejemplo, alguien que tenga una atribución positiva hacia el área médica puede decir que es bueno para la depresión un antibiótico o un antidepresivo. Estas áreas marcarían creencias generales acerca de los tratamientos a partir de los cuales las personas explicarían sus problemas de salud y a partir de ello elegirían estrategias de resolución.

El estudio que ahora vamos a describir, que lleva a cabo Jorm en el 2000, tiene la particularidad de estudiar si la experiencia de estar deprimido y llevar a cabo una estrategia (cualquiera esta sea) para resolver este malestar implica un cambio respecto de las creencias acerca de la depresión. Como ya hemos señalado, esta investigación es la continuación de otras investigaciones anteriores llevadas a cabo por el mismo grupo de investigadores liderado por Jorm (1994, 1997a, 1997b, 1997c, 1997d). Los resultados de las mismas le permitieron postular que los sistemas generales de creencias son el andamio a partir de los cuales un conocimiento más específico se desarrolla, incidiendo en las preferencias y elecciones terapéuticas que un individuo lleva a cabo.

La experiencia de padecer depresión puede hacer que uno de los componentes de estos sistemas generales de creencias se vuelva el más importante en una de las áreas descritas anteriormente (médicas, psicológicas y de estilo de vida), o viceversa. Por ejemplo, una persona deprimida que adhiere al área médica y es medicada con antidepresivos puede tener tanto una buena experiencia –en cuyo caso el componente “antidepresivo” dentro de esta área será considerado el componente más importante para enfrentar la experiencia de estar deprimido- o bien una mala experiencia, en cuyo caso será evaluado este mismo componente como el menos importante.

En un estudio anterior, Jorm y cols. (1997b) no encontraron diferencias acerca de si haber experimentado depresión era significativo a la hora de evaluar qué intervención habría de ser más útil para enfrentar ese padecimiento (recordemos que los tratamientos más exitosos por parte de los encuestados discordaron bastante de los modelos propuestos por los profesionales del campo de la salud mental). Éste es un hecho significativo, es decir que haber vivenciado la experiencia de depresión no generaba cambios en las creencias de los pacientes respecto de cuáles eran las mejores estrategias terapéuticas para resolverla. Cabe destacar que en este estudio no se preguntó si el entrevistado había buscado ayuda para la depresión; a la vez que no se incluyó una medida para los síntomas depresivos en el caso de continuar deprimido en la actualidad.

Por el contrario, el estudio que ahora vamos a reseñar se pregunta si experimentar depresión y buscar ayuda para resolver este problema modifica la percepción que los entrevistados tienen sobre cuál es la mejor estrategia para enfrentar la vivencia de depresión. La hipótesis a partir de la cual parten es que la búsqueda de ayuda puede modificar el sistema de creencias y a la vez agregar conocimiento específico que lo modifique. Veamos un ejemplo de aquello que dichos autores pretenden: Si los entrevistados buscaron ayuda para su depresión mediante la consulta a un psicoterapeuta, una posibilidad es que la búsqueda de ayuda para la depresión se encuentre asociada a una aceptación del área psicológica de creencias. Otra posibilidad es que asocie la psicoterapia como una estrategia concreta para la depresión y no adhiera al área psicológica. La descripción de este hecho es muy interesante debido a que ubica como contingentes a muchas de las intervenciones que alguien puede utilizar, sin que para ello sea condición *sine qua non* adherir a las creencias que dan lugar a ese tipo de intervenciones. Pongamos otro ejemplo: alguien se encuentra deprimido y por sugerencia de un conocido va a hacer yoga. No necesariamente tiene que adherir al área descrita por Jorm y colaboradores como intervenciones en el “estilo de vida” (como estrategia para hacer frente a la depresión)

pero debido a que se encuentra deprimido y es la sugerencia de un conocido, amigo, familiar u otro, decide probar. Una tercera opción estaría dada en la medida en que a causa de esa intervención, el sujeto cambie sus creencias en torno a su concepción de salud y enfermedad.

En el estudio, ya mencionado, se consulta a 3109 (Jorm *et al*, 2000) adultos de la región de Nueva Gales del Sur, Australia. A diferencia de las investigaciones anteriores, se les presentó a los encuestados una sola viñeta que describe a una persona con depresión. Se les pidió que consideren qué tratamientos consideraban más útiles dentro de las diversas estrategias terapéuticas. A su vez, les fue tomada una escala (*Goldberg Depression Scale*) para indagar si estaban deprimidos y se les preguntó si, en el caso de haber tenido algún episodio depresivo con anterioridad, si habían consultado por ello o no. El interés de esta investigación se centraba en la relación entre la historia de depresión, la búsqueda de ayuda profesional y el sistema de creencias de los usuarios. Los resultados fueron por demás interesantes.

Aquellos usuarios que llevaron a cabo una consulta con el área médica al momento de estar deprimidos puntuaron los cambios en el área de estilo de vida como los menos útiles. Es decir, aquellos que consultaron por la depresión con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, *counsellors*, eran aquellos que acordaban con un modelo médico de atención de la salud; esto es, actuaron conforme a sus creencias en salud.

Contrariamente a ello, la población que no hizo consultas médicas (tanto deprimidos como no deprimidos) tiende a considerar los cambios en el estilo de vida como más positivamente que la consulta a los profesionales de la salud mental. Por el contrario, haber buscado ayuda médica correlacionaba positivamente con poca valoración en los estilos de vida, a excepción de “masajes” y “nuevas actividades recreativas”. Es decir, aquellos que buscaron ayuda médica coincidirían con las creencias del profesional al que han asistido. Es decir que la experiencia de padecer depresión no altera las creencias en torno a cuál es la mejor estrategia para lidiar con la depresión en este estudio.

Vale la pena señalar que una intervención como la terapia electroconvulsiva fue puntuada muy negativamente por todos los usuarios, pese a que es una terapia muy poco usada y es poco probable que los encuestados hayan utilizada esa terapéutica. Este es otro buen ejemplo de cómo las creencias son más importantes en muchas ocasiones que la propia experiencia.

Otro interesante hallazgo que encuentra Jorm (Jorm *et al*, 2000) en este estudio es que la historia de depresión –independientemente de la búsqueda o no de ayuda- se

encontraba asociada con que el apoyo familiar no era considerado positivamente, a la vez que se asociaba a la ayuda de los amigos como poco efectiva. Este resultado podría dar cuenta de un bajo nivel de apoyo social del padeciente o que los problemas interpersonales serían un factor precipitante muy común en la depresión (hecho que daría un fuerte apoyo a la hipótesis interpersonal de la depresión).

Síntesis

Hemos encontrado una extensa bibliografía que investiga las creencias en torno a la salud en general y especialmente a los trastornos mentales (Angermeyer y Matschinger, 1996; Angermeyer, Däumer y Matschinger, 1993; Jorm, 1994; Jorm y cols., 1997a, b, c, d, 2000; Mc Keon y Carrik, 1991; Regier *et al*, 1988; Priest *et al*, 1996). Hemos visto la importancia de los estudios en torno a las creencias y su relación con la utilización de estrategias para enfrentar diversos problemas de la vida. Hemos hecho foco principalmente en lo que respecta a la depresión. Sin embargo, sabemos que este problema no es propio de la depresión, sino de todo el campo de la salud (Idoyaga Molina, 1997a). El pequeño inconveniente que encontramos a la hora de traslapar estos trabajos a nuestro contexto, es que se han llevado a cabo sobre poblaciones bastantes distintas en lo que hace a estilos de pensar y expresar emociones, entre muchos otros factores. Hemos trabajado sobre estudios llevados a cabo en los Estados Unidos de América, Irlanda, Suecia, Reino Unido, Australia y muchos otros. Dentro del contexto latinoamericano, más allá de los autores mencionados anteriormente (cuyo trabajo es relativamente reciente), no hemos encontrado desarrollos que trabajen profundamente estos temas. Sólo hemos encontrado un trabajo realizado en México por Silberman (2002). Dicha autora intenta explicar las actitudes en relación con la enfermedad mental de la población general de la Ciudad de México, en función de las creencias, actitudes e intenciones conductuales respecto de los trastornos mentales. Dicho trabajo se aleja un poco de los desarrollos que nosotros pretendemos hacer. Dentro del área que pretendemos investigar esta tesis viene a cubrir un vacío.

Por otra parte, los resultados a la hora de comparar creencias en distintos contextos culturales –tal como es el caso del estudio llevado a cabo Jorm y colaboradores respecto a las creencias en torno a los trastornos en Australia y Japón (2005)-, arroja significativas diferencias en torno a la utilización de las categorías psiquiátricas a la hora de reconocer un trastorno mental y a evaluar cuál es el tratamiento más

apropiado. Es este el desafío que pretendemos abrir a discusión, para futuras investigaciones.

Conocimiento actual acerca de la depresión

La depresión recuerda muy concretamente que ser propietario de sí mismo no significa que todo es posible –eso que asciende y eso que desciende en nosotros, eso que se contracta y eso que se descontracta. Porque nos detiene, la depresión tiene el interés de recordarnos que nada deja de ser humano, que se sigue encadenado a un sistema de significaciones que lo supero y lo constituye al mismo tiempo. (...) La depresión diseña para cada uno el estilo de lo incontrolable para cada uno en la época de la posibilidad ilimitada.

Alain Ehrenberg, 2000: 273

Introducción

En la década del '40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo (Ehrenberg, 2000). De ahí su importancia, no sólo en el campo de la psicopatología, sino como fenómeno social e histórico. Los modos de apropiación de este concepto han sido muy diversos. Para describir el estado del arte en torno a la depresión deberemos recurrir a distintos campos de conocimiento.

En primer lugar, enfocaremos algunas ideas rectoras sobre qué se entiende por depresión desde la psicopatología (orientaremos nuestras definiciones basándonos principalmente en el DSM-IV) y analizaremos brevemente los postulados teóricos que describen su etiología y la sintomatología que da cuenta de dicho padecimiento.

En segundo lugar, expondremos las distintas miradas de la depresión propuestas por los investigadores que han trabajado en contextos interculturales. Este punto servirá para desplegar las dificultades que presenta la investigación psicológica y psiquiátrica sobre la depresión en contextos interculturales, dando cuenta de que éste no es sólo un campo de discusión frente a los datos recolectados sino un importante campo de disputa teórico-metodológica en el que distintas miradas se entrecruzan y hacen difícil llegar a resultados concretos. Este hecho se vuelve relevante debido a la falta de datos en nuestra área de estudio y la falta de investigaciones sobre tratamientos con apoyo empírico.

Finalmente desplegaremos los modelos de tratamiento más importantes en la actualidad para la depresión.

Breve historia de la depresión

Coincidimos con Foucault (1996) que la ciencia depende de un conglomerado de fuerzas que se encuentra envuelta en una dinámica siempre fluctuante y que sólo de manera simulada puede ser aislada del marco socio-cultural en el que se engloba.

El término depresión es relativamente reciente. En la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII (Jackson, 1986). En la actualidad, este término ha sustituido al de melancolía en el lenguaje biomédico. Durante mucho tiempo esta diferenciación no fue clara y en la mayoría de las veces el término melancolía era casi el único utilizado para expresar un estado que a lo largo del tiempo ha ido cambiando. Uno de los problemas en la historia de la depresión y la melancolía es que el término ha sido utilizado para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario, un padecimiento crónico, etc. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo.

La melancolía ha estado generalmente asociada a la bilis negra. Ésta última es un concepto enmarcado en la teoría humoral, la que aproximadamente durante dos mil años fue el sistema explicatorio central para lidiar con las enfermedades. En este marco, la bilis negra era esencial para explicar la patogénesis de la melancolía (Conti, 2007).

A partir de lo expuesto, nos preguntamos ¿cómo fue el camino a través del cual se constituyó el conocimiento de este padecimiento, llevando al consenso de la biomedicina acerca de lo que actualmente se considera depresión? La historia de la ciencia procede mediante reorganizaciones, rupturas y mutaciones, pasa por distintos puntos; conoce aceleraciones bruscas y retrocesos repentinos. Por otra parte, la ciencia tiene cierta autonomía pero nunca es ajena a los valores ideológicos de su medio social. Para enmarcar la breve historia de la depresión, realizaremos un recorrido histórico por los modelos etiológicos y terapéuticos de este padecimiento. Nos basaremos principalmente en el estudio realizado por Stanley W. Jackson "*Melancholia & Depression*" (1986); las fuentes bibliográficas utilizadas que no sean del citado trabajo serán identificadas por sus autores. Todas ellas toman

principalmente los caminos y las definiciones hegemónicas dentro de la medicina que ha tomado la depresión a lo largo de la historia.

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. Dicho autor rechazó la mayoría de las teorías especulativas propuestas por los filósofos para explicar el comportamiento y la salud del ser humano, adhiriendo a la doctrina humoral de su época. Según ella, los hombres eran flemáticos o animosos, coléricos o melancólicos, lo cual dependía de la mezcla de los cuatro humores –sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema- en el cuerpo. Estos cuatro humores representaban a su vez lo frío, lo caliente, lo seco y lo húmedo. Un grave exceso o deficiencia de cualquiera de los humores del cuerpo se traduciría en un comportamiento anormal, mala salud o inclusive la muerte. El deber del médico consistía en restablecer y conservar el equilibrio adecuado de los humores del cuerpo.

La teoría humoral se convirtió en un dogma fundamental de las doctrinas médicas de Galeno en el siglo II, y continuó siendo enseñada y aceptada durante muchos años. Su hegemonía declinó en Occidente recién en el siglo XVI, de la mano de Paracelso, quien insistió en que cada enfermedad tiene una causa y un remedio concretos, y para demostrar su desprecio por la teoría humoral quemó públicamente las obras de Galeno. Sin embargo, es recatable el hecho de que, sin poseer conocimientos de la química, el pensamiento de Hipócrates contenía una semilla de verdad, que necesitó más de dos mil años para germinar.

A lo largo de la Edad Media San Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios (concepción religiosa de la enfermedad como en el caso del trastorno obsesivo compulsivo que era obra del demonio). Un inquisidor los había clasificado en ígneos (en la alta atmósfera), aéreos (rondando en las capas más bajas), terrestres, acuáticos y otras tantas formas más. Quien era el culpable de la depresión era el demonio, que fue conocido con el nombre de *acedia*. Aunque los monjes seguían siendo sus víctimas predilectas, realizaba también buen número de conquistas entre los laicos. Junto con la *gastrimargia*, la *fornicatio*, la *philargyria*, la *tristitia*, la *cenodoxia*, la ira y la *superbia*, la *acedia* o *taedium cordis* era considerada como uno de los ocho vicios capitales que subyugan al hombre.

En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra "depression" en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar

hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de *estar deprimido en profunda tristeza y melancolía*. Robert Whytt, 1764, relaciona *depresión mental* con *espíritu bajo*, hipocondría y melancolía.

Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le pertenece (Conti, 2007). Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Así, en esta puja semántica se llegó a la redundancia de nominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para nominarlos simplemente como depresión.

Definiciones actuales de la depresión

“The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (known as the DSM) is published by the American Psychiatric Association (APA), and is the main classification of mental disorders used by psychiatrists in the United States and, increasingly, around the world.”

Rachel Cooper, 2004: 7

Definición de depresión desde el consenso

Utilizamos esta definición consensuada refiriéndonos a lo que las principales Guías Clínicas del mundo y organismos dedicados al estudio de los trastornos mentales consideran “depresión” (APA, 1995; Canadian Psychiatric Association, 2001; NICE, 2006).

Para introducirnos en el tema en cuestión, veamos algunas ideas sencillas acerca de lo que es actualmente la depresión.

Desde la clínica no toda tristeza o variación del ánimo es anormal. Esto implica que la tristeza y las variaciones del estado de ánimo son parte de la vida cotidiana. En general, se puede plantear que experimentar tristeza, ganas de llorar, desgano o perder momentáneamente el interés en las actividades que siempre hemos disfrutado constituyen modalidades propias de lo cotidiano. Estas variaciones son parte de nuestras emociones y permiten, junto a otros estados, que nuestra vida posea riqueza

y variedad. Sin embargo, estas mismas sensaciones pueden ser también parte de una enfermedad llamada depresión (Garay *et al*, 2004). Las personas que han estado deprimidas saben que no hay un estado determinado que lo identifique, sino que es un conjunto de signos y síntomas que se abroquelan en torno a la persona. Cuando ello sucede, ya no se trata de la tristeza o del “bajón” que es parte de la vida, sino de un conjunto de síntomas que conforman una verdadera enfermedad. Esta enfermedad interfiere con la vida cotidiana, causando dolor no sólo a quien la padece sino también a su familia y amigos. La gran mayoría de las personas con depresión no buscan ayuda, muchas veces porque no saben que es una enfermedad con un tratamiento específico (Garay *et al*, 2004).

A su vez, la depresión es una enfermedad que altera el bienestar corporal y emocional, el rendimiento laboral y todos los aspectos de la vida. Afecta nuestra manera de sentir y pensar así como la forma en que dormimos y comemos. No es un cambio de ánimo pasajero o un «bajón»; no significa debilidad y no es algo voluntario. La persona que la padece no puede sentirse mejor «poniendo voluntad», de hecho los esfuerzos voluntarios pueden exacerbar el cuadro (Beck, 1983; Keegan, 2001 a y b; Korman, 2006b). Quien padece depresión no «se hace la víctima» ni quiere sentirse así. Sin tratamiento adecuado, una persona puede experimentarla por meses o años.

Como sucede con otras enfermedades, existen varios tipos de depresión: La depresión mayor (o trastorno depresivo mayor) consiste en la aparición de un conjunto de síntomas que cambian la actitud de la persona hacia su entorno, interrumpiendo o alterando sus actividades laborales y sociales (DSM-IV, 1994). Quien era alegre o no presentaba alteraciones anímicas de repente padece tristeza en forma de crisis de llanto o se enoja fácilmente, deja de disfrutar de actividades que antes le resultaban gratas, pierde apetito, tiene dificultades para dormir o se despierta antes de lo planeado, se siente culpable de todo, y muchas veces piensa que “estaría mejor muerto” o comunica claras intenciones de acabar con su vida (Garay *et al*, 2004). Por su parte, la distimia es una forma crónica de la depresión en la cual las personas son muy pesimistas y negativas, pero continúan con sus actividades sociales y laborales como si se hubieran acostumbrado a su padecimiento. Sin tratamiento, estas personas tienden a empeorar con el tiempo y son más propensas a padecer depresión mayor que el resto de la gente. En otras ocasiones, la depresión forma parte de otra enfermedad del estado de ánimo llamada trastorno bipolar, también conocida como enfermedad maníaco-depresiva. En estos casos, la persona experimenta períodos de depresión y períodos de bienestar excesivo en los cuales se siente con mucha energía, sin necesidad de dormir, y visiblemente acelerada en su forma de hablar y

actuar (Garay *et al*, 2004). Las controversias sobre las cuestiones diagnósticas serán abordadas más adelante.

Conceptualizaciones psicoanalíticas de la depresión

La depresión, esta patología crucial, ha servido de plataforma giratoria para diseñar esta modificación de la subjetividad de los modernos, este desplazamiento de la dura tarea de comportarse bien. En un contexto en el que la elección es la norma y la precariedad interna, el precio, estas patologías componen la cara oscura de la intimidad contemporánea. Tal es la ecuación del individuo soberano: liberación psíquica e iniciativa individual, inseguridad identitaria e imposibilidad para actuar.

Alain Ehrenberg, 2000

El psicoanálisis ha dado lugar a diversas conceptualizaciones de lo que es la depresión, en la Argentina es el marco teórico de mayor difusión. Habiendo comentado las opciones terapéuticas que presentan apoyo empírico en la comunidad científica, creemos necesario dejar lugar a un apartado respecto del psicoanálisis.

Por tal motivo, hemos decidido llevar a cabo una breve reseña de algunas de las ideas que presenta dicho marco teórico en torno a lo que hoy comúnmente se denomina depresión. Este marco teórico representa a la mayoría de los profesionales del campo de la salud mental en la Argentina, quienes suelen llevar a cabo tratamientos enfatizando los aspectos etiológicos de la enfermedad. Si bien no todos los autores desarrollaron marcos teóricos propios, sus aportes contribuyen al psicoanálisis desde la perspectiva clínica y también a los diversos tipos de psicoterapias de orientación psicoanalítica. Se destacan los aportes de Aberasturi, Bleger, Bleichmar, Liberman, Maldavsky, Racker y Rascovsky, sólo por mencionar a algunos. En la actualidad, la Argentina es reconocida mundialmente por este tipo de desarrollos (Plotkin, 2003).

A diferencia de los modelos cognitivos conductuales, los modelos dinámicos se encuentran fundamentalmente constituidos por hipótesis causales, mientras que al modelo cognitivo de Beck se lo podría considerar como un modelo de contingencias (Avila, 1990).

A la vez, podemos también dar cuenta de que el psicoanálisis ha generado nuevas herramientas de investigación. Tal es el caso, dentro del contexto local, del desarrollo llevado a cabo por el profesor Maldavsky sobre el Algoritmo David Liberman

(Maldavsky, 2005). Este método estudia el lenguaje en tres niveles: las palabras, las frases y los relatos, los que son tomados como modos de expresión de la subjetividad (Maldavsky, 2005). Hasta el momento, esta metodología ha dado lugar a una importante serie de trabajos (Maldavsky, 2006 y 2008; Kazez, 2003).

Para llevar a cabo nuestro desarrollo, en primer lugar realizaremos una breve reseña sobre los textos freudianos que puedan dar lugar a una lectura de lo que es la depresión desde esta óptica. Luego expondremos brevemente los desarrollos de dos autores contemporáneos de orientación psicoanalítica que han llevado a cabo modelos explicativos basados en la metapsicología freudiana para dilucidar el problema de la depresión.

- **Conceptualizaciones freudianas en torno a los fenómenos depresivos**

El término “depresión” no es precisamente propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico. A pesar de ello, el psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos en relación a lo que hoy conocemos como fenómenos depresivos. Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”. Una de las primeras hipótesis explicativas sobre la melancolía la efectúa Freud situando la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo (Muñoz, 2006).

La primera construcción sistemática para describir el modelo de depresión fue llevada a cabo por Abraham, quien realizó un esfuerzo por incluir los trastornos depresivos y afectivos dentro de las categorías psicoanalíticas, utilizando los mecanismos de represión y proyección (Garay, 2000). Dicho autor plantea semejanzas entre individuos deprimidos y obsesivos sosteniendo en ambos casos que se da una profunda ambivalencia hacia los demás.

En la obra de Freud encontramos una serie de referencias a lo que en la actualidad podríamos denominar depresión.

Desde sus primeros manuscritos, Freud otorga un importante lugar a los estados anímicos o afectos *depresivos*: pueden ser causa de diferentes enfermedades, tanto del sistema nervioso como de otros órganos llegando aun a abreviar la vida de un paciente “notablemente” (Freud, 1890:119). La entidad clínica que Freud llama melancolía incluye, como lo señala Strachey, a la depresión. En un primer momento, Freud atribuye tal estado a la acumulación de una “tensión sexual psíquica” por oposición a la acumulación de una “tensión sexual física” propia de la neurosis de

angustia. Piensa, en este mismo sentido, que la “desazón periódica” es una forma de las neurosis de angustia. Puede también diferenciar mecanismos de acuerdo con tres enfermedades: neurosis obsesiva (desplazamiento del afecto), histeria de conversión (mudanza del afecto), neurosis de angustia y melancolía (permutación del afecto). Esto no impide que, durante el desplazamiento del afecto, pueda tener lugar una permutación del afecto, pero interesa señalar que el sólo desplazamiento no produce una permutación. De hecho, en el Manuscrito G sostiene que los sujetos débiles son fácilmente tomados por la melancolía, a diferencia de los fuertes, cuya vulnerabilidad se acerca más a las neurosis de angustia.

El Manuscrito K ubica a la melancolía, que se “interpola” “episódicamente”, como un efecto del “avasallamiento” que sufre el yo por parte de la representación obsesiva durante la fase de la enfermedad denominada “retorno de lo reprimido”. Asimismo, asevera que “las melancolías se anudan a la neurosis obsesiva” (Freud 1950:235*n*, 216, 222, 227, 319, 264, 298 respectivamente; 1896:172). Incluso llega a afirmar, junto a Breuer, que en el neurótico, “rara vez se echa de menos un sesgo de depresión” (1893-1895:111). Otras veces, liga la depresión o la melancolía a la histeria (Freud 1900:336*n*; 1905:48-49*n*).

Según Cernadas, en los primeros textos (Neuropsicosis de Defensa, 1894) se puede organizar la nosología freudiana de la siguiente manera: las neurosis actuales y las neuropsicosis de defensa. Dentro de las neuropsicosis de defensa podemos encontrar las psiconeurosis narcisistas y de transferencia; a su vez dentro de las neurosis actuales podemos distinguir la neurastenia, las neurosis de angustia (Cernadas, 2003).

Freud describió en la neurastenia síntomas que son similares a los que actualmente llamaríamos depresión: “fatiga, sensación de casco, debilidad sexual, etc.” (Freud, 1896: 149). Si bien los síntomas son similares a nivel descriptivo, desde un punto de vista etiológico Freud sostiene que la neurastenia, “no reconoce otra etiología que el onanismo (inmoderado) o las poluciones espontáneas” (Freud, 1896: 149). Como bien dijimos antes, por esa época Freud sostiene que la depresión resulta de una permutación del afecto. En breve, veremos cómo esto se relaciona con la concepción que Freud tiene de la melancolía.

Además de estas clásicas referencias a los manuscritos encontramos, como antecedentes del interés por Freud en esta problemática, una breve cita sobre el suicidio que tuvo lugar en 1910 en la Sociedad Psicoanalítica de Viena (Freud, 1910), en donde destacó la importancia de establecer una comparación entre la melancolía y

los estados normales del duelo (Muñoz, 2006). Jones comenta que lo que permitió su abordaje fue la introducción de los conceptos del Narcisismo y de un Ideal del Yo (Jones, 1960). De hecho, para este último, Duelo y Melancolía es una extensión de Introducción al Narcisismo.

Freud desarrolla las particularidades del fenómeno depresivo en Duelo y Melancolía (1915). El estado de melancolía se singulariza por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se manifiesta como autorreproches y autodenigraciones. El rasgo particular que lo distingue del duelo sería que en este último no se observa la perturbación del sentimiento de sí. De acuerdo a Freud, el melancólico muestra algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al Yo mismo (Freud, 1917).

En relación al rebajamiento y paralelamente la falta de vergüenza en la que el melancólico se autoreprocha su bajeza, Freud anticipa ya algo que será desarrollado ulteriormente en el Yo y el Ello. Afirma Freud, *“una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente y la toma por objeto”* (Freud, 1917: 245). Anticipa de esa manera una versión severa del Súper Yo escindido que castiga a la persona y de allí partirían sus juicios severos contra sí. Lo que se pregunta este autor es fundamentalmente por qué el Yo del enfermo acepta como propios estos reproches. El saber clínico, comenta Freud, permite en muchas ocasiones inteligir que en realidad esas características corresponden al reproche que se le hiciera a la persona amada, es decir que estos autorreproches serían *“reproches contra un objeto de amor, que desde éste han rebotado sobre el yo propio”* (Freud, 1917: 248). Quejas en lugar de querellas explican el por qué de la falta de pudor en la exposición pública. En lugar de un duelo encontramos un proceso patológico que produce este cuadro clínico. Frente al desengaño, real o imaginario, en lugar de obtener un quite de investidura libidinal y su desplazamiento hacia otro nuevo, encontramos que la libido objetal se retiró sobre el Yo produciendo una identificación del Yo con el objeto perdido. Esa parte del Yo sobre la que recaen los amargos reproches es la que se ha identificado con ese objeto: *“La sombra del objeto recae sobre el yo”* (Freud, 1917: 241). De allí que ahora tenemos un conflicto en el mismo yo, entre una parte crítica, ulteriormente el Súper Yo, y el Yo alterado por identificación que encarna al objeto amado y perdido.

Cuando Freud introduce su teoría del Narcisismo va a examinar los fenómenos del amor y los de la elección de objeto. El movimiento que va a hacer en este eje es

autoerotismo-narcisismo-elección de objeto. Este objeto se va a ubicar en dos series diferentes: La serie de las pulsiones parciales-objeto contingente, parcial, intercambiable y, por otro lado, la serie de la elección de objeto, que vale como otra persona y emerge como otro más totalizado o unificado, ligado a la elección “definitiva” de objeto de amor.

Estas dos series pueden presentar diferentes combinatorias. Tanto en la melancolía como en el duelo, ambas series se combinan; en la melancolía, por ejemplo, se combinan el tipo de introyección y de identificación parcial que asumirá una parte del Yo como reemplazo del objeto, lo cual derivará en el conjunto sintomático que se expresará. Parafraseando a Freud, podemos decir que, si es la sombra del objeto la que recae sobre el yo, no es la sombra del “verdadero objeto”, sino de ciertos rasgos recortados por la pulsión y “unificados” de acuerdo con la ilusión narcisística de completud.

Algunos autores, por ejemplo Bemporad (1995) sostiene que la depresión y la melancolía en Freud son una y la misma cosa y por lo tanto la tratan en forma indistinta. Antes intentamos diferenciar dichos conceptos aunque podemos sostener que tal diferencia no esta explicitada dentro de la obra freudiana.

Una vez que Freud introduce su nueva teoría pulsional en 1920, con Más Allá del Principio de Placer, y da cuenta de pulsiones que pujan por su retorno a lo inanimado, es que se puede comprender el deseo de no vivir del depresivo así también como el triunfo del Eros en el estado maníaco. Odio y amor enfrentados por el objeto, el odio pugna por liberar la libido del objeto y el amor por salvar al objeto. A partir de 1920, el concepto de “pulsión de muerte” permite a Freud articular de otro modo el lugar de la “instancia crítica” en estas afecciones de gran “padecimiento subjetivo” (Freud 1920: 12). Puede ubicarse ese padecimiento más en la “tensión” entre el Yo y el Ideal del Yo (Freud 1921: 124) que en el empobrecimiento yoico resultado de los avatares de la dialéctica narcisista.

▪ **Desarrollos post-freudianos dentro del contexto local**

Dentro de los despliegues teóricos de psicoanalistas argentinos, podemos encontrar las conceptualizaciones sobre la depresión establecidas por Hugo Bleichmar. Este autor sostiene que su manifestación depende tanto del elevado ideal narcisista, de la imagen de sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica. Asimismo, señala que estos factores causales no se adquieren en una época determinada del desarrollo, sino que se estructuran a lo largo de la vida del sujeto. Los

acontecimientos en sí no serían los determinantes, sino que la importancia radica en la resignificación *après coup*

Para este autor los componentes que pueden ser considerados como característicos del estado depresivo son: a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que es sentido como no realizable. b) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo. c) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz) (Bleichmar, 2003).

De esta manera, este autor establece una clasificación posible para los cuadros depresivos, tomando como ejes la posición del Yo frente a la pérdida del objeto, el Yo ideal y la conciencia crítica:

- Duelo normal, o depresión por pérdida simple del objeto
- Depresión narcisista, en la cual predomina un elevado ideal narcisista o bien un Yo subestimado, el cual se identifica con el Ideal negativo, a lo cual se agrega la agresividad de la conciencia crítica.
- Depresión culpógena, donde el Yo se encuentra identificado como malo-agresivo y el objeto como dañado, y donde también entraría en juego la agresividad de la conciencia crítica.

Por su parte, David Maldavsky presenta un enfoque etiológico para explicar la constitución y la transformación de las estructuras depresivas y melancólicas. Recurre a la conceptualización freudiana para de esta manera inteligir los procesos psíquicos que dan lugar a estas estructuras, para lo cual es necesario tomar en cuenta los complejos nucleares (Edipo, Castración), las defensas ante ellos y, fundamentalmente, las formaciones sustitutivas (Maldavsky, 1988:551). En relación a estas últimas, este autor sostiene que, dado su carácter mixto (de forma y de contenido), permiten dar cuenta de la eficacia de ciertas defensas y del tipo de fijaciones primordiales que suponen los complejos nucleares anteriormente nombrados (Maldavsky, 1988:551). En efecto, para este autor las manifestaciones clínicas que dan cuenta de las estructuras depresivas y melancólicas derivan de estas formaciones sustitutivas, enfatizando la importancia de explicar teóricamente los fenómenos que se perciben en la clínica.

Los desarrollos que presenta este autor oscilan principalmente en este doble aspecto de las formaciones sustitutivas que acabamos de plantear. Describe, en un

principio, el aspecto formal de ellas, teniendo en cuenta que el núcleo fundamental de las estructuras melancólicas y depresivas es la exigencia “*como contradicción semántica, en que el significante amor es usado para aludir al significado egoísmo, y viceversa*” (Maldavsky, 1988:552). Esto es, como la gran mayoría de los desarrollos freudianos y postfreudianos, intenta explicar el sentido y la diversidad de las manifestaciones clínicas de la patología en cuestión (reproches, exigencia, estados afectivos displacenteros, etcétera) a partir de una explicación etiológica estructural.

En cuanto al aspecto de contenido, toma en cuenta dos secuencias: una primordial, autoacusatoria, y otra secundaria, derivada del esfuerzo por restablecerse de la autoacusación, remitiéndose, para poder plantear esta hipótesis, a los momentos del proceso psicótico postulado por Freud (retiro de libido y posterior intento de restitución, cuya consecuencia son los llamados “fenómenos restitutivos”). Maldavsky asimila este proceso al desarrollo de la melancolía, tomando como hipótesis etiológica la secuencia: retracción narcisista-restitución, haciendo intervenir un tercer elemento en la secuencia, la identificación, entre ambos factores. De hecho, sostiene que para pasar al tercer momento, la restitución, es necesario que el mecanismo identificatorio (que recrea al superyó, sádico) entre en juego, lo cual explicaría el componente masoquista (inconciente) en la manifestación de esta patología. Esto es, este autor da cuenta de los puntos en común y las diferenciaciones a nivel estructural de esta entidad respecto de otros procesos patológicos conceptualizados por el psicoanálisis. Un ejemplo de ello lo encontramos en relación a la paranoia y la homosexualidad, donde sostiene que la desmentida de la castración materna sería el factor constante respecto a estas estructuras, mientras que la postura frente al desarrollo del Complejo de Edipo invertido daría cuenta de las diferencias entre melancolía y paranoia, respecto de la homosexualidad. En relación con ello, este autor sostiene que en la melancolía “*una sobreinvertidura de ciertas frases hipercríticas ante las cuales el yo se brinda como objeto y que son una manifestación de la resexualización del superyó, es decir, la resexualización del vínculo con ese objeto al cual se había transformado en identificación, en estructura, al sobrevenir la declinación del complejo de Edipo*” (Maldavsky, 1988:578). Es así como podemos ver la importancia que tendrían los complejos nucleares y la identificación en la dinámica de estas patologías de tipo melancólicas.

- **Comentarios al marco psicoanalítico**

Dentro de nuestro país los desarrollos de orientación psicodinámica son muy importantes, no sólo en lo que hace a la práctica clínica sino, como bien sugiere Vezzetti *“En la cultura argentina hay una historia original del freudismo que es autónoma respecto de la institucionalización del psicoanálisis, en la medida en que hubo iniciativas de lectura y de difusión que construyeron un espacio diversificado de recepción y apropiación de enunciados atribuidos a Freud”* (1996:7).

Los desarrollos psicodinámicos son parte de la dinámica social y cultural en la que la enfermedad se expresa. Es por ello que es necesario tomar en cuenta estos enfoques, debido a que gran parte de los usuarios del sistema de salud participa de esta cultura y la mayoría de los efectores de salud se hallan inmersos en este marco teórico (Vezzetti, 1996).

El psicoanálisis ha dado lugar una gran diversidad de líneas teóricas y técnicas y ante la existencia de tanta variedad de lecturas ahondar entre sus múltiples autores es un desafío que posteriores estudios deberían llenar. En el mundo, y muy especialmente en nuestro país, los modelos teóricos que plantea el psicoanálisis han sido absorbidos no sólo por los trabajadores y organizaciones de salud mental, sino también en gran parte de las construcciones culturales (cine, teatro, literatura, entre muchos otros) (Vezetti, 1996).

En lo que respecta a la gran crítica, postulada por Eysenk en la década de 1950, respecto de la poca investigación de resultados terapéuticos por parte de este modelo teórico, podemos decir que dentro del campo del psicoanálisis no ha sido intención la evaluar los resultados del análisis clínico en pacientes depresivos a largo plazo. Pese a esta crítica podemos encontrar, por ejemplo, en el trabajo llevado a cabo por Arieti (1977, en Bemporad y Long, 1995), un reporte sistemático del seguimiento de un tratamiento psicoanalítico durante tres años de doce pacientes severamente deprimidos, todos ellos en tratamiento ambulatorio. De los 12 pacientes reportados, 9 eran mujeres y tres hombres; 10 de ellos tenían ideación suicida. Los resultados indican que, luego del tratamiento, 7 de ellos se recuperaron completamente sin recaída, 4 de ellos mostraron una importante mejora y uno de ellos fue tomado como un tratamiento fallido.

Vale la pena señalar, que en las terapias de orientación psicodinámicas, las intervenciones resultan más difíciles de protocolizar y han implicado un desafío metodológico que, sólo en los últimos años, ha acentuado la investigación correspondiente para procurar investigar empíricamente sus resultados, aunque cuentan con una importante tradición en investigaciones de proceso (Vidal y Benito,

2006 y 2008; Kernberg, 2002; Gabbard et al., 2002). Un reflejo de este inconveniente puede leerse en el meta-análisis conducido por Leichsenring et al. (2004). En este trabajo, los autores buscan los estudios controlados para medir la eficacia de terapias psicodinámicas breves desde el año 1970 hasta el año 2004. Se encuentran que sólo 17 trabajos cumplen criterios de estudios controlados y randomizados y que, de éstos, sólo tres valoran la eficacia de la terapia psicodinámica breve junto con medicación en un esquema de tratamiento combinado (Garay et al, 2008). Las conclusiones a las que arriban es que si bien los resultados parecen prometedores, es demasiado escaso el número de estudios como para extraer conclusiones categóricas acerca de la utilidad de las mismas para los diferentes trastornos psiquiátricos.

A pesar de la importancia y la pertinencia de este tipo de investigaciones, los estudios llevados a cabo son insuficientes como para que la comunidad científica pueda darles el lugar de tratamientos con apoyo empírico para la depresión. Sin embargo, este ejemplo merece ser destacado debido a que no sabemos qué es lo que ocurriría si se evaluaran a largo plazo las terapias psicoanalíticas. La Argentina podría ser un ámbito propicio para estos intentos debido a la importancia del psicoanálisis en dicho país.

Estudios de prevalencia

En la actualidad la depresión parece ser el trastorno mental más extendido en el mundo. Las distintas estadísticas dan cuenta de ello. El estudio llevado a cabo en la Unión Europea por Lepine y cols (1997) arroja datos más que interesantes: sobre 14.000 pacientes entrevistados en hospitales encontraron que el 17% de la población reportó alguna experiencia de depresión en los últimos seis meses. Otro interesante estudio llevado a cabo en los Estados Unidos, arrojó como resultado que al menos el 10% de la población ha experimentado depresión en el último año (Kessler *et al*, 1994).

Como ya hemos señalado en la Introducción, la Depresión Mayor parece tener una prevalencia puntual de 5-9% en mujeres y 2-3% en hombres, con un riesgo a lo largo de la vida en muestras de la comunidad que va del 10 al 25% en mujeres (1-31.5% según los diferentes estudios) y del 5 al 12% en hombres (0.7-15.2% en las diferentes muestras) convirtiéndose en la consulta más frecuente en la atención primaria (APA, 2000; APA, 1995; Angst, 1998; Kaelber *et al*, 1995). La Organización Mundial de la Salud proyecta que para el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad que causará mayor daño (Murray y López, 1998).

Estudios sobre el curso de la depresión

La depresión tiene una alta prevalencia en la población general mundial, aun sin considerar a las demás entidades afectivas que se presentan clínicamente con ánimo deprimido. La consideración actualmente predominante de la depresión es verla como una enfermedad crónica o, cuanto menos, recurrente. De aquellos pacientes con un único episodio depresivo, el riesgo de recurrencia es del 60%; del 70% cuando se tienen dos episodios y de más del 90% cuando se han padecido tres o más episodios depresivos (APA 2001: 372). Al considerar la evolución de un episodio depresivo sin tratamiento, se observa que la duración del mismo puede variar entre 4 y 14 meses y que, si bien en la mayoría de los casos hay una completa remisión de los síntomas, en una proporción significativa se alcanza sólo una remisión parcial (Fabrissin y Garay, 2003). Como consecuencia de ello, se incrementa la morbilidad, aumenta la probabilidad de recurrencia, de remisiones parciales en futuros episodios depresivos, disminuye el tiempo entre episodios y se favorece la instalación de una depresión crónica (5-10%). Dado que uno podría preguntarse cuál es la justificación de tratar la depresión teniendo en cuenta que muchos episodios —especialmente leves— remiten

espontáneamente, estos datos abogan por la importancia de un adecuado tratamiento que modifique estos pronósticos. (Jufe, 2001: 97; Judd y otros, 2000; APA 1995).

Riesgo suicida

Distintos estudios resaltan el aumento del riesgo de suicidio en pacientes deprimidos. El estudio llevado a cabo por Tondo y Baldessarini (2001) postula que el 90% de quienes cometen suicidio presentan un trastorno mental y que el trastorno depresivo mayor figura entre los trastornos mentales más frecuentemente asociados al suicidio consumado. Según estos autores, del 5 al 15% de los pacientes con trastorno depresivo mayor consuman el suicidio y un porcentaje significativo realiza intentos de suicidio no consumado, con diferentes grados de letalidad.

Como hemos visto, uno de los problemas que presenta la depresión es la recurrencia. Cada vez que ocurre un nuevo episodio, el riesgo de una persona deprimida de cometer el suicidio es de un 15% y en caso de no cometerlo, un alto porcentaje está en riesgo de tener que ser hospitalizado (Tondo y Baldessarini 2001). A la vez, padecer depresión incrementa significativamente la chance de padecer otro trastorno mental. Por ejemplo, una persona deprimida tiene 18 veces más probabilidades de padecer un trastorno por pánico, 11 veces más probabilidades de padecer un trastorno obsesivo compulsivo y 9 veces mayor probabilidad de padecer una fobia (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Pese a estos elevados riesgos que conlleva esta enfermedad (tanto de recurrencia y tendencia a la cronicidad, como de riesgo suicida), el número de personas que consulta a profesionales de la salud mental por depresión es mucho menor que el de las personas que padece dicho trastorno. Sólo el 12% de los que padecen depresión ve a un especialista por su problema (Kessler, 1994).

Impacto socio-económico de la depresión

Cuando hablamos del costo de la enfermedad nos referimos a distintos componentes. Uno de ellos es el gasto económico que representa dicha enfermedad. El costo de una enfermedad se divide en *costos directos*, que son aquellos generados por la utilización de recursos (honorarios del profesional, costo de los fármacos utilizados, costo de la

eventual internación, etc.) y, por otro, en los *costos indirectos* que a su vez se subdividen en *costos tangibles* (pérdida por ausentismo laboral, etc.) y *costos intangibles*, que corresponden, precisamente, a lo que podríamos denominar sufrimiento psíquico (Strejilevich 2001; Nemirovsky 2000).

Hacia año 2020, el costo global atribuible a la depresión quedará en segundo lugar, después de los generados por la enfermedad cardiovascular (Mendlewicz, 2001).

La depresión se caracteriza por repetidos episodios de recaídas y recurrencias. Esta tendencia a la cronificación magnifica aún más el impacto personal y social a largo plazo así como el costo económico. El mayor gasto atribuible a la depresión recae sobre los pacientes y sus familias, lo cual resulta importante de destacar, puesto que un adecuado tratamiento para la depresión reeditaría en forma directa sobre este aspecto (Fabrissin y Garay, 2003).

Etiología: modelo multicausal

A pesar de los avances científicos en este campo, hasta el momento no ha podido encontrarse ningún factor etiológico que pudiera ser considerado como determinante por sí solo de la aparición de los síntomas de la depresión, y es poco probable que esto pueda suceder hasta tanto no se logre una mayor homogeneización de los subtipos depresivos (Fabrissin y Garay 2002). En la actualidad, lo correcto en lo que hace a la etiología de la depresión es hablar de una multicausalidad.

En relación a los desarrollos que darían cuenta de las causas, el estado del arte propone que esta enfermedad estaría producida por una combinación de diferentes factores que pueden ser distintos de una persona a otra. Puede ser por factores genéticos o hereditarios, neurobiológicos, cognitivos, determinados por la etapa del desarrollo o del crecimiento (ciclo menstrual, embarazo, posparto, menopausia). Los factores neurobiológicos son alteraciones del funcionamiento del cerebro, fundamentalmente en la comunicación entre las neuronas. Los factores cognitivos consisten en alteraciones en la manera de pensar que dan lugar a un modo pesimista de ver el mundo. También puede haber ciertas situaciones de la vida que desencadenen un episodio depresivo: la muerte de una persona querida, problemas en una relación personal, problemas económicos o cualquier situación estresante. En algunas personas la causa es fácil de determinar, en otras, la depresión aparece sin causa aparente.

Los diversos modelos teóricos que ofrecen una explicación de la aparición y del mantenimiento de la depresión parten y se basan en un aspecto particular de la misma. Por ejemplo, la terapia interpersonal diseñada para la depresión centra su trabajo en las relaciones interpersonales; la terapia cognitiva, en los síntomas cognitivos; la farmacoterapia, en las alteraciones neurofisiológicas; lo psicodinámico enfatiza los aspectos etiológicos inconcientes, etc. (Fabrissin y Garay, 2003). A través de los distintos estudios podemos ver que cada uno de los abordajes teóricos para la depresión produce un cambio en la totalidad de los aspectos de esta enfermedad a través de la acción directa sobre un nivel de organización específico (Keegan, 2007). Esto se evidencia a partir de tomar a la depresión de acuerdo a un modelo bio-psico-social que supone cinco niveles de organización: molecular, neurofisiológico, cognitivo, personal (experiencia y conducta) y sociológico que interactúan, influyendo y determinándose mutuamente (Zieher, 1999).

Es evidente que no se puede establecer una relación causa-efecto, de tipo unicasal, en relación a las causas de la depresión. Sin embargo, podemos puntualizar una serie de datos que dan lugar a una mayor prevalencia de la depresión, lo que se ha dado en considerar como un “factor de riesgo”. Diversos estudios han aislado numerosos factores de riesgo en la depresión y, siguiendo la misma lógica, se han señalado otros que estarían menos asociados con el desarrollo de la depresión, es decir, los denominados “factores protectores” (Shramm, 1998; Fabrissin y Garay, 2003).

Vamos a describir los factores de riesgo y protectores que cuentan con mayor consenso (Catalán, 2000).

Factores de riesgo (altamente probables):

Sexo femenino

Depresión previa

Divorcio, separación o viudez

Otro trastorno psiquiátrico (ansiedad, distimia o psicosis)

Problemas generales de salud (hipotiroidismo o síndrome de Cushing)

Situaciones vitales adversas

Institucionalización

Maltrato o tortura

Tabaquismo

Bajo nivel socio-económico

Abuso de sustancias

Mujer con más de 3 hijos menores de 14 años.

Factores protectores (altamente probables):

Alto nivel de escolaridad

Empleo

Estabilidad y prosperidad económica

Acceso a sistemas de salud.

Información acerca de la depresión.

Factores protectores (probables):

Apoyo social disponible

Relación interpersonal íntima

Adherencia al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico

Práctica religiosa

Escolaridad obligatoria completa

Actividades recreativas

Ser hombre casado

«Intolerancia» a la depresión

Esposo/a con depresión

Dentro de este modelo multicausal de la depresión es importante incluir, junto a los factores de riesgo, eventos que preceden inmediatamente al inicio de un cuadro depresivo (Mazure *et al*, 2000). Estos eventos, generalmente definidos como estresantes psicosociales, son considerados factores precipitantes del trastorno. Según los estudios, los eventos psicosociales más estresantes son viudez, divorcio, separación, fricciones constantes con la pareja, encarcelamiento, fallecimiento de alguien cercano, enfermedad clínica, casamiento, pérdida de empleo, reconciliación conyugal y jubilación (Schramm, 1996; Fabrissin y Garay, 2003). Se supone que la

coincidencia de factores predisponentes (dentro de los cuales se incluyen los factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales) con factores precipitantes darían por resultado un trastorno depresivo de algún tipo.

Controversia actual respecto de las cuestiones diagnósticas

En el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la clasificación diagnóstica que debiera emplearse por parte de los profesionales de la salud mental, conforme al Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica, y acorde a lo planteado por la Ley de Salud Mental 448, es la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª edición (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992; DGSM, 2004). Sin embargo, habitualmente de ella sólo se toman los códigos que coinciden con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995) (Fabrissin y Garay, 2003). Pasaremos a describir brevemente los sistemas diagnósticos operativos.

- **Breve referencia a los sistemas diagnósticos operativos**

“The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (known as the DSM) is published by the American Psychiatric Association (APA), and is the main classification of mental disorders used by psychiatrists in the United States and, increasingly, around the world.”

Rachel Cooper, 2004: 7

Desde tiempos inmemoriales el hombre reduce la complejidad de los fenómenos agrupándolos en categorías con los propósitos más disímiles. Se agrupan y categorizan cosas tan diversas que, más que dar ejemplos de clasificación, podríamos preguntarnos ¿hay algo que no pueda ser categorizable?

El concepto de enfermedad está creado por el hombre (Spitzer y Wilson, 1982). No hay una única forma de pensar la enfermedad, por lo tanto una clasificación es una creación humana. Todo lo que ocurre en lo humano es natural, los hombres somos los que clasificamos y creamos construcciones conceptuales para mejorar la vida, dependiendo de cada cultura o estilo de pensar.

Las clasificaciones tienen como objetivo general ser instrumentos para comunicar información. Por ejemplo, cuando un médico da un diagnóstico está emitiendo una

comunicación. Es por ello que tanto el DSM-IV como la CIE-10 son clasificaciones, modos de pensar u organizar la enfermedad. Cada una de estas categorizaciones responde a una lógica de pensar la enfermedad. En los hospitales públicos de Argentina es menester realizar el diagnóstico en términos de la CIE 10, aunque son más bien pocos profesionales los que utilizan el sistema desarrollado por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Los psiquiatras suelen diagnosticar en su mayor parte mediante las categorías utilizadas por el DSM-IV, y los psicólogos de diversas orientaciones no suelen utilizar estos sistemas de diagnóstico operativo, sino que más bien diagnostican a partir de las categorías que dicha orientación tiene como base (Korman y Garay, 2004; Korman *et al*, 2007).

Nos centraremos principalmente en los desarrollos llevados a cabo por el DSM-IV debido a que es el más utilizado dentro de los profesionales que utilizan un sistema diagnóstico operativo dentro de Argentina. Por otra parte, la CIE-10 no ha dado lugar a debates tan intensos como los que giraron en torno al DSM-IV.

La diferencia entre ambas clasificaciones es mas bien pequeña, casi irrelevante dice López Ibor (1992) en el prólogo a la publicación de la CIE 10 en español. Esta cercanía es natural, debido a que ambas comparten criterios y resultados de la investigación científica y muchos de los investigadores han formado parte de los grupos de trabajo para la confección del DSM-IV y la CIE-10. Sin embargo, hay varias diferencias entre las clasificaciones que ponen de manifiesto diferencias “políticas” o decisiones no basadas en la evidencia científica (CIE-10, 1992). Siguiendo a López Ibor vamos a clasificarlas: La primera de ellas es que el DSM-IV presenta una estructura multiaxial diferente que la CIE-10²⁰. La segunda está dada por el criterio de discapacidad, esencial a la hora de llevar a cabo un diagnóstico en el DSM-IV, y que no se halla presente en la CIE-10. En el momento de diagnosticar un trastorno, el DSM-IV da prioridad a la discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento). El peligro que posee una clasificación basada sólo en síntomas y signos es el de psiquiatrizar estados o comportamientos no patológicos. Para evitar esta situación, la nomenclatura norteamericana propone dos condiciones, un sufrimiento importante y una discapacidad significativa.

²⁰ Los creadores del DSM proponen efectuar el diagnóstico en varios ejes, principio sustentado que se desarrolla en las distintas versiones del manual (DSM III-R, DSM-IV). La CIE 10 adopta este concepto a partir de la publicación de la Versión Multiaxial para adultos, en 1996. Cada eje implica un nivel de procesamiento de la información proveniente del campo clínico que refleja un aspecto fundamental de los hechos clínicos considerados. El DSM considera cinco ejes y la CIE 10, tres. Asimismo hay una coincidencia en plantear el diagnóstico multiaxial. El diseño multiaxial pretende revelar la realidad clínica, a la vez que facilita la comprensión y el trabajo interdisciplinario propios del campo de la salud mental (Montenegro *et al*, 1999).

Vale la pena aclarar que el DSM-IV es una clasificación que resulta del esfuerzo de unificar criterios de investigación que hizo la Universidad de Washington de St. Louis, trasladado luego a la práctica cotidiana. Esta perspectiva tiene la ventaja de su fiabilidad, y el riesgo de un número elevado de casos atípicos, que son los cajones de sastre donde van a parar los que están por debajo de un determinado punto de corte. Esta perspectiva es esencial para llevar a cabo una investigación, debido a que el objetivo es excluir los falsos positivos que comprometen los resultados mientras que en la clínica diaria lo ideal es que todos los enfermos reciban un diagnóstico en el que se puedan fundamentar las decisiones que tome el clínico respecto al sufrimiento (CIE 10, 2000).

▪ **Trastorno mental desde el DSM-IV**

Para definir la enfermedad, el DSM-IV recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional. El término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos» (APA, 1995: XXI).

De acuerdo al manual, la definición de trastorno mental trata de un “síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. Cualquiera sea la causa, debe entenderse el trastorno como la manifestación individual de una disfunción de comportamiento, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo: político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación o el conflicto fueren síntomas de una disfunción” (APA, 1995: XXI).

“Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta” (APA, 1995: XXI).

Entendemos que la definición propuesta, aceptando las perspectivas de otras culturas sobre qué tipo de experiencias pueden definirse como normales, constituye un claro avance en el área, pues deja fuera de su campo a numerosos fenómenos culturales que previamente habían sido clasificados como enfermedades mentales. Nos referimos, por ejemplo, a experiencias y conocimientos ligados a las prácticas shamánicas y curanderiles, a la relación entre el individuo y sus auxiliares, así como a las visiones, las experiencias de lo sagrado, las extáticas, las oníricas y, en general, a las experiencias en estado alterado de conciencia, a los que nos referiremos con más detalle con posterioridad.

La categoría de trastorno intenta ser flexible y de este modo superar la clasificación de las dolencias desde una perspectiva occidental o, más precisamente, presentar una definición culturalmente neutra. Sin embargo, esta definición de enfermedad corresponde a la visión occidental de enfermedad. La noción de trastorno mental tiene soporte en las teorías psicológicas occidentales, las que aportan los principales conceptos del manual tales como depresión, pánico, bulimia, anorexia, manía y numerosos tipos de trastornos generales y de la personalidad (Idoyaga Molina y Korman, 2002). A su vez, la definición de trastorno mental supone una normalidad y una patología; esto ha suscitado intensos debates en torno a esta categoría. Un buen ejemplo de ello es la categoría de hipomanía: los episodios hipomaniacos se encuentran caracterizados por un humor inusualmente bueno, expansivo, etc.; esto nos llevaría a contradecir la definición de trastorno mental (Cooper, 2004). En definitiva, todas las categorías diagnósticas que se proponen, incluso los síndromes culturales, están influidos por las teorías psicológicas y psiquiátricas occidentales (Hughes, 1998; Lewis-Fernandez, 1998; Manson y Kleinman, 1998). Por otra parte, científicos con distintas orientaciones teóricas habrán de focalizar diferentes puntos para llevar a cabo sus observaciones (Cooper, 2004) lo que convierte en algo bastante complicado hablar de un concepto neutro. Hay una gran línea de autores que sugieren que el DSM-IV asume la concepción biológica de la enfermedad mental, basta con ver la orientación de los grupos de trabajo (Cooper, 2004). Asimismo se encuentra el problema desde 1960 en los EEUU que para asistencia psicológica o psiquiátrica por medio de las obras sociales o prepagas las compañías precisan un diagnóstico por el DSM antes de aceptar llevar a cabo el tratamiento médico. Ello hace que haya un gran *lobby* para incluir nuevos desórdenes en el DSM; cuando esto tiene éxito, nuevos diagnósticos son incluidos en el manual. A modo de ejemplo podemos citar lo pronunciado por los investigadores I., Spitzer, R. y Hedlund J. en 1976 y decir que no hay diagnósticos que incluyan categorías a partir de las cuales los terapeutas de

familia puedan obtener seguro médico, no hay un modelo interaccional de enfermedad debido a que el modelo médico biológico es el adoptado por el DSM (en Cooper, 2004).

- **Diagnóstico de la Depresión en el DSM-IV y los contextos culturales distintos del que fue desarrollado**

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación diagnóstica se puede reducir su infraestimación y los errores diagnósticos.

DSM-IV:330

En lo que hace a la dimensión cultural dentro de la introducción del manual, hay un apartado denominado “Consideraciones étnicas y culturales”. Este apartado nos consigna que el DSM-IV consta de tres tipos de información relacionada con aspectos culturales: “1) Una discusión sobre variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM-IV. 2) Una descripción de los síndromes relacionados con la cultura y no incluidos en el DSM-IV (se incluyen en el Apéndice J²¹). 3) Directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el impacto del contexto cultural del individuo (v. también en el apéndice J).” (APA, 1995: XXIV).

En la información que nos aporta este apartado, vale la pena resaltar la dificultad que puede significar para un profesional de la salud evaluar pacientes pertenecientes a otros grupos étnicos. Un terapeuta que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia que son habituales en la cultura del paciente.

Veamos el primer punto: Una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM-IV. El manual parte de que las enfermedades que éste describe son de tipo universal: “(...) *esta clasificación es una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal y como son padecidos por los individuos de todo el mundo*” (DSM-IV, 1994: XXIV). Una línea

²¹ El apéndice J del DSM-IV incluye la guía para la formulación cultural y el glosario de síndromes dependientes de la cultura.

después deja abierta un conjunto de dudas al respecto: “*Sin embargo, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. Con el fin de facilitar su aplicación a personas de distintas culturas y etnias, el DSM-IV consta de un nuevo apartado dedicado a los rasgos ligados a la cultura.*” (DSM-IV, 1994: XXIV). Es decir que en muchos, no en todos, de los trastornos especificados en el manual hay un apartado específico que intenta dar cuenta de cómo los aspectos culturales afectan el contenido y la expresión de los síntomas. Por suerte en el caso que nos interesa a nosotros hay un apartado específico denominado: “Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo”. En el apartado en cuestión, a fin de ilustrar cómo la percepción de la enfermedad está influida por la cultura, se señala que “*Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de ‘nervios’ y cefaleas (en las culturas latinas mediterráneas), de debilidad, cansancio o ‘falta de equilibrio’ (en culturas asiáticas o chinas) (...)*” (APA, 1995: 330).

En el manual existe además un apartado titulado “Glosario de síndromes dependientes de la cultura”, que pueden estar o no relacionados con una categoría diagnóstica del DSM-IV; de los veinticinco síndromes dependientes de la cultura registrados en el DSM-IV sólo tres pueden ser considerados tradicionales en Argentina. Ellos son el *susto*, los *nervios* y el *ojeo* (Korman, 2006a).

Otro hecho para destacar es que el DSM-IV presenta algunas descripciones bastante burdas en términos culturales. Con esto nos estamos refiriendo a los calificativos “mediterráneo” y “latino” que utiliza en muchas ocasiones, lo cual implica no estar considerando la cultura del individuo, sino proporcionando unos calificativos rápidos y no descriptivos de la unidad cultural o sociedad a la que el individuo pertenece. ¿Quiénes son los mediterráneos y quiénes los latinos? ¿Cuál es la identidad social y étnica de los individuos que supuestamente comparten esas culturas? La imposibilidad de responder positivamente estas preguntas nos lleva a plantear que es científicamente incorrecto hablar de cultura mediterránea o latina; vale decir que no existen dichas culturas, y consecuentemente, las variaciones que se hayan encontrado en función de estas clasificaciones no responden a la cultura (Idoyaga Molina y Korman, 2002).

El tercer punto que el manual incluye, es una guía sobre aspectos culturales, que es utilizada para aclarar y aplicar los criterios diagnósticos del DSM-IV en contextos pluriculturales. “*La formulación cultural permite una revisión sistemática del conocimiento cultural del individuo, el papel del contexto cultural en la expresión y*

evaluación de los síntomas y disfunciones y el efecto que las diferencias culturales puedan tener en la relación entre el individuo y el clínico” (APA, 1995: 863).

A continuación se señalan qué elementos deben ser tomados en cuenta para poder describir sistemáticamente el grupo cultural y social de referencia, para lo cual sugiere un resumen de los siguientes aspectos:

- a) Identidad cultural del individuo –pertenencia étnica o cultural de referencia, implicancia de la cultura de origen, entre otros aspectos-;
- b) Explicaciones culturales de la enfermedad individual –atribución y significado de los síntomas del individuo en relación con las normas del grupo cultural de referencia, la forma de comunicar el malestar y preguntas por la etiología que discriminan, por ejemplo, entre posesión de espíritus, quejas somáticas, mala suerte inexplicable, etc.-;
- c) Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de actividad – interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social-;
- d) Elementos culturales de la relación entre el individuo y el clínico –dificultades para entender la causa o los síntomas o comprender su significado cultural y/o diferencias de estatus cultural y social entre el individuo y el clínico-; y
- e) La evaluación cultural global para el diagnóstico y la asistencia –una discusión sobre cómo las consideraciones culturales influyen en la comprensión diagnóstica del paciente-.

Es alentador que el manual preste atención a la cultura del paciente a la hora de realizar el diagnóstico y concretar el tratamiento. Sin embargo, a la hora de pensar la experiencia de depresión al carecer de estudios en nuestro contexto no podemos explicitar ni expresar que particularidades podría tener la depresión en nuestro contexto. De hecho, el mismo DSM-IV sugiere que debe utilizarse con precaución las categorías diagnósticas al ser utilizadas en otro contexto. Por último, podríamos preguntarnos si el calificativo de “latinos” y “mediterráneos” se ajustaría a la población a los que nos referimos. De ser así, el mismo manual estaría planteando que debemos estar atentos a las particularidades que pudiera tener la población dentro de nuestro contexto.

- **Síntomas que dan cuenta de la depresión en el DSM-IV**

Más allá de las cuestiones culturales presentadas en el apartado anterior, el DSM-IV establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. No todas las personas que padecen depresión experimentan todos los síntomas, algunos sólo

padecen unos pocos. La gravedad y duración de éstos varía mucho de una persona a otra. A continuación vamos a enumerar algunos de estos síntomas:

1. Estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo.
2. Pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por los seres queridos)
3. Pérdida o aumento importantes de apetito y peso.
4. Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de lo habitual.
5. Moverse constantemente, incapacidad para estar quieto o movimientos más lentos que lo habitual observables por los demás.
6. Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en «cámara lenta» o pesadez.
7. Sentirse culpable, inútil o solo. La culpa no es solamente por el hecho de estar enfermo.
8. Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones (por ejemplo: pasar largo tiempo pensando varias opciones para no decidirse por ninguna de ellas).
9. Pensamientos sobre la muerte (por ejemplo: «antes que estar así, prefiero estar muerto») o claras ideas suicidas (por ejemplo: «lo único que me queda es matarme»).

- **Lo religioso y lo espiritual desde el DSM-IV**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) presenta una categoría específica en cuanto a los fenómenos religiosos dentro del Eje I: “*Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Problema religioso o espiritual*” (APA, 1995). En el desarrollo del DSM el lugar de la cultura fue variando significativamente. La versión anterior al manual actualmente más utilizado, el DSM-III, no hace referencia a la cultura, mientras que el DSM-III-R (revisado) hace sólo una referencia breve (Rogler, 1993). La temática de lo cultural recién se hace presente con fuerza en la edición del DSM-IV. Éste incluye información en la cual se dice que prescindir del contexto cultural puede llevar a diagnósticos errados (O’Connor & Vanderberg, 2005). Pese a este reciente cambio en la conceptualización del rol de la cultura a la hora de evaluar los comportamientos y las conductas, existe una fuerte controversia respecto de este rol que aún no ha sido resuelta (Canino y otros, 1998). Algunos de los autores que confeccionaron la parte cultural del DSM-IV fueron muy críticos respecto al lugar otorgado a la cultura en el manual. La mayor parte de los

argumentos recayó en que la fuerte adherencia al modelo biológico deja de lado la influencia de lo social en la enfermedad mental (Good, 1996). Otros autores argumentan que la cultura configura la experiencia de malestar de manera tal que debe ser considerada parte sustancial de las decisiones diagnósticas y que no puede ser reducida a una nota al pie dentro de la consideración biológica (Alarcón, 1995; Lewis-Fernandez, 1996).

No podemos dejar de señalar, a pesar de todas estas críticas, otra área importante en la que el DSM-IV hace referencia al rol de la religiosidad y que tiene un gran impacto en las modalidades de diagnóstico psicopatológico: la definición de idea delirante.

“Idea delirante: Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que el sujeto pertenece (p. ej., no es un artículo de fe religiosa)... ” (1995:783). Mediante esta definición, el DSM-IV, implícitamente, da a la religión el lugar de una cultura o subcultura, consideración que eximiría las creencias religiosas de significación patológica (O’Connor & Vanderberg, 2005). Si una creencia se encuentra relacionada con un tipo particular de religión, ella no debería poseer significación patológica al momento de encontrarse compartida por otras personas.

Podemos observar que desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental, muchas prácticas religiosas pueden ser consideradas patológicas, si no es tenido en cuenta el contexto. Es interesante tomar en cuenta el trabajo, previamente mencionado, realizado por O’Connor y Vanderberg (2005), quienes investigan la valoración que profesionales de la salud mental hacen de la significación patológica de algunas creencias religiosas.

El mencionado estudio expone tres religiones presentes en EEUU: Catolicismo, Mormones y La Nación del Islam. El catolicismo es una religión con muchos seguidores en el país de los autores. Las otras dos religiones, los Mormones y La Nación del Islam, poseen menos seguidores, pero como hecho a destacar, ambas surgen en los EEUU, a la vez que ambas religiones presentan creencias bastante distintas de las católicas. Las hipótesis con la que estos autores trabajan son las siguientes: En primer lugar, consideran que los clínicos estarán más familiarizados con las creencias del Cristianismo, mientras que las creencias de los mormones puede que les resulten menos familiares, y las de la Nación del Islam menos familiares aún. De esto se presupondrá que las creencias serán consideradas menos patológicas en la

medida en que éstos tengan mayor conocimiento de las mismas y que, en esta medida, actuarán conforme a las recomendaciones del DSM-IV. En segundo lugar, hipotetizan que los rangos de patología serán más pronunciados en las religiones menos conocidas.

La tercera hipótesis es que las consecuencias de esas creencias serán más patologizadas a partir de la posibilidad de que generen daños a otros.

Todos los participantes (110 profesionales de la salud mental) habían tenido entrenamiento en el diagnóstico con DSM-IV. Cada participante recibió información concerniente a la edad, el sexo, la filiación religiosa y el grado de estudio obtenido. Se presenta al clínico una serie de viñetas en las que el consultante ha adoptado una serie de nuevas creencias entre 6 y 12 meses atrás. Las creencias adoptadas por estos individuos ficticios responden a las tres religiones elegidas para este estudio. Para las creencias católicas fueron elegidas las pertenecientes a la intervención del Espíritu Santo, transubstanciación, pecados particulares y las ideas sobre la otra vida. Para los Mormones fueron identificadas creencias acerca la naturaleza de Dios, el origen del alma, las restricciones dietarias y la existencia de otra vida. Para la Nación del Islam, se incluyeron creencias respecto a la intervención de Alá, los orígenes de los distintos grupos de personas, algunas restricciones dietarias y el origen del demonio.

Algunos de los ejemplos que utilizan para las distintas viñetas merecen ser mencionados. “Franco se vuelve Católico en el último año y cree que el Espíritu Santo le dio una fuerza especial para defender la fe”. “Juan cree apasionadamente en los mandatos de los Mormones y, por ende, que luego de su muerte será transformado en dios”. De manera similar “William cree en la revelación de que una nave espacial, sobrevuela EEUU desde 1929, lo que coincide con las ideas propuestas por la Nación del Islam” (O’Connor y Vanderberg, 2005).

Cada participante recibe una serie de seis viñetas. Tres viñetas de distracción y tres viñetas correspondientes a los cuatro grupos armados (religión identificada, pero sin peligro para otros; religión identificada, pero con peligro para otros; religión no identificada, pero sin peligro para otros y religión no identificada, pero con peligro para otros).

La principal hipótesis que sostenían los autores es que cuanto más conocida era la religión, ésta sería considerada menos patológica. La hipótesis resultó confirmada: los indicadores de patología fueron más altos para la Nación del Islam; en segundo lugar se ubicaron los Mormones y, por último, los Católicos.

La segunda hipótesis del estudio también resultó confirmada. Las creencias que no se hallaban explícitamente identificadas con una religión resultaron ser consideradas más patológicas. Al mismo tiempo, identificar la religión implicó considerar menos patológica la creencia que se sostenía en la viñeta, siempre y cuando fuera la religión más conocida (católica); en la medida en que la religión es menos conocida, se incrementaba la patología.

Una tercera hipótesis que se corroboró es que cuanto más asociada a un daño a terceros se encontraba la creencia, ésta habría de ser más patológica, al igual que en las otras hipótesis: cuanto menos conocida es la religión, más patológica es la evaluación de los clínicos respecto a esta circunstancia.

La investigación arroja como resultados que cada creencia es evaluada de manera distinta por parte de los clínicos y ello no guarda relación con su racionalidad (ninguna de las tres presentan ideas relacionadas con la racionalidad, sino con las creencias propias de cada una de las religiones tomadas para la investigación). Pese a las recomendaciones propuestas por el DSM-IV, los clínicos han considerado más patológicas las creencias de la Nación del Islam aun cuando en la viñeta fuera consignada la pertenencia a tal religión. Esta información se vuelve relevante cuando se ve confirmada que la pertenencia al Catolicismo o a los Mormones implicaba menor nivel de patología. Las consecuencias del desconocimiento por parte de los profesionales, y consecuentemente el diagnóstico errado, daba lugar al diagnóstico de los más serios trastornos mentales. El rol de la cultura en la génesis de las conductas y las creencias debe tener una mayor consideración en el DSM-IV, de manera que se puedan evaluar mejor (O'Connor y Vanderberg, 2005).

A continuación, luego de haber descrito brevemente algunas de las problemáticas asociadas al origen, diagnóstico, prevalencia y riesgo de la depresión, expondremos las discusiones en que los especialistas se han visto inmersos a raíz de las dificultades del estudio de la depresión en contextos interculturales.

Estudios acerca de la depresión en contextos interculturales

El estudio de la depresión ha generado un importante campo de discusiones y controversias. Hace casi cien años, Emil Kraepelin, avistaba estas dificultades y anticipaba la necesidad de una nueva disciplina cuyo foco fuera la comparación psiquiátrica entre las distintas culturas (Jilek, 1995). Ello dio lugar a distintos modelos de investigación, hecho que aumentó las perspectivas a través de las cuales se discutía la existencia de la depresión en los distintos contextos y culturas. En esta apartado comentaremos tres de los muchos modelos teóricos a partir de los cuáles se piensa la enfermedad mental: ellos son el enfoque biomédico, el etnográfico y el de la psiquiatría transcultural.

El primero de ellos, el enfoque biomédico, asume que el trastorno existe si un individuo reporta padecer síntomas asociados a la depresión. Desde esta perspectiva, las variaciones en torno a la prevalencia son atribuidas a factores culturales (Simons, 1996). La mayoría de estos datos son recogidos a partir de entrevistas estructuradas y diagnósticas. Muchos estudios han encontrado que los rangos de depresión son generalmente menores en culturas asiáticas que en culturas occidentales. Este fenómeno ha dado a su vez nuevas investigaciones intentando dar respuesta a este fenómeno.

El segundo de estos enfoques, el enfoque etnográfico, supone que los miembros de una cultura no occidental padecen síntomas asociados a la depresión. Los significados y las implicancias de esos síntomas varían de cultura a cultura (Obeyesekere, 1985; Tousignant y Maldonado, 1989). La pregunta que el enfoque etnográfico intenta responder es ¿cómo hacer un estudio cultural si la variación del trastorno parte de una definición que es culturalmente construida? (Schieffelin, 1985). El acercamiento etnográfico asume que los miembros de una cultura otra padece los síntomas de lo que desde la cultura occidental definiríamos como depresión; los significados y las implicancias de esos síntomas varían de cultura a cultura. Los partidarios de este enfoque focalizan en las estructuras, los valores y normas que determinan el significado de los síntomas de la depresión. Y luego los comparan con aquellos de la cultura occidental. Sirva de ejemplo el trabajo de Schieffelin (1985) sobre los Kaluli de Nueva Guinea. El autor sostiene que las emociones son expresadas para influir a los otros. Debido a la presencia de una estructura cultural que existe para que los Kaluli se recuperen de las pérdidas, ellos raramente experimentan depresión. De hecho durante los tres años que vivió entre los Kaluli sólo pudo identificar un caso de

depresión de una mujer que era infeliz en su matrimonio y que debido a circunstancias particulares no podía expresar su tristeza. Schieffelin observó que la mujer reportaba solamente los síntomas físicos de la depresión. Las principales críticas que recibe este enfoque es que trabajan con muestras muy limitadas, a la vez que la mayoría de estas comparaciones no son más que de una cultura y por lo tanto no es claro por qué las consecuencias de significado difieren drásticamente de cultura a cultura, como estas aproximaciones sugieren.

A su vez, se encuentran otros enfoques que procuran utilizar ambas metodologías (las del tipo biomédico y las del tipo etnográfico). Sirva de ejemplo el enfoque de la psiquiatría cultural en el que supone que la cultura influencia los sentimientos, los síntomas y los idiomas del malestar. Los modelos explicatorios, los mecanismos de afrontamiento, al igual que las respuestas sociales al malestar son productos culturales (Kirmayer, 2001).

Vamos a desarrollar el enfoque biomédico debido a que se encuentra mucho más desarrollado y hay mayor cantidad de datos estadísticos. Como se verá, este enfoque se complejiza a cada paso que da. La aproximación biomédica sugiere que los síntomas asociados a la depresión existen y que el trastorno puede ser identificado, diagnosticado y entendido. Estos estudios consideran a la cultura como separada y secundaria al trastorno. La cultura es usada para explicar las diferencias nacionales y la prevalencia de grados de depresión. En un intento de examinar como la cultura influye los síntomas de la depresión, los investigadores asumiendo el enfoque biomédico puede comparar los elementos básicos que abarca la depresión a lo largo de las distintas culturas (Tsai & Chetsova-Dutton, 2002).

El enfoque biomédico, al estudiar la depresión, ha encontrado un conjunto de dificultades. En primer lugar, la cultura occidental tiene la visión de que las emociones positivas son vistas como normales mientras que el humor depresivo y la pérdida de interés en actividades placenteras son vistas como anormales (Lutz, 1985). En segundo lugar, la atribución de malestar en Occidente es interna. Mientras que en culturas orientales los problemas son vistos como interdependientes o conectados con los otros (Markus & Kitayama, 1991). En tercer lugar, la visión que poseemos de la depresión está basada sobre la relación mente-cuerpo que tenemos los occidentales (Lewis-Fernandez & Kleinman, 1994), mientras que en otras culturas es difícil encontrar esta diferenciación (tal como sucede con las tradiciones de la medicina china o la medicina ayurvédica [Saizar, 2006]).

Estudios realizados desde la perspectiva biomédica

Los estudios de corte biomédico presentan sus propias particularidades. Desde esta óptica, la depresión puede ser identificada en todas las sociedades. Es a partir de esta hipótesis que nos encontramos con la primera dificultad. Diversos estudios epidemiológicos han encontrado que la prevalencia de rangos de depresión es menor en culturas asiáticas (China, Japón, Taiwan) que en culturas occidentales (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá) (Bland, 1997; Hwu et al, 1996; Simon et al, 1999). Sirva de ejemplo el estudio llevado a cabo por la OMS en los que se encontraron enormes variaciones: desde 1.5% Japón y 2.4% en China, mientras que en el Reino Unido la prevalencia llegaba 17.1% (Simon, VonKorff, et al., 1999). Estos patrones han sido encontrados en todos los grupos estudiados; desde estudiantes hasta muestras geriátricas (Chen et al, 1999; Crittenden *et al*, 1992). Estas diferencias han sido atribuidas a diferentes factores, que pasaremos a enumerar a continuación.

1. Dificultad en el reconocimiento de la depresión

Una primera explicación apunta a la dificultad de reconocimiento de la depresión por parte de clínicos en atención primaria; hecho que varía sustancialmente a través de las distintas culturas (Simon, Goldberg, Tiemens, & Ustun, 1999). Por ejemplo, en Grecia, Nigeria, Japón y China sólo un 20% o menos de los casos de depresión fueron reconocidos. Esto marca un claro contraste con Gran Bretaña, Francia, Chile, EEUU, Italia, en donde 50% de los casos de depresión fueron reconocidos. El uso de entrevistas y diagnósticos estandarizados debería reducir la subjetividad en los diagnósticos psiquiátricos, pero los estudios demuestran que a pesar de la utilización de herramientas estandarizadas las bases culturales de los profesionales influyen en el diagnóstico. Sirva de ejemplo el estudio de Katz *et al* (1994) en el que se le preguntó a psiquiatras de catorce países que analizaran la grabación de un paciente internado y, pese al empleo de herramientas estandarizadas, hubo diferencias en torno a la sintomatología del paciente. Al mismo tiempo, distintos autores cuestionan la existencia de sistemas diagnósticos operativos apropiados para la evaluación de trastornos mentales en contextos interculturales (Kleinman, 1989; Good, 1996).

2. Ocurrencia de síntomas depresivos específicos

Una segunda explicación focaliza en la ocurrencia de síntomas depresivos específicos. Weissman *et al* (1996) revisaron los datos de 10 estudios epidemiológicos alrededor del mundo (EEUU, Canadá, Puerto Rico, Francia, Alemania, Italia, Líbano, Taiwan, Korea, y Nueva Zelanda) y encontraron que insomnio, pérdida de energía, dificultad de concentración, pensamientos de muerte y suicidio fueron reportados por la mayoría de los individuos deprimidos en todos los países de la muestra. Sin embargo, otros síntomas tales como poco apetito, sentimiento de culpa, pensamiento lento no eran comunes en todos los sitios. Esto sugiere que la ocurrencia específica de síntomas puede depender de una cultura en particular. A modo de ejemplo, Pang (1995) estudió la experiencia de depresión de inmigrantes coreanos, encontrando que muchos inmigrantes deprimidos no reportaban sentimiento de estar deprimidos; en lugar de ello comunicaban estrés en términos de estar solos y problemas en las dinámicas familiares. En otro estudio, Jenkins (1997) preguntó a europeo-americanos y latinos (principalmente de EEUU) con depresión mayor y esquizofrenia que describieran su vida. La mitad de los sujetos de ambos grupos culturales no describieron el desarrollo de la enfermedad en la vida, sino que se focalizaron en el estrés emocional, respecto de sus actividades, los eventos significativos y las dificultades en sus relaciones. En el mismo estudio se pudo consignar que europeo-americanos mencionaban en sus vidas el padecimiento mental como enfermedad mental, mientras que los latinos tendían a describirlo más como un malestar físico. A la vez, gran parte de los latinos diagnosticados con depresión tendían a pensarlo como Nervios (Jenkins & Cofresi, 1998). KossChioino (1999) también encontró que portorriqueños deprimidos reportaban visiones de espíritus, llanto incontrolable y dolores de cabeza cuando sufrían de un cuadro depresivo. Por otra parte, se sostiene que culturas no occidentales (coreanos, filipinos, árabes, turcos, japoneses, chinos, entre muchos otros) enfatizan más en los síntomas somáticos de la depresión. Estos pueden ser los datos más sobresalientes en las culturas no occidentales, debido a la integración entre mente y cuerpo y el estigma atribuido a la enfermedad mental. Otro ejemplo, que sigue esta misma línea, son los estudios llevados a cabo en los Emiratos Árabes Unidos y Turquía (Ebert & Martus, 1994; Hamdi, Amin, & Abou-Saleh, 1997), los que dan cuenta de que pacientes deprimidos –internados y externados- tienden a explicar la depresión en términos somáticos.

3. Los síndromes dependientes de la cultura como explicación alternativa

Una tercera explicación a la variación en los rangos de depresión es que en determinadas culturas existen explicaciones alternativas para los síntomas depresivos. Los síntomas depresivos parecen presentarse con otros síntomas que son parte de otra enfermedad. El DSM-IV refiere a los desórdenes que tienen síntomas depresivos pero que presentan otro tipo de definición como los síndromes dependientes de la cultura²². Estos ejemplos incluyen neurastenia y somatización en China (Kleinman, 1982), *hwa-byung* en Corea (Lin et al., 1992), corazón que se hunde (*sinking Heart*), en los Punjabi Sikhs (Krause, 1989), pena en Ecuador (Tousignant y Maldonado, 1989) entre otros ejemplos. La existencia de SDC afecta el rango de depresión debido a que existen otras formas de expresar el malestar. Esta hipótesis explicativa llevó a una nueva investigación de la OMS en la que se investigó si la menor incidencia de depresión se deben a una mayor prevalencia de somatización. Este organismo examinó la prevalencia de ambos desórdenes en diferentes lugares de asistencia primaria del mundo (Simon, VonKorff et al, 1999), encontrando que la somatización es muy similar a lo largo de las distintas culturas; lo que echa por tierra la hipótesis anteriormente mencionada, abriendo nuevos interrogantes.

4. Estresores ambientales

Otra forma de explicar las diferencias en torno a la prevalencia de la depresión es a partir de los estresores ambientales. La urbanización o la occidentalización ha sido tomada en muchas ocasiones como hipótesis de haber tenido un efecto negativo sobre la salud mental en general y en los rangos de depresión en particular (Freeman, 1998). Un estudio realizado en EEUU revela que las muestras urbanas se hallaban más deprimidas que las muestras rurales (Blazer et al, 1985). Al mismo tiempo, un estudio realizado en Indonesia encontró que los síntomas psicológicos se hallaban primariamente asociados a la pobreza de los habitantes de los pueblos en proceso de

²² El término *síndrome dependiente de la cultura* denota “patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar o no relacionados con una categoría diagnóstica del DSM-IV. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como ‘enfermedades’ o por lo menos como causas de sufrimiento y la mayoría se conocen por nombres locales”. Estos síndromes se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones. Se diferencian, por lo tanto, de los cuadros clínicos de las principales categorías del DSM-IV, las que de acuerdo al manual se encuentran en todo el mundo, aunque puedan variar los síntomas particulares, el curso y la respuesta social a la enfermedad en virtud de la influencia de factores culturales locales (APA, 1995: 864).

urbanización y que los de mejores ingresos económicos tenían menos síntomas psicológicos (Bahar, Henderson, & Mackimon, 1992). De esta manera, la pobreza ha resultado estar asociada a la depresión (Murphy *et al*, 1991; Patel, Araya, de Lima *et al*, 1999). De hecho, el estudio llevado a cabo por Simon y colaboradores (1999) reveló una mayor prevalencia de depresión en las ciudades que correspondían a Latinoamérica, siendo los resultados en Río de Janeiro (18.3%) y Santiago de Chile (26.3%).

En efecto, para explicar estas diferencias entre grupos étnicos, se postula la hipótesis de causas relacionadas a diferencias socioeconómicas; a la vez que factores como violencia y problemas políticos suelen aumentar el nivel de estrés y el riesgo de depresión (Patel & Kleinman, 2003).

5. La duración de la depresión

Uno de estos fenómenos es el de la duración de la depresión. La OMS examinó casos de depresión en Canadá, Irán, Japón, y Suiza y les realizó un seguimiento durante 10 años (Thornicroft & Sartorius, 1993). Canadá tenía la más alta proporción de casos con pobre curso (mal pronóstico) caracterizado por una duración mayor de los episodios depresivos y menor remisión en comparación con otras muestras. Estos datos nos sitúan frente a la necesidad de estudios posteriores que nos permitan entender qué factores específicos de la cultura o del clima (en el caso de Canadá) pueden explicar estas diferencias.

6. Contradicciones en la vulnerabilidad a la depresión

Hay un acuerdo común sobre los factores de riesgo para la depresión en poblaciones occidentales y orientales: ser mujer, eventos negativos y estresantes, enfermedades físicas, carecer de educación, dificultades económicas, falta de trabajo y carecer de soporte social (Chern *et al*, 1999). Sin embargo hay algunos datos que son contradictorios a este postulado, puesto que el Grupo Internacional de Consenso sobre Depresión y Ansiedad sugiere que en Japón la impresión clínica es que hay mucha mayor consulta masculina por depresión que femenina (Ballenger *et al*, 2001).

Estos datos dan cuenta de que es muy problemático especificar la forma en que la cultura influye en la vulnerabilidad a la depresión. Hay diversas explicaciones, entre ellas la propuesta Higgins (1989), en la cual la discrepancia en el yo es una de las

causas de la depresión. El autor propone que cuanto mayor es la discrepancia entre lo que un individuo quiere ser (*self ideal*) y cómo se percibe actualmente (*self actual*), más susceptible es el individuo a la depresión. Esta teoría es consistente con la idea de que la cultura occidental valora el tener una imagen positiva de sí mismo. Heine y Lehman (1999) encontraron que la relación entre depresión y discrepancias en el yo ideal y el actual es más fuerte para europeo-canadienses que para japoneses, con una muestra bicultural de asiático-canadienses ubicándose en el medio de ambos grupos. Esto implica que puede ser un factor de riesgo menor para un grupo asiático que para un europeo. La explicación a este fenómeno es que las culturas asiáticas dan menor énfasis a la promoción del yo que las culturas occidentales.

7. Factores protectores de la depresión

Otro problema de difícil resolución está dado por los factores que protegen de la depresión en los distintos contextos. Ejemplo de ello es el trabajo de Vega y colaboradores (1998) en el que encontraron que los mexicanos viviendo en México tenían menores rangos de depresión que los que vivían en EEUU. Los autores sugieren que los mexicanos que viven en México presentan mayor soporte familiar y que la estructura social protege a los individuos de la experiencia de la depresión. Estudios similares (Obeyeskere, 1985) sugieren que la filosofía budista también protege de la depresión neutralizando los sentimientos de pérdida y de vacío.

8. Comorbilidad de la depresión

Por último, hay una dificultad significativa que enfrentan los estudios transculturales de la depresión. Gran parte de las investigaciones sobre la depresión tienden a conceptualizarla como un fenómeno distinto y separado de otras formas de psicopatología. Esta asunción puede no ser verdad. Existe literatura que sugiere que el grado de comorbilidad de la depresión con otros trastornos difiere sustancialmente a través de las distintas culturas (Merikangas *et al*, 1996, Sartorius *et al*, 1996). Ejemplo de ello es la comorbilidad de la depresión con trastornos de ansiedad que es del 2.7 en Suiza y del 14.9 en Puerto Rico. Estas diferencias indican que la depresión pura puede ser una excepción más que una norma a través de las distintas culturas. El estudiar la depresión a través de las distintas culturas aisladas puede ser de valor

limitado. Futuras investigaciones deben examinar la comorbilidad de la depresión con otros trastornos a través de las distintas culturas.

Síntesis sobre el problema de la depresión en contextos interculturales

Como hemos podido observar anteriormente, una enorme literatura ha documentado el intento de explicar la sustancial variación en la prevalencia de la depresión a lo largo de las distintas culturas. Se necesitarán futuras investigaciones para estudiar todos los factores interactuando cada uno con el otro y especificar el grado en que éstos influyen la prevalencia de depresión. Para lograr estos objetivos se hace necesario combinar ambos métodos de estudio –etnográficos y biomédicos-. Los estudios etnográficos capturan el significado profundo de los síntomas asociados a la depresión, pero debido a que habitualmente están basados sobre un número muy pequeño de participantes, hay serios límites a una generalización. Los estudios biomédicos a menudo pierden las diferencias en significado de los síntomas depresivos, definiendo como un a priori qué es la depresión.

Clínicos y científicos reconocen la importancia de desarrollar nuevos instrumentos para el estudio de la psicopatología a través de las distintas culturas. Sin embargo, en lo que hace a la Argentina, no se han registrado estudios etnográficos ni biomédicos. Los estudios existentes son pocos y no parece haber una discusión sobre los mismos. Si existen estudios, éstos son aislados y sin difusión, hecho que debería ser subsanado para poder diseñar políticas de salud apropiadas para la población local.

Estudios sobre la depresión en Argentina

El último estudio a nivel poblacional fue realizado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) a través de su Programa de Epidemiología Psiquiátrica entre los años 1979 y 1982. Las conclusiones indicaban que un 26% de la población presentaba síntomas moderados a graves que requerían algún tipo de intervención, sea ésta psicológica o psiquiátrica (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

En lo que hace específicamente a la depresión, no hay datos actuales en la Argentina. Hemos encontrado un estudio llevado a cabo por Sefarty y colaboradores (1994) sobre la población que realiza la revisión médica en oportunidad del reconocimiento médico obligatorio, donde se utilizó un cuestionario autoadministrable a una muestra

probabilística de 553 casos. Los datos de dicha investigación fueron los siguientes: se observó una prevalencia de depresión grave del 4,5% y de depresión moderada del 26.64%.

El Dr. Enrique Galli (1997) propone que la tasa de depresión para la Argentina es del 12%. Cuando buscamos las fuentes para esa postulación no encontramos los datos que darían cuenta de ese postulado.

No hemos encontrado estudios específicos en la población estudiada. Los datos que sí pudimos recabar pertenecen a población hospitalaria que generalmente son los sectores más desprotegidos de la sociedad, debido a la ausencia de cobertura social.

Pese a ello, incluimos en este apartado algunos de los datos generados por la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Este organismo ha implementado el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental –PIVESAM- (Ministerio de Salud de la Nación, 2004). Este plan intenta cubrir la falta de estudios epidemiológicos sistemáticos y abarcativos que permitan conocer la continuidad y evolución de los trastornos mentales y del comportamiento en la Ciudad. Los datos arrojados por esta investigación son prometedores para cubrir una importante carencia de conocimiento a la hora de diseñar intervenciones sobre la salud mental de dicha población. En el estudio se aclara que pese a la multiplicidad de escuelas y líneas teóricas imperantes en el campo de la psicopatología y la salud mental, los profesionales de la salud son obligados a utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, más conocida como la CIE-10 (propuesta por la Organización Mundial de la Salud). Ello implica un avance a la hora de realizar estadísticas, sistematizar la información y posibilitar la realización de estudios epidemiológicos en forma sistemática y la comparación de los resultados a través del tiempo. De este estudio seleccionamos los datos sobre los hospitales participantes a la fecha del año 2004, debido a que nos da una serie de información aproximada acerca de la prevalencia de la psicopatología en la consulta ambulatoria en Centros y Servicios de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Estos datos permitirán un primer acercamiento a lo que es la prevalencia de depresión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Pese a los déficit que supone que estos datos sean representativos de la población que estudiamos (gran parte de la población que concurre a los hospitales pertenece a los sectores desocupados y sub-ocupados,

y otro tanto no ha terminado los estudios secundarios ni primarios), es la única información epidemiológica acerca de la depresión existente en esta ciudad.

En lo que hace a la población que tenemos por objeto de estudio –sectores medios y altos-, no hay datos estadísticos de prevalencia de psicopatología, lo que consideramos una carencia que no podemos dejar de señalar.

A pesar de ello, creemos interesante destacar algunos datos que marcan tendencia. Los trastornos del estado del ánimo recolectados por el PIVESAM rondan entre el 19% y el 9% de las consultas al área de psicopatología. Estos datos hablan de la alta prevalencia que presentan estos trastornos en la población general que consulta al servicio de psicopatología, lo cual nos sugiere que es una temática que requiere una atención especial.

Religiosidad y tratamiento de los trastornos mentales

Las creencias y las prácticas religiosas pueden proveer soluciones a numerosos problemas de la vida; sin embargo, puede a su vez crear conflicto, culpa y miedo (Patel, 1995).

Uno de los mitos de la comunidad psicológica y psiquiátrica es que las personas excesivamente religiosas presentan un riesgo mayor de psicopatología. El trabajo desarrollado por Hermesh, Masser–Kavitzky y Gross-Isseroff (2003) en una comunidad de judíos ortodoxos es un indicador probable de que este juicio de la comunidad psicológica y psiquiátrica sea simplemente una arbitrariedad. Puede que este a priori se encuentre enmarcado en el etnocentrismo de la comunidad psicológica y psiquiátrica debido a que ésta sería menos creyente que la población general. En efecto, Bergin y Jensen en un trabajo realizado en EEUU encontraron que el 28% de los clínicos psicólogos y el 21% de los psiquiatras decían ser ateos o agnósticos, lo cual difería significativamente de la población general en la que el 6% de la población declaraba ser atea o agnóstica (1990).

El contexto cultural y las creencias que sostiene el paciente son esenciales para el psicoterapeuta (Keegan, 2006; Keegan y Korman, 2007; Korman y Garay, 2005), ya que son elementos necesarios al momento de valorar las cogniciones y diseñar la estrategia de intervención. De hecho, la cultura influye en todos los aspectos del proceso del tratamiento: la utilización de los tratamientos disponibles, las creencias en torno de la relación terapeuta-paciente y el valor de efectividad brindado a una determinada terapéutica (Keegan, 2007; Kirmayer, 2001).

Una de las creencias occidentales más comunes es la de la racionalidad, en donde las personas desviadas de ésta pueden ser consideradas enfermas. Esta asunción puede llevar a diagnósticos equivocados en personas de otras culturas, incluso subculturas, debido a que sus conductas pueden ser interpretadas como bizarras aisladas de su contexto. De la misma manera, ciertos tipos de religiosidad o espiritualidad pueden ser consideradas patológicas si ignoramos las creencias religiosas que subyacen (Lukoff, *et al*, 1992).

Las distintas religiones pueden ser valoradas como unidades cosmovisionales que impregnan la cultura. La tendencia a patologizar lo religioso y lo espiritual sin dar lugar al origen de donde surge la creencia o el grupo cultural del que emana, da cuenta de la falta de sensibilidad cultural. Así como en algunos lugares la educación en diversidad cultural se ha vuelto parte de programas del entrenamiento de psicólogos y psiquiatras, lo religioso y espiritual no se encuentran generalmente incorporados en éstos (Shafranske y Malony, 1990).

En la Argentina no hay datos que hayan explorado la religiosidad de la comunidad psicológica y psiquiátrica, a excepción de un estudio exploratorio (Korman *et al*, 2008). Sin embargo, en este contexto, y para destacar la importancia que supone la religiosidad en esta área, consideramos necesario mencionar las distintas religiones que se presentan en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense para que los profesionales del campo de la salud mental den cuenta de la magnitud de esta diversidad religiosa²³.

Afrobrasileños, Budistas (Jodo Shinshu, Soka Gakkai, Ha Ma-Um; Asociación Budista China en la Argentina y Kagyu Tekchen Chöling), Católicos Apostólicos Romanos (Catolicismo Integral, Catolicismo de la renovación carismática y Catolicismo de la pluralidad), Católicos Ortodoxos (Iglesia Ortodoxa Griega, Iglesia Apostólica Rusa en el Extranjero, Iglesia Apostólica Armenia y Iglesia Católica Apostólica Ortodoxa de Antioquía), Cristianos Protestantes (Iglesia Evangélica Metodista Argentina, Iglesia Evangélica del Río de la Plata, Iglesia Evangélica Luterana Argentina, Iglesia Evangélica Luterana Unida, Iglesia Evangélica Luterana Dano-Argentina, Iglesia Anglicana de la Argentina, Iglesia Evangélica Prebisteriana de San Andrés, Iglesia Evangélica Menonita, Iglesia Cristiana Evangélicas, Iglesia Evangélica Bautista, Alianza Cristiana y Misionera, Ejército de Salvación, Iglesia Evangélica Congregacional Armenia Santísima Trinidad, Junta Americana de Misiones a Israel, Iglesia Evangélica del Nazarena, Iglesia Evangélica del

²³ Los datos para esta descripción han sido tomados de la Guía de la Diversidad Religiosa de Buenos Aires (Forni, Mallimaci y Cárdenas, 2003):

Nazareno, Iglesia Nueva Apostólica e Iglesia Adventista del Séptimo Día), Protestantes Pentecostales (Iglesia Cristiana Bíblica, Asociación Evangélica Asamblea de Dios, Unión de Asambleas de Dios, Movimiento Cristiano y Misionero, Asociación la Iglesia de Dios y Iglesia Visión de Futuro), Posprotestantes (Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y Testigos de Jehová), Espiritistas (Confederación Espiritista Argentina, Escuela Científica San Basilio y Casa de Oración y Beneficiencia del Culto Cristiano), Hinduistas (Sociedad Internacional para la Conciencia de Krishna y Organización Sri Sathya Sai Baba Mundial), Islámicos (sunnita y shiíta), Judíos (Jabad Lubavitch; Yesoth Hadth y Congregación Emanu-El) y Teosofías y centros de estudio (Sociedad Teosófica, The Summit Lightouse, Fundación Hastinapura, Sociedad Antroposófica, Asociación Cultural Nueva Acrópolis y Movimiento Gnóstico Cristiano Universal de la Argentina).

Tratamientos estudiados para la depresión

En la actualidad se encuentran disponibles diferentes formas de tratamiento para la depresión: con medicamentos, con psicoterapia o ambos. Los principales medicamentos para el tratamiento de la depresión se conocen como *antidepresivos*, de los que existen varios tipos. Las formas de psicoterapia que han demostrado ser útiles (a través de un enfoque sistemático y que han desarrollado manuales de tratamiento) en el tratamiento de la depresión son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal (Beck, 1983 y 2005; Keegan, 2007; Schramm, 1998, entre muchos otros). La elección de la forma de tratamiento depende sobre todo del tipo de depresión, de la gravedad, de los diferentes síntomas y del deseo del paciente (Fabrissin y Garay, 2003; NICE, 2006).

En este apartado describiremos los principales tratamientos farmacológicos y haremos un especial hincapié en los tratamientos psicológicos para la depresión con apoyo empírico. A su vez debido a la importancia que tiene el psicoanálisis en la Argentina, llevaremos a cabo un apartado específico describiendo algunas de sus particularidades al momento de pensar la depresión desde este marco teórico.

Tratamientos farmacológicos actuales

Fase aguda

En los últimos años se han generado importantes avances en el desarrollo de los antidepresivos, lo que ha generado distintas opciones en su utilización (Jufe, 2001). Se dispone en la actualidad de cinco clases de antidepresivos para el tratamiento de las depresiones: los tricíclicos y los tetracíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), un cuarto grupo de varias sustancias denominados “atípicos” – trazodona, viloxazina y mianserina, entre otros- y un quinto grupo, los inhibidores duales en el que encontramos la mirtazapina, la venlafaxina y otros (Calker, 1998 en Shramm, 1998:47). Hasta la fecha no se dispone de informaciones fiables acerca de si un determinado antidepresivo es mejor que otro, resultando su elección según su perfil de efectos secundarios (Boullosa, comunicación personal, 2008). Esto es, en la mayoría de los casos, lo que lleva a elegir un antidepresivo sobre otro se basa principalmente en los efectos secundarios deseados y no deseados y su adecuación al paciente (Calker, 1998 en Shramm, 1998:47).

Los antidepresivos demostraron ser eficaces alrededor del 70% (antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa); los nuevos antidepresivos (ISRS, duales y otros) no probaron ser más eficaces que aquéllos, ni particularmente más útiles respecto de la remisión del malestar en el paciente. A pesar de ello, podemos decir que cada nuevo antidepresivo agrega más herramientas disponibles para el tratamiento la depresión (Jufe, 2001), lo que amplía la variedad de opciones, permitiendo adecuar el antidepresivo según la tolerancia del paciente.

En los últimos 15 años, desde la aparición de la fluvoxamina en Europa y de la fluoxetina en EEUU, el tratamiento de la depresión ha sufrido un evidente cambio. (Heerlein, 2002). Hasta mitad de la década de 1980, los agentes tricíclicos eran las estrategias de primera línea utilizadas en el manejo a corto y largo plazo de los síndromes depresivos. La aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) generó un cambio en la prescripción de los psiquiatras, imponiéndose en frecuencia y magnitud de utilización ante los antiguos antidepresivos (Stahl, 1998; Jufe, 2001). El menor perfil de efectos colaterales, la baja toxicidad y una eficacia comparable a sus predecesores, han hecho que este grupo de fármacos antidepresivos haya sido favorecido por la mayoría de los psiquiatras clínicos del orbe.

Actualmente se estima que por lo menos el 35% de los tratamientos de la fase aguda se inicia con ISRS (Heerlein, 2002).

Fase de mantenimiento

La depresión es una enfermedad recurrente y debido a ello en la farmacoterapia también es pensada como una enfermedad potencialmente crónica. Numerosos estudios recientes han demostrado la conveniencia indiscutible de mantener, luego de la remisión completa de los síntomas, un nivel antidepressivo continuo por un período mínimo de 12 meses para aminorar el riesgo de recaídas (Jufe, 2001). El trabajo de la investigadora Ellen Frank (1990) demostró una tasa de recaídas del 50% en un grupo mantenido con placebo, mientras que el grupo con tratamiento antidepressivo de mantención exhibió una tasa de recaída de sólo el 23%. En general se recomienda mantener el antidepressivo utilizado durante la fase aguda, a no ser que se sospeche de un trastorno bipolar; en estos casos se sugiere utilizar algún estabilizador del ánimo, tales como el litio o el divalproato de sodio. En relación al tiempo de mantención de una profilaxis medicamentosa, algunos autores sugieren insistir en ella cuando se han comprobado por lo menos 3 episodios depresivos ciertos. En todos estos casos se recomienda mantener las mismas dosis utilizadas durante la fase aguda (Fabrissin y Garay, 2003).

El planteo de prolongar los plazos farmacológicos ha recibido críticas (Antonuccio *et al*, 1995). A fines de los años 80, un estudio realizado por Elkin llegó a los siguientes resultados: se determinó un tiempo libre de recurrencia de dos años y medio para los pacientes tratados con farmacoterapia; un año y medio para los pacientes tratados con psicoterapia y diez meses para aquellos que no recibieron tratamiento (Elkin *et al*, 1989). A pesar de estos resultados favorables para los antidepressivos, otros estudios revelan resultados diferentes, demostrando que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que la farmacoterapia en la protección contra las recaídas (Antonuccio *et al*, 1995; Blatt *et al*, 2000; Fabrissin y Garay, 2003). De hecho, siguiendo lo propuesto por Fabrissin y Garay (2003), existe un trabajo que sugiere que la farmacoterapia no sólo previene menos las recaídas, sino que también interfiere con la eficacia a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual (Murphy *et al*, 1984 citado por Antonuccio *et al*, 1995). Estas discusiones se encuentran en torno a una polémica aún no resuelta, que tiene ribetes bastante más marcados según quiénes polemizan. Por ejemplo, los

críticos de la farmacología formulan que a partir de la invención de los antidepresivos y de los ansiolíticos, la escena médica y social de la depresión se amplía considerablemente. La posibilidad de mejorar el ánimo con moléculas permitió a la industria farmacéutica entrar en escena. Anteriormente no había otra cosa que barbitúricos y ello hacía que las posibilidades de la medicación para los problemas del estado del ánimo fuesen poco efectivas. Al mismo tiempo, las estrategias de la industria farmacológica han tenido mucho que ver en la constitución de los mercados de la depresión en los Estados Unidos y en Gran Bretaña, así como las relaciones entre éstos y la investigación –que, por cierto, han generado grandes polémicas- (Healy, 1999). Ejemplo de ello son los distintos trabajos del psiquiatra y psicofarmacólogo David Healy, profesor en la Universidad de Gales (Gran Bretaña – 1997, 2007) donde pone de manifiesto su preocupación por las interacciones entre el mundo académico y la industria farmacéutica. Vale la pena mencionar que el mismo autor postula que la depresión era diagnosticada con poca frecuencia antes de la llegada de los antidepresivos, y que en la actualidad parece haberse convertido en un importante problema de salud pública, pese a que los resultados del efecto de los antidepresivos parece ser modesto (Healy, 1999). Compartiendo esta perspectiva, David Burns nos dice que existen poderosos motivos para dudar de que la depresión y la ansiedad sean consecuencia de un desequilibrio químico en el cerebro (2006:51). Dicho autor atribuye muy pocas diferencias entre el efecto placebo y el antidepresivo. Un ejemplo de ello es el interesante estudio llevado a cabo por el *National Institute of Mental Health* (2002) sobre 320 pacientes que sufrían de depresión. Se asignó a cada uno de los pacientes a uno de los tres tratamientos –Hierba de San Juan²⁴, Sertralina o un placebo-. Los resultados finales dieron pobres resultados tanto para la Sertralina y para la hierba de San Juan, mientras que los que recibieron el placebo fueron los que mejores resultados obtuvieron. Por otra parte, los estudios del doctor Kirsch (1998) dan cuenta de que los resultados de esta investigación son más la norma que

²⁴ Tradicionalmente, se han recomendado los extractos de *Hypericum perforatum* L. (hierba de San Juan) para una amplia gama de afecciones médicas. El uso moderno más común que se da a la hierba de San Juan tiene que ver con el tratamiento de la depresión. Numerosos estudios reportan que la hierba de San Juan fue más efectiva que el placebo e igualmente efectiva que los drogas antidepresivas tricíclicas para el tratamiento de depresión mayor en grado leve a moderado, en el corto plazo (1-3 meses). No es claro si la hierba de San Juan es tan efectiva como los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) tales como Sertralina (Zoloft).

Recientemente se desató una controversia ya que dos pruebas clínicas de alta calidad no mostraron ningún beneficio de la hierba de San Juan en el tratamiento de la depresión mayor. Sin embargo, esta información no puede considerarse como evidencia concluyente debido a problemas con el diseño de estos estudios. En conclusión, la evidencia científica apoya la efectividad de la hierba de San Juan para el tratamiento de la depresión mayor en grados leve a moderado. La evidencia para el tratamiento de la depresión mayor grave aún permanece incierta.

la excepción: el análisis de este grupo de investigadores es que al menos entre un 75% a un 80% de los efectos que atribuimos a los fármacos de este tipo son consecuencia del placebo (Burns, 2006:57). El mismo Burns es muy crítico cuando se refiere a la industria farmacéutica, a la que acusa de realizar argucias para que los resultados les sean favorables. Por ejemplo, se les dice a los sujetos del estudio que se repartirán en dos grupos; a unos se le aplicará un antidepresivo y a los otros un placebo sin efecto secundario, explicando que los antidepresivos presentan una serie de efectos secundarios. Por este motivo, cuando comienza el estudio, los pacientes que sienten los efectos secundarios pueden darse cuenta de que están tomando un antidepresivo. Esto significaría que los estudios realizados por las industrias farmacéuticas en base a los antidepresivos no son del tipo doble ciego, ya que tanto los pacientes como los investigadores saben quién está recibiendo el antidepresivo y quién no (Burns, 2006).

Tratamientos psicológicos actuales

Como pudimos ver anteriormente, la importancia de los tratamientos con apoyo empírico no es una problemática exclusiva de los tratamientos médicos. En el contexto mundial, la psicología se desarrolló principalmente en el ámbito académico, generando así un modelo de profesional fundamentalmente científico y desligado de la práctica clínica. Luego de la Segunda Guerra Mundial, se hizo visible la necesidad de atender a personas con problemas psicológicos, por lo que se puso en jaque el modelo del psicólogo investigador, dando lugar al modelo profesional clínico.

En el año 1949 se lleva a cabo una conferencia en Boulder con el objetivo de integrar estos dos modelos (clínico y académico) (Kichic, 2004). Posteriormente a este hecho, en 1952, Hans Eysenk plantea su desafío a la psicoterapia. En este famoso artículo, Eysenk critica a la psicoterapia por su ineficacia, sosteniendo no sólo que el tratamiento de los trastornos mentales es ineficaz, sino también acusándola de ser incluso menos efectiva que la ausencia de tratamiento. Desde ese entonces, y hasta el día de hoy, la investigación en el campo de la psicoterapia no ha detenido su desarrollo, al menos en los países centrales.

La investigación presenta dos objetivos principales en lo que hace a la evaluación de tratamientos psicológicos para los trastornos mentales. En primer lugar, la evaluación de los resultados obtenidos por las diferentes técnicas, y en segundo lugar, la estabilidad en el tiempo de los logros obtenidos (Fernández Álvarez, 1992).

En lo que respecta a los tratamientos con apoyo empírico para la depresión, rondando la década del 80 ya habían aparecido algunos tratamientos con algún grado de soporte empírico: tratamientos conductuales (Lewinsohn, 1975), cognitivos (Beck, 1979) e interpersonales (Klerman *et al*, 1984). Cada uno de estos modelos traía las improntas teóricas y técnicas de cada paradigma.

Pasaremos a describir los tratamientos que en la actualidad presentan evidencia científica respecto de su utilidad en el tratamiento de la depresión. Cabe señalar que los métodos de la terapia cognitiva y la terapia conductual suelen aplicarse hoy en día en forma conjunta, motivo por el cual habremos de presentarlos conjuntamente, distinguiéndolos en lo que hace a sus primeros modelos de aplicación.

Tratamientos durante la fase aguda

Enfoques cognitivo-conductuales

Los creadores de este modelo de intervención son Aaron Beck y a Albert Ellis. Sus principales argumentos para el cambio parten de las pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación que sustentan la conducta (Kris, 2002). Vale la pena señalar que el manual de Beck para la depresión integra herramientas conductuales dentro del tratamiento, proponiendo la aplicación de técnicas conductuales como un medio que posibilita obtener nueva información para de esta manera dar lugar a la modificación cognitiva (Beck, 1983:112). En términos generales, estos abordajes se basan en la posibilidad de modificar los pensamientos y, en consecuencia, los sistemas de creencias asociados a ellos (Keegan, 2007), a través de diferentes técnicas, tanto cognitivas como conductuales. La sustitución de estos modos de pensar produciría una mejora en las personas perturbadas.

▪ Tratamientos conductuales

Dentro de la Terapia de la Conducta se pueden reconocer distintos procedimientos terapéuticos, todos dentro de un mismo paradigma teórico. Entre ellos encontramos los desarrollos de Peter M. Lewinsohn, la Terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987), y la Terapia Conductual de Pareja (Beach & O'Leary, 1992; Jacobson *et al*, 1991), entre otros.

A continuación, a modo ilustrativo, describiremos brevemente el más famoso de ellos – de hecho el primero-, realizado por Lewinsohn a fines de la década del 70 (Lewinsohn y Gotlib, 1995; Lewinsohn, *et al*, 1985). Este tratamiento tiene tres modalidades de aplicación: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión.

Práctica

1) El Programa de Actividades Agradables consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.

2) El Entrenamiento de Habilidades Sociales es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones); todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela).

3) El Curso para el Afrontamiento de la Depresión, CAD, es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo.

Este tratamiento obtuvo buenos resultados en el campo de la investigación y a la hora de su aplicación clínica. Sin embargo, en lo que respecta las bases teóricas de estos tratamientos, en muchas ocasiones era difícil explicar su eficacia, ya que funcionaban como una tecnología. La terapia cognitiva aportó valor explicativo a ciertas técnicas que funcionaban exitosamente, y eso podría dar a entender el éxito de las terapias cognitivas en el ámbito científico. De hecho, autores tales como David Burns consideran que la terapia cognitiva es el patrón de oro para el tratamiento de muchos de los trastornos en la actualidad. Por tal motivo, describiremos posteriormente el tratamiento que revolucionó la práctica clínica en la actualidad.

- **La terapia cognitiva de Beck**

La teoría cognitiva plantea que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado del ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta. La terapia cognitiva es un tratamiento que propone, mediante la modificación de la cognición, desarrollar estrategias para tratar los distintos trastornos mentales (Beck, 2005). En la actualidad tenemos quince rigurosos metanálisis que dan cuenta del apoyo empírico en los que se ha utilizado 9138 sujetos en 332 estudios (Butler et al, 2006).

La teoría sugiere que el cambio puede producirse indistintamente en cualquiera de las áreas que se incide: sobre la emoción, el pensamiento o la conducta (Keegan, 2007: 65), hecho que es coincidente con los otros tratamientos que en aquella época funcionaban para la depresión –tratamiento conductual y farmacológico–.

Beck desarrolla sus hipótesis teóricas a partir de la observación del pensamiento de los sujetos deprimidos dando lugar a su hipótesis de la existencia de una “tríada cognitiva” en estos pacientes. El razonar negativamente distorsionando la “realidad” se expresa en tres áreas configurando la "tríada cognitiva" anteriormente mencionada: pensamiento negativo del sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, 1983 y 1988; Beck, 2000). Beck plantea que la existencia de esta tríada cognitiva da lugar a los pensamientos automáticos que son cogniciones que pueden ser automonitoreadas y comunicadas por el paciente (Beck, 2000). Esto puede requerir entrenamiento, pero los autores que avalan este modelo afirman que la modificación en las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y el comportamiento. Beck denomina "distorsiones cognitivas" a estas numerosas formas características de elaboración de su experiencia de los pacientes deprimidos (también llamados “errores lógicos”, tales como la inferencia arbitraria, la sobregeneralización, entre muchos otros) y ha hecho notar que un análisis detenido de su contenido habitualmente revela errores típicos de lógica, que corrientemente persisten a pesar de evidencias que las contradicen (Sacco y Beck, 1995). El análisis de estos pensamientos automáticos se lleva a cabo utilizando el diálogo socrático (Keegan, 2007): mediante preguntas, el terapeuta ayuda al paciente a llegar a nuevas valoraciones y opiniones más “realistas”.

Beck y sus seguidores postulan que estas cogniciones distorsionadas son causadas por la base de un esquema disfuncional (Keegan, 2007). Es por ello que la etapa final del tratamiento busca la modificación de las creencias básicas subyacentes que predisponen al paciente a un pensamiento depresógeno.

Los “supuestos implícitos” originan un sesgo en la interpretación del mundo. Éstos suelen ser rígidos y extremos y se infieren a partir de los pensamientos automáticos. De allí la importancia del entrenamiento en el monitoreo y registro de estos pensamientos.

Como habíamos visto, una de las bases teóricas de este tipo de tratamiento es la distorsión de la realidad, sesgada negativamente, por parte de los pacientes deprimidos. El objetivo se centrará entonces en investigar juntamente con el paciente

si existe o no evidencia a favor o en contra de estos presupuestos. Para estos fines, se suelen utilizar técnicas conductuales: Se planean experimentos conductuales para poner a prueba las cogniciones y testear los experimentos. Como complemento se planifican tareas, se registran los datos para examinar si las expectativas negativas son correctas con los hechos que ocurren y se trabaja en la asignación gradual de tareas.

Práctica

Pasos del tratamiento (Tomado de Sacco y Beck, 1995):

Sesiones 1 a 4:

El primer objetivo es la identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos disfuncionales. Para ello se llevan las siguientes intervenciones: se da el diagnóstico y se realiza la psicoeducación sobre el trastorno. Se explican los principios básicos de la terapia cognitiva. Se comienza a reconocer la conexión entre pensamientos, emociones y conductas. Se explica qué son los pensamientos automáticos y se da material de lectura para reforzar la comprensión. Se trabaja mediante el empirismo colaborativo, que implica trabajar junto con el paciente y guiarlo mediante el diálogo socrático para que de esta manera pueda poner a prueba sus pensamientos, como si se tratara de una investigación en la que se pondrán a prueba ciertas hipótesis (en este caso los pensamientos automáticos del paciente). En este paso no se busca discutir la veracidad de los pensamientos automáticos, sino enseñar al paciente a monitorear sus pensamientos.

En esta fase del tratamiento se utilizan preguntas directas del terapeuta sobre pensamientos en situaciones emocionales pasadas. A la vez se incluyen tareas para el hogar tales como registros de pensamientos con el objetivo de ayudar al paciente a monitorear la frecuencia de ciertos pensamientos.

Sesiones 5 a 8

En estas sesiones se evalúa la razonabilidad de los pensamientos automáticos. Terapeuta y paciente testean la hipótesis acerca de los pensamientos automáticos. Se le enseña al paciente a pensar como un científico. Para ello se recurre a cuatro preguntas fundamentales: ¿Cuál es la evidencia que apoya el pensamiento? ¿Existen formas alternativas de interpretar este evento? ¿Mi explicación de las causas de este evento es completamente exacta? ¿Qué pasaría si mi peor temor fuese verdad? De

esta manera, mediante el diálogo socrático se busca sustituir las inferencias automáticas disfuncionales por interpretaciones más razonables.

Sesiones finales

El objetivo de las últimas sesiones es identificar y modificar los supuestos disfuncionales implícitos. El tratamiento concluye con la modificación de las creencias básicas subyacentes que predisponen al paciente a un pensamiento depresógeno.

▪ **Tratamientos cognitivos protocolizado religioso**

La cuestión central en aquellos que llevan a cabo investigaciones acerca de las intervenciones psicoterapéuticas es: ¿Qué tratamiento funciona para quién y en qué condiciones? Enmarcada dentro de esta misma lógica, Propst, como terapeuta de orientación cognitiva (1992), compara la eficacia de la terapia cognitiva religiosa y no religiosa para el tratamiento de la depresión en pacientes religiosos. Según esta autora, la terapia cognitiva presenta ciertos valores, tales como autonomía y eficacia personal, que son contrarios a los valores religiosos, en los cuales la vida guarda dependencia con la divinidad (Propst *et al*, 1992). Esta discrepancia de valores llevaría a una subutilización de los servicios de salud mental por individuos muy religiosos, problema que podría ser subsanado gracias al eclecticismo técnico de la terapia cognitiva conductual. En consonancia con lo que hemos intentado describir, consignaremos un caso donde se estudian distintos tipos de intervenciones.

En este estudio, los autores aplicaron dos formas distintas de tratamiento en pacientes religiosos. Un grupo de pacientes recibió terapia cognitivo-conductual “religiosa” y en otro grupo la misma cantidad de pacientes recibieron el tratamiento cognitivo usual. La muestra incluía un total de cincuenta y nueve pacientes que cumplían criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos.

El tratamiento tuvo una duración estándar de entre dieciocho y veinte sesiones. Intervinieron terapeutas religiosos y no religiosos en ambos grupos. Se trabajó con dos grupos control de aproximadamente diez a once pacientes por grupo. El primer grupo control recibió orientación pastoral (*pastoral counselling*) y el otro se conformó con los pacientes en lista de espera. El seguimiento se realizó durante dos años. Los resultados indicaron que la terapia cognitiva con contenido religioso y la consulta pastoral mostraron mejores resultados que la terapia cognitiva sin contenido religioso y la lista de espera.

Esta investigación resalta la importancia de considerar adaptaciones de los tratamientos psicológicos estándar para aumentar –o preservar- su eficacia en pacientes con valores religiosos específicos. Los resultados favorables alcanzados por la consulta pastoral y la terapia cognitiva religiosa sugieren que la visión del mundo del paciente puede tener un impacto mayor que los ingredientes activos de un tratamiento que entre en colisión con ellos. Otro dato interesante de este estudio es que dentro de los tratamientos psicológicos, el grupo que obtuvo los mejores resultados fue el de los terapeutas no religiosos que aplicaban el tratamiento cognitivo con orientación religiosa. Este dato empírico es importante porque va en contra de la suposición generalizada de que un terapeuta que comparta los valores religiosos del paciente tendrá más eficacia que uno que no los comparta. El estudio sugiere que lo más importante es el conjunto de valores que va implícito en los procedimientos y experiencias utilizados para lograr el cambio terapéutico, así como la capacidad del terapeuta de respetar esos valores, aun cuando no los comparta.

- **Tratamientos cognitivos de tercera generación para la depresión**

Los desarrollos cognitivo-conductuales en torno a la depresión siguieron proliferando a lo largo de las últimas décadas, intentando llegar a formas de tratamiento cada vez más efectivas y eficientes. Las discusiones internas dentro del paradigma cognitivo-conductual guardan relación con la necesidad de brindar, cada vez, mayor cantidad de estrategias que amplíen la oferta de tratamiento frente a un trastorno, como es el caso de la depresión. Esto posibilitaría que los pacientes que no obtuvieron buenos resultados con un tratamiento puedan obtenerlo con otro alternativo.

Como ejemplo de ello podemos señalar la actual aparición de la Terapia de Activación Conductual (AC) para la depresión (Dimidjian *et al*, 2006). Desarrollada sobre bases contextuales y funcionales, la AC sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz que los supuestos factores internos, fueran éstos neurobiológicos (típicamente “desequilibrios químicos”) o psicológicos (por ejemplo, “esquemas cognitivos”). Asimismo, la AC sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro. La AC gira sobre dos cuestiones: qué condiciones ocasionan esta conducta (contexto) y cuáles son las consecuencias de esta conducta para el cliente (función). Un aspecto básico de la AC es la consideración acerca de que buena parte de la conducta de las personas deprimidas viene a funcionar en realidad como

evitación conductual de importantes ámbitos de la vida, dadas las circunstancias actuales en las que no parece haber alicientes y acaso también predominen las situaciones desagradables sobre las confortantes. En general, se podría decir que, según esta teoría, la “depresión” misma es una forma de evitación. Es una terapia estructurada y de corta duración (del orden de 15 sesiones) y no está protocolizada.

Esta línea de tratamientos va en consonancia con los desarrollos llevados a cabo por Steven Hayes y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes *et al*, 1996 y1999). Ya hemos hecho referencia a este enfoque cuando hablábamos de los tratamientos cognitivos de tercera generación (ver Capítulo 1).

Enfoques psicodinámicos con apoyo empírico

En las últimas décadas el tratamiento de los trastornos depresivos y de varias otras patologías psiquiátricas se ha visto favorecido con el advenimiento de una nueva forma de psicoterapia, la Psicoterapia Interpersonal (en inglés *Interpersonal Psychotherapy*; nosotros utilizaremos la sigla TIP para referirnos a ella). La TIP fue desarrollada por Gerald I. Klerman *et al* en la década de 1970 como una alternativa breve, concisa y complementaria para el tratamiento de la Depresión Mayor (Schramm, 1998). Tanto su eficacia, comprobada en numerosos estudios empíricos, como su adaptabilidad al modelo médico, han contribuido al notable desarrollo que la TIP ha experimentado en las dos últimas décadas (Klerman y Weissman, 1993). En este período, su aplicación clínica no sólo se ha expandido a numerosas patologías psiquiátricas, sino que ha podido ser adaptada a tratamientos ultra breves, de largo plazo, a formatos de pareja y a intervenciones grupales.

El trasfondo teórico²⁵ de donde surge la TIP es la escuela interpersonal americana. A finales de los años 1930, los psiquiatras estadounidenses comienzan a pensar que tanto la etiología como la terapéutica estaban determinadas primordialmente por lo psicosocial, especialmente lo interpersonal. El iniciador de esta visión fue Adolph Meyer (Shramm, 1998:82). Según su teoría, la enfermedad mental es un intento de adaptarse al ambiente. Este autor es uno de los primeros en enfatizar lo interpersonal. Estos desarrollos fueron ampliados por influencia de uno de los discípulos de Meyer, Harry Stack Sullivan, el máximo representante de la escuela interpersonal previa a la creación de la TIP, quien inaugura la escuela interpersonal americana junto con otros autores destacados, como Frieda Fromm-Reichmann, Mabel Blake Cohen, Karen Horney y Erich Fromm, como sus grandes exponentes (Shramm, 1998:82). Sullivan construye un modelo especial, pues defiende el paradigma interpersonal, quedándose siempre en el marco de la psiquiatría. Mientras la lista de autores antes señalada suele incluirse dentro del culturalismo americano, Sullivan nunca deja de ser un psiquiatra que se hace preguntas clínicas y que ve las respuestas principalmente en lo psicosocial. Por último, el inglés John Bowlby, conocido teórico del apego y el vínculo social (*social bonding*), demostró que pérdidas tempranas tienden a desencadenar ulteriores depresiones. Al igual que los culturalistas americanos arriba citados, Bowlby también trata lo interpersonal según categorías freudianas, y de hecho este autor suele incluirse en la escuela psicodinámica (Shramm, 1998).

²⁵ Debido a que nos hemos extendido en el marco teórico extensamente acerca de la terapia cognitivo-conductual –a que la incluimos en nuestro marco teórico- haremos un breve comentario al marco teórico de la TIP.

▪ **Terapia interpersonal**

Los estudios empíricos sobre los que descansa la TIP provienen de cinco líneas de investigación: la de los acontecimientos vitales, la del soporte social, la epidemiológica, la evolutiva infanto-juvenil, y la experimentación animal.

Los estudios sobre acontecimientos vitales o *life events* ponen el acento en la sobrecarga que representan hechos tales como los conflictos de pareja y las pérdidas (Schramm, 1998). Los estudios sobre apoyo social de Henderson y otros (1994) indican que el déficit en relaciones sociales es factor de riesgo para trastornos afectivos, en especial para la depresión. Fueron estos trabajos los que posibilitaron difundir la existencia de cinco factores de riesgo para la depresión; ellos son: la ausencia de una relación interpersonal significativa, la pérdida temprana de la madre, tener tres o más hijos de menos de 14 años, estar sin trabajo y pertenecer al estrato social inferior (Henderson y otros, 1994). Según Weissman y cols. (1987), dentro de los estresores las disputas de pareja parecen ser la circunstancia más frecuente correlacionada con el desencadenamiento de la fase depresiva.

En los últimos 20 años la TIP ha sido sometida a importantes estudios de evaluación, en especial por Klerman, Weissman, Rounsaville, Chevron, Frank y Markowitz. La terapia breve original ha sufrido modificaciones en la medida que, a partir de la depresión, la TIP ha pasado a indicarse en otras patologías y ámbitos asistenciales.

Práctica

Pasos del tratamiento (Klerman *et al*, 1984; Tomado de Schramm, 1998):

Sesiones iniciales:

En la sesión inicial se marca el tono y la estructura del tratamiento. El terapeuta tiene que ir evaluando, educando y preparando al paciente para su rol en la terapia. Se lleva a cabo el diagnóstico de depresión utilizando un modelo médico y diagnosticando de acuerdo a un criterio formal. El terapeuta explora las relaciones interpersonales del pasado o del presente en la vida del paciente, construyendo un “inventario interpersonal”: La profundidad e intimidad que el paciente ha sido capaz de adquirir en sus relaciones, la presencia de confidentes, los esquemas disfuncionales que surgen dentro de las relaciones, las expectativas recíprocas que generan las relaciones y el grado en que ellas han sido satisfechas. Sobre la base de la historia de la enfermedad presente y el inventario interpersonal, el terapeuta decide cuál de las cuatro áreas se

ajusta a la situación del paciente (duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficit interpersonal). Se le asigna al paciente el rol de enfermo, se excusa a los pacientes de cumplir los roles sociales y obligaciones usuales; ello es sustituido por el trabajo del paciente para recuperar su salud. Se le ayuda al paciente a evaluar la naturaleza de la interacción con otras personas. Se revisan los síntomas depresivos, se provee de la psicoeducación acerca de la depresión y su tratamiento. Se evalúa la necesidad de medicación. Se determina el área problema y se fijan los objetivos. Se establecen los aspectos de las relaciones que están relacionados con la depresión.

Sesiones intermedias:

Comienza con un acuerdo en la formulación interpersonal como contrato de tratamiento. Terapeuta y paciente se centrarán en uno o más de las cuatro áreas problema de la TIP –Duelo, Disputa de Rol, Transición de Rol y Déficit interpersonales-, manteniendo el enfoque en el aquí y ahora e insistiendo en la relación entre el estado de ánimo y los eventos interpersonales.

Si el paciente se siente mejor o peor, se indaga acerca de los hechos ocurridos relacionados con ese cambio (situación interpersonal-respuesta emocional).

Sesiones finales:

En las sesiones finales de la TIP, los síntomas depresivos deberían haber sido resueltos. Ahora, paciente y terapeuta revisan cuáles fueron los cambios, enfatizando el rol activo del paciente en haberlos logrado. El terapeuta le otorga al paciente un rol activo al brindarle una apreciación de su habilidad para influenciar sus estados de ánimo y relaciones

En esta última etapa se intenta fundamentalmente consolidar las ganancias del paciente, alentar su independencia y aliviar el temor a la terminación de la terapia. Al mismo tiempo se repasan los síntomas depresivos y las áreas problema para que el paciente pueda reconocer la potencial recurrencia y anticipar sus puntos de vulnerabilidad. Asimismo, es parte del trabajo del terapeuta proveer un sentido de cierre y de refuerzo de temas tratados considerados más importantes. Es un aspecto importante el hecho de que el terapeuta dé por finalizada la terapia con un tono de logro y tarea cumplida, más que como una despedida.

La aparición de la TIP dio lugar a importantes discusiones dentro del campo de la psicoterapia, entre ellas el interrogante de cómo tratamientos con postulados teóricos tan distintos pueden resultar igualmente eficaces frente al mismo trastorno. A partir de ello se plantearon problemáticas tales como la distinción entre los factores comunes y específicos en psicoterapia, intentando a su vez encontrar el ingrediente activo de cada modelo de psicoterapia. Consideramos esto un avance, ya que, como ya dijimos anteriormente, permite que ante el fracaso de un tratamiento psicológico con evidencia científica, se encuentre la posibilidad de disponer de otro para que el paciente pueda beneficiarse. Ampliaremos sobre esta problemática más adelante en este apartado.

Evidencia de los tratamientos

Roth y Fonagy (2004) concluyen que existen datos que demuestran que algunas intervenciones psicológicas tienen buena evidencia para el tratamiento de distintos desórdenes, incluyendo la depresión. En efecto, muchas revisiones dan cuenta de la existencia de tratamientos específicos para la depresión (terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal) y que su eficacia es similar al de los antidepresivos (DeRubeis *et al*, 1999; Echeburúa y De Corral, 2001; Hollon *et al*, 2002). A las mismas conclusiones arriba el trabajo de Chambless y Ollendick (2001), en relación a los tratamientos para la depresión que cuentan con apoyo empírico. Este artículo consiste en una amplia y meticulosa revisión de estudios desarrollados para evaluar el resultado de las intervenciones psicoterapéuticas en relación a la depresión. Como resultado del mismo, estos autores llegan a la conclusión de que sólo cuentan con apoyo empírico la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia conductual.

No se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a la eficacia de los tratamientos diseñados específicamente para la depresión anteriormente nombrados (Wampold *et al*, 2002). Todos obtuvieron resultados similares. Los datos en la actualidad permiten postular que las terapias específicas para la depresión tienden a obtener mejores resultados que las no específicas (Leichsenring, 2001).

Esto nos lleva a una interesante polémica como la planteada por Michel Lambert (1992) y Larry Beutler (1992) acerca de la eficacia de la psicoterapia. Estos autores, siguiendo los desarrollos de Luborsky, Singer y Luborsky (1975) afirman que en psicoterapias se da el fenómeno del pájaro Dodó en Alicia en el País de las Maravillas²⁶. Según esta perspectiva, las distintas psicoterapias tendrían una eficacia similar, esto es, psicoterapias con distintos fundamentos técnicos obtienen resultados equivalentes. A nuestro parecer, coincidimos con Keegan cuando plantea que esta afirmación sólo sería correcta en el caso de la depresión, no siéndolo en otros trastornos mentales (Keegan, 2007: 183). Esta postura se encuentra avalada por diversas investigaciones, tales como la de Chambless y Ollendick (2001). En lo que hace a los profesionales de la salud mental, no es común que se adhiera a la creencia de que todas las terapias sean igualmente efectivas para todos los trastornos, sino que

²⁶ El "adagio del pájaro dodo", se refiere al personaje de la novela Alicia en el país de las maravillas, de Lewis Carrol, que luego de una carrera donde todos corren sin dirección dice que "todos ganaron y todos merecen su premio".

éste sería un fundamento más para plantear la existencia de factores comunes en las distintas terapias.

Un interesante modelo para explicar el fenómeno de los buenos resultados por parte de psicoterapias con distinto sustento teórico y técnico, es el modelo propuesto por Toksor Karasu (en Semerari, 2002). Dicho autor postula que las diversas técnicas y estrategias de cada una de las psicoterapias contendrían elementos comunes en todos los tipos de psicoterapia; esto es, cada modelo terapéutico utilizaría, en mayor o menor medida, los mismos principios terapéuticos. A éstos los denomina “factores terapéuticos generales”, incluyendo entre ellos a la experiencia afectiva, el conocimiento cognitivo y la prescripción comportamental, los cuales se hallan presentes –en menor o mayor medida- en cada uno de los tratamientos psicoterapéuticos (Semerari, 2002: 124).

Fase de continuación

Pareciera que con todos estos modelos para el tratamiento para la depresión, el problema estaría casi acabado. Lamentablemente, en la actualidad todos sabemos que esto no es así. Las investigaciones que realizaron seguimientos a largo plazo de pacientes tratados con las distintas terapias validadas, concluyeron que una de las principales causas de la alta prevalencia de la depresión en el mundo es resultado de la reaparición de nuevos episodios de depresión en gente que ya ha experimentado un episodio (APA 2001; Segal *et al*, 2002).

Con la certeza de que la depresión es recurrente en la mayoría de los casos, se han desarrollado una serie de tratamientos para enfrentar esta enfermedad. Por ejemplo, desde el campo médico, muchos estudios de corte farmacológico postulaban la posibilidad de mantener la medicación durante toda la vida. Esto generaba un problema, ya que un porcentaje importante de pacientes deja de tomar la medicación al inicio del tratamiento, por lo que se esperaba que esta proporción aumente si se propone mantener la medicación de por vida (Basco y Rush, 1995).

Desde los modelos psicoterapéuticos, también se han generado desarrollos en torno a la recurrencia de esta enfermedad. De hecho, es a partir de ello que se han creado tratamientos de mantenimiento que han tenido sus variantes tanto en los tratamientos desarrollados por terapeutas interpersonales como por cognitivo-conductuales. Es por ello que consideramos tomar en cuenta esta problemática y resumir las distintas propuestas de estos dos modelos teóricos frente a este fenómeno.

- **Terapia Interpersonal y recurrencia**

Dentro de los pioneros en el área Interpersonal vale la pena citar a Ellen Frank como aquella que desarrolló el primer tratamiento de mantenimiento cuyo objetivo era el de evitar la recurrencia en la depresión (Frank, 1991; Frank *et al*, 1992; Kupfer, 1993; Kupfer *et al*; 1992). Dicha autora llevó a cabo un estudio sobre 128 pacientes con depresión recurrente (es decir, por lo menos con dos episodios agudos de depresión mayor) que habían respondido a 12 semanas de tratamiento de continuación con Imipramina y TIP. Estos investigadores diseñaron un modelo de 5 grupos para investigar qué estrategia funcionaba mejor para evitar la recurrencia: TIP sola; TIP y placebo; TIP e Imipramina; Imipramina y conversación con el médico; placebo y conversación con el médico. Durante las mencionadas 12 semanas hubo una sesión por semana; las ocho semanas siguientes cada 15 días, y luego una sesión cada mes

hasta completar 20 semanas de remisión. Sólo entonces fueron aleatorizados a uno de los cinco grupos antedichos. Este ensayo tuvo la característica de haber empleado las dosis más altas de medicación (un promedio de 200 mg/día de Imipramina) y la dosis más bajas de TIP (una sesión al mes).

Los grupos con mejores resultados, es decir, con mayores intervalos entre episodios (tiempo de supervivencia) fueron el de mantenimiento con Imipramina, el de TIP, y la combinación de ambos. Los grupos con sólo TIP y con TIP y placebo fueron significativamente más eficaces que el grupo con placebo. Tras un año, la depresión mayor había recurrido en el 65% de los pacientes con placebo, el 46% con TIP sin Imipramina, 18% con sólo Imipramina y solamente el 8% con la combinación de Imipramina y TIP. A los 3 años, la supervivencia media sin recurrencia depresiva fue de 45 semanas para placebo, 74 semanas para TIP y placebo, 82 semanas para sólo TIP, 124 semanas para Imipramina solamente, y 131 semanas para Imipramina y TIP. Los pacientes en los que la TIP se mantuvo, demostraron mayor supervivencia, es decir, perduraba más el período sin recurrencia sintomática (Frank *et al*, 1990). El hallazgo más significativo de este diseño experimental es que el intervalo libre de recurrencia posterior a la medicación correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con el mantenimiento de la TIP.

▪ **Terapia Cognitivo-Conductual**

Una importante cantidad de investigaciones ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión tiene efectos a largo plazo para la prevención de recaídas (Hollon *et al*, 2005), especialmente comparándola con la medicación. Aquellos que fueron tratados con terapia cognitiva demostraron, a largo plazo, tener menos recaídas que aquellos que fueron medicados. Sin embargo, a pesar de que estas diferencias eran significativas, un número importante de pacientes tratados con TCC recaían. Estos datos sugirieron la posibilidad de desarrollar una terapia de mantenimiento que podría servir para tratar el problema de la recurrencia en este trastorno. Por otra parte, el desarrollo de la Terapia Interpersonal para la depresión recurrente (Frank, *et al*, 1990) fue un antecedente importante para pensar que una terapia de mantenimiento de orientación cognitiva también podría tener efectos positivos.

Segal, Williams y Teasdale (2002) diseñaron la terapia cognitiva basada en la conciencia plena para reducir las recaídas en depresiones recurrentes. En este modelo de tratamiento se toma a los pensamientos y a los sentimientos como eventos

en la conciencia. El objetivo es mantener distancia sobre ellos sin reaccionar, detener el funcionamiento automático de la mente, lo que Segal, Williams y Teasdale denominan detener “el hacer” (*doing*) y sustituirlo por “el ser” (*being*). Para ello toman el entrenamiento en conciencia plena (*mindfulness*) desarrollado por Jon Kabat-Zinn (1990). La psicoterapia de conciencia plena utiliza un marco teórico de información derivados tanto del Budismo como de la Psicología Oriental, así como de la experiencia personal de los terapeutas (Lau, 2005).

Para el desarrollo de esta técnica se produjo una revisión de las causas que podían dar lugar a que la depresión sea recurrente. De esta revisión se encontró evidencia de que en la recurrencia intervienen procesos distintos de los que ocasionaron el primer episodio depresivo (Lewinsohn *et al*, 1999). Parece ser que los estresores mayores de la vida son predictores de los primeros episodios, mientras que el humor disfórico y los estilos de pensamiento disfuncional se encuentran correlacionados con episodios recurrentes (Lau, 2005). El programa desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) es un tratamiento breve que incluye una entrevista individual inicial y un trabajo en sesiones de grupo durante 8 semanas, con cuatro sesiones seguimiento durante el año siguiente. El programa combina prácticas tradicionales de meditación, tales como el escaneo corporal, entrenamiento en respiración y técnicas tradicionales de la terapia cognitiva como la psicoeducación (que posibilita la toma de conciencia de los pensamientos negativos y de la posibilidad de recaída).

Pese a la obtención de efectos positivos en investigación, los resultados de esta área de estudio se encuentran aún en proceso de desarrollo. Al respecto, Coelho *et al* (2007) identificaron cuatro estudios relevantes y 2 ensayos clínicos aleatorizados, concluyendo en que la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT) parece tener efectos positivos en pacientes con tres o más episodios. Asimismo, debido a la naturaleza de los grupos, es difícil saber si esos cambios son atribuibles a la MBCT o a otros efectos.

Problemas en la conceptualización de la depresión

Las distintas investigaciones sobre depresión alrededor del mundo nos permiten postular que la prevalencia de rangos de depresión varía según el contexto cultural. El mismo DSM-IV, al hablar de la depresión, da cuenta de la importancia y del desafío que implica la utilización de este diagnóstico en contextos culturales distintos del que se ha desarrollado (APA, 1995).

Como ya hemos visto, la visión que tenemos acerca de los trastornos mentales está basada sobre la relación mente-cuerpo que tenemos los occidentales (Lewis-Fernandez y Kleinmann, 1994). En contraste, muchas culturas no occidentales no perciben la diferencia mente-cuerpo como distintas entidades (de hecho, en muchos casos las categorías con las que se manejan son energéticas); en lugar de ello, mente y cuerpo son vistas íntimamente relacionadas. Esto lo podemos ver, por ejemplo, en el hecho de que en China, para tratar la depresión se utiliza la acupuntura, que es medicina tradicional, mientras que en Occidente, la depresión está englobada en la categoría de trastorno mental, cuya prescripción terapéutica sería predominantemente un tratamiento psicológico, psiquiátrico o combinado. Loustonau y Sobo (1997) refieren que todas las culturas tienen una noción acerca del funcionamiento de su cuerpo, y de cómo este puede enfermar y, por ende, puede ser curado. El enfoque *transcultural* a partir del cual realizan su análisis, propone la existencia de una noción universal y simple de cuerpo, que varía de acuerdo a las sociedades, pero que puede ser conceptualizada sobre la base de principios simples y abstractos (Lakoff y Kovecses 1987; Johnson, 1987). Sin embargo, la noción de la existencia de un cuerpo material diferente a lo espiritual y limitable en el espacio, no es común a todas las sociedades. En el caso de los orientales, tanto en el sistema de creencias de los grupos del Jainismo, como del Samkhya, del Yoga, o el Budismo y el Brahmanismo, la noción de cuerpo no existe como tal. Lo material y lo inmaterial, responden a principios diferentes, pero el cuerpo –tal como lo entendemos en Occidente, más allá de sus diferencias- no se limita a los bordes o fronteras de la piel, sino que participa de un continuo que engloba al universo como un todo (Saizar, 2006). Tampoco existe la idea de mente, o de pensamiento o sentimiento, sino que todos ellos forman parte de la misma materialidad.

Es por ello que en este trabajo hemos problematizado la idea de la depresión como una entidad sumamente compleja que requiere de la especificación de los conceptos que la engloban: entre ellos, las ideas de cuerpo, enfermedad y terapia.

En el caso que nos ocupa, los sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, suponemos que las ideas de salud y enfermedad que posee la población refieren a cosmovisiones occidentales; sin embargo, debido a la falta de estudios sistemáticos –fundamentalmente en el caso de la depresión- desconocemos la combinación de las estrategias terapéuticas que utilizan, dejando un interrogante acerca de las creencias que posee esta población en torno a la salud y la enfermedad.

La normativa en el mundo científico académica en torno a la depresión

A number of different treatment approaches may be equally effective for patients who are depressed, especially for those with mild and moderate depression who are not considered to be at substantial risk of self-harm. Patient preference and the experience and outcome of previous treatment(s) should be considered when deciding on treatment

NICE, Abril de 2007

Las guías clínicas y la discusión en torno a la farmacoterapia

Hemos señalado algunas de las discusiones que se dan en torno a la medicalización de la depresión. Pese a ello, el consenso actual establece que la medicación es una estrategia útil y validada propuesta por las distintas Guías Clínicas (G.C.). La mayoría de las G.C. centradas en trastornos mentales han sido desarrolladas por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en el Reino Unido y la Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud (Agency for Health Care Policy and Research) en los Estados Unidos. En ese mismo país, la Asociación Americana de Psiquiatría también ha creado y difundido guías clínicas para los distintos trastornos mentales (Garay y Korman, 2008). Por su parte, la Asociación Americana de Psicología también ha participado en estas discusiones, estableciendo su propia serie de criterios para el desarrollo de G.C. en los trastornos mentales (APA, 1995). En Canadá, al igual que en Alemania, también existe una tendencia a desarrollar tales guías (Canadian Psychiatric Association, 2001; Hunsley *et al*, 1999; Strauss y Kaechele, 1998). Por el contrario, en los países latinoamericanos las G.C. han tenido escaso desarrollo, ya que hay muy pocos trabajos que toman en cuenta esta problemática (Bernardi *et al*, 2004; Ministerio de Salud de Chile, 2006; Ministerio de Salud de Perú, 2006).

En general, el sesgo biomédico es predominante en las G.C. más difundidas. Por ejemplo, las G.C. desarrolladas en EEUU para la depresión en la atención primaria, por la Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud (Agency for Health Care Policy and Research, 1993), han sido cuestionadas por la sobre-recomendación de tratamientos farmacológicos en detrimento de las opciones psicosociales (Muñoz et al, 1994). De hecho, un documento publicado por la Asociación Americana de Psicología acerca de los criterios para evaluar las G.C. critica el sesgo biomédico de la Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud (American Psychological Association, 1995, 2002, 2003, 2004, 2006). Sin embargo, las G.C. de origen inglés privilegian los tratamientos psicoterapéuticos sobre el farmacológico para el tratamiento del primer episodio del trastorno depresivo mayor, siempre y cuando el profesional dé lugar a que el paciente pueda dar cuenta de su preferencia (NICE, 2006). Las G.C. desarrolladas por organismos relacionados con los sistemas de gerenciamiento de la salud son cuestionadas también, justamente porque privilegian un abordaje empresarial en un problema de salud (Garay y Korman, 2008), generalmente evaluando el “costo” sólo en términos económicos y no en términos de salud. Estas razones, entre otras, hacen que Sanderson (2002) destaque la importancia de desarrollar G.C. específicamente centradas en las intervenciones psicológicas, los tratamientos psicosociales y los diferentes modelos existentes de psicoterapia (Garay y Korman, 2008).

Las G.C. dan cuenta de que a la hora de elegir el tratamiento es muy importante tomar en cuenta las preferencias del paciente en torno a la elección terapéutica. Esto nos da una idea de que una de las herramientas fundamentales de todo tratamiento psicoterapéutico es el hecho de tomar en cuenta las creencias y valoraciones del paciente, no sólo en lo que respecta a la modalidad psicoterapéutica en cuestión, sino también en relación a las alternativas terapéuticas disponibles.

Como ya hemos señalado, en nuestro país no sólo escasean los estudios sobre la depresión y sobre tratamientos que se hayan probado para nuestro contexto local, sino que tampoco hay estudios sistemáticos acerca de la valoración o preferencias terapéuticas por parte de padecientes de depresión más allá de la biomedicina. Es decir, no tenemos datos fiables de que los modelos que han sido desarrollados exitosamente en otros países sean igual de exitosos en nuestro país, ni de las creencias de los pacientes en torno a los tratamientos en general.

La normativa en el contexto local

Pareciera que la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires avala nuestros postulados, debido a que estos principios cobran tal relevancia que se encuentran contemplados:

“El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” (Ley N° 448 capítulo I, art. 2°).

“Son derechos de todas las personas en su relación con la Salud Mental [...] La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales” y “La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente” (Ley N° 448 capítulo I, art. 3°).

El problema que acarrea el cumplimiento de esta ley es muy simple. En primer lugar, los psicoterapeutas no contamos con tratamientos basados en “fundamentos científicos” validados en nuestro contexto local. Y justamente por ello es que no podemos tener la certeza de que nuestras intervenciones sean “la alternativa terapéutica más conveniente”.

Por esta razón creemos que para incentivar a que estos derechos sean respetados, tenemos que tener en cuenta, en primer lugar, la existencia de ciertos tratamientos que parecieran tener consenso científico. En segundo lugar, no dejar de saber que ese conocimiento que vamos a implementar no ha sido validado en nuestro contexto local, motivo por el cual debemos ser cuidadosos y cautelosos en la aplicación de los mismos. Al mismo tiempo debemos contemplar la importancia de las preferencias de los usuarios en torno de las posibles estrategias terapéuticas y hacer de ellas una herramienta útil para el proceso psicoterapéutico; y asimismo fomentar a que en un futuro cercano, la investigación en psicoterapia sea posible, por el bien de todos –tanto de los profesionales y de los usuarios del sistema de salud-.

Capítulo 3. Metodología

El análisis de la depresión desde la perspectiva de los usuarios del sistema de salud

El problema que enfrentamos para el desarrollo de esta tesis es el siguiente: verificar si se da la utilización, por parte de población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de distintas estrategias a la hora de enfrentar la experiencia de la depresión. Para ello será necesario verificar a qué tipo de prácticas recurren los usuarios del sistema de salud una vez que reciben el diagnóstico de depresión. Al mismo tiempo, será preciso describir el modo de apropiación de este diagnóstico y las estrategias utilizadas (combinaciones terapéuticas) para la resolución de esta vivencia de malestar por parte de los usuarios de sectores medios y altos de la ciudad de Buenos Aires.

Una vez realizado el diagnóstico por algún especialista (psicólogo clínico o médico psiquiatra) intentaremos describir el uso de las diferentes opciones terapéuticas existentes (biomédicas, religiosas, *new age* o alternativas, tradicionales, etc.) a las que recurren los usuarios de los sistemas de salud y evaluar si realizan o no combinaciones entre ellas, describiendo, en caso de ser afirmativo, cuáles son. Ello nos permitirá explorar las combinaciones de tratamientos entre usuarios de los sistemas de salud y utilizar este conocimiento para que los efectores del sistema “psi” puedan comprender mejor a sus pacientes y servirse de este conocimiento para mejorar sus prácticas psicoterapéuticas.

Consideraciones metodológicas

“En fin, la investigación es una cosa muy seria y difícil para que podamos darnos el lujo de confundir la rigidez, que es lo contrario de la inteligencia y la inventiva, con el rigor, y prescindir de tal o cual de los recursos que puede ofrecer el conjunto de las tradiciones intelectuales de la disciplina y de las disciplinas afines...”

Bourdieu y Wacquant (1995:169)

Proyecto metodológico general

Preferimos hablar de “consideraciones” y no de “encuadre”, como habitualmente se utiliza, ya que no entendemos a la metodología como un aspecto cerrado sino como una estrategia de abordaje dinámica y flexible, en un proceso de permanente construcción (Luxardo, 2007), aplicación y modificación de acuerdo a cuán útil nos sea para dar cuenta de lo que nos estamos planteando conocer.

La unidad de análisis estará dada por pacientes de los sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que hayan recibido el diagnóstico biomédico de depresión (psicológico o psiquiátrico). Quedan excluidas todas aquellas personas que puedan padecer depresión pero que no hayan recibido el diagnóstico por estos profesionales. Al referirnos al diagnóstico biomédico (psicológico o psiquiátrico) de depresión, nos referimos a que el profesional le exprese al paciente que éste se encuentra deprimido, independientemente de que posea comorbilidad con otro trastorno. Lo que nosotros trabajaremos es la perspectiva de los usuarios; por ello, si el usuario dice haber recibido el diagnóstico de depresión, desde nuestro enfoque ello será suficiente. No diferenciaremos entre los distintos trastornos del ánimo o la comorbilidad con trastornos de ansiedad o trastornos de personalidad. La variable a analizar estará dada por las distintas estrategias de complementariedad terapéutica que puedan darse según el caso. Los criterios de selección de caso estarán dados en primer lugar por pertenencia a sectores medios y altos de la Ciudad de Buenos Aires que hayan padecido depresión y hayan sido diagnosticados por un profesional del campo “psi” (psicólogo o psiquiatra).

Nos interesa, no obstante, brindar una visión preliminar de cuál ha sido la estrategia metodológica general de la investigación que queremos llevar adelante. El tipo de diseño que presentará esta investigación será de tipo mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos. Es por ello que el diseño contará de distintas etapas.

La primera etapa tendrá un carácter exploratorio, debido a que nos centramos tanto en el objetivo referido a las vivencias de la depresión, así como al de la utilización de las distintas medicinas para el tratamiento de la depresión, se trate de terapéuticas biomédicas o psicológicas, o se trate de terapéuticas religiosas, alternativas o tradicionales. Considero esta etapa exploratoria debido a que investigaremos un problema que no ha sido estudiado en nuestro país. Para ello utilizaremos básicamente métodos cualitativos, como entrevistas no estructuradas y semi estructuradas realizadas a una muestra no probabilística (intencional) de al menos unos veinte pacientes que hayan sido diagnosticados con depresión. A la vez, combinaremos con entrevistas abiertas a informantes calificados (por ejemplo, personas con itinerarios terapéuticos ricos que hayan padecido depresión o familiares de pacientes con depresión). Básicamente, el trabajo en esta etapa estará basado en una suerte de etnografía urbana desde la perspectiva de los usuarios; buscaremos qué ideas y vivencias tienen acerca de la depresión. El paradigma desde el cual abordamos estos aspectos han sido (principalmente) corrientes asociadas o derivadas de la fenomenología, por su larga tradición en la comprensión del punto de vista de los actores.

Nuestra metodología podría ser denominada como una metodología con un modelo de enfoque dominante (Hernández Sampieri *et al*, 2004). En este modelo el estudio se desarrolla bajo la perspectiva de uno de los dos enfoques en la cual prevalece uno de ellos. En nuestra investigación la metodología dominante será cualitativa, debido a la predominancia de aquella, mientras que el componente cuantitativo estará dado por el diseño de un cuestionario autoadministrable.

Iniciaremos la segunda etapa con el diseño de un cuestionario para medir la prevalencia del uso de complementariedad terapéutica, basándonos en el análisis de los datos recogidos durante la etapa exploratoria en la construcción del elemento de medición (cuestionario). La muestra será intencional, tomada a pacientes que hayan sido diagnosticados con depresión por psicólogos o psiquiatras, y su propósito fundamental será abarcar una mayor cantidad de casos, para complementar los resultados obtenidos a través de los caminos terapéuticos.

Aspectos éticos relacionados con la metodología

Los aspectos éticos de esta investigación también han sido revisados cuidadosamente porque no creemos que los efectos negativos que puedan tener los resultados de

investigaciones en ciencias humanas sean menos importantes que los de las investigaciones biomédicas; en todo caso, pueden ser menos visibles. De modo tal que no queremos seguir postergando o minimizando este tipo de debates en el interior de las investigaciones, que pareciese ser solamente una manera de justificar (y por lo tanto subestimar) errores o daños producidos.

Por ello nos interesa elucidar la postura ética que seguirá este trabajo. De la corriente que en bioética es conocida como *principista*²⁷ tuvimos en cuenta los siguientes ejes: el consentimiento informado de los sujetos participantes, el respeto por la confidencialidad de todas las entrevistas registrándolas con nombres ficticios y no registrando datos que permitiese identificar a las personas que participaron. Además nos aseguramos de que cada entrevista fuera tomada personalmente sin excepción.

El principio sobre el respeto por las personas nos alertó acerca las condiciones en las que se encontraban éstas para decidir de manera autónoma participar o no de nuestra investigación.

Sin embargo, compartimos con críticos de la corriente bioética recientemente señalada que adherir a tales principios puede no ser suficiente y por eso tomamos la idea que propone la ética de los valores, más precisamente de los valores éticos de pretensión universal pero que deben ser contextualizados de acuerdo a las particularidades históricas y culturales, además de coyunturales. Esto significa que en este estudio nos basamos sobre reglas de aplicación cuidadosas de estos contextos, y es por ello que en cada acercamiento hacia nuestra unidad de análisis hemos debido estar alerta de los aspectos éticos que debíamos proteger y respetar, porque de otra manera los principios pueden quedar como postulados abstractos o como prioridades trasplantadas de países centrales que poco tienen que ver con las locales (Tealdi 2002). Siguiendo estos lineamientos, cada estrategia metodológica utilizada implicará tomar los recaudos que nos permitan guardar el respeto por las personas a las que hemos entrevistado.

²⁷ Surge a partir del informe Belmont en 1978 y los desarrollan Beauchamp y Childress en 1979 (Gianni *et al*, 2005). Los principios básicos a los que aluden son: 1) justicia, 2) beneficencia y no maleficencia, y 3) el respeto por las personas y por la autonomía.

Enfoque metodológico primera etapa

La metodología que utilizaremos en una primera etapa tiene relación con lo que se ha dado en llamar enfoque hermenéutico-fenomenológico. Este enfoque lleva a cabo un análisis de las prácticas y saberes en tanto fenómenos a estudiar.

En la práctica clínica, es un enfoque sumamente enriquecedor para estudiar estos fenómenos. Dentro del campo psicológico, en la actualidad, esta metodología ha ido adquiriendo importancia. Los trabajos tales como los de Dreier (2000) en terapia familiar, así como los análisis acerca de la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (*Mindfulness*) llevado a cabo por Mason y Hargreaves (2001) dan cuenta de la importancia creciente de este modelo metodológico a la hora de investigar en psicología clínica. El propósito de este enfoque es reconstruir la realidad de la misma manera como es observada y vivenciada por los actores.

El enfoque metodológico que pretendemos desarrollar tiene en cuenta la perspectiva de la población de sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Nuestro interés se centrará en los significados y vivencias, en síntesis, los contenidos de conciencia que hacen a la enfermedad y a la cura.

Esta perspectiva prioriza la visión del usuario; es por ello que nos proponemos analizar el ámbito de lo que en Occidente denominamos trastornos mentales, teniendo en cuenta los conceptos, representaciones, prácticas y significados de los actores sociales sobre la aflicción y la terapia.

La importancia de las formas en que los usuarios de diferentes tipos de medicinas reflexionan y experimentan las aflicciones y sus estrategias de resolución o, lo que es lo mismo, la perspectiva de las propias personas involucradas en los sistemas médicos que conviven en cualquier sociedad, nos permiten tener una idea más acabada de qué es la enfermedad, la salud y la terapia.

El énfasis de nuestro trabajo estará puesto en los micro-contextos de la vida diaria, teniendo presente que son éstos los que median la relación entre lo social y los procesos de enfermedad y terapia, procesos que no pueden entenderse como simples espejos de condiciones políticas y económicas de carácter macro (Kleinman, 1989).

Según nuestra adherencia metodológica, el mundo puede definirse en sentido óptico como la totalidad de lo existente, la totalidad de los entes que pueden ser ante los ojos dentro del mundo. Los análisis fenomenológicos acerca del mundo han dado cuenta de que ésta es la base de toda posición, de toda creencia, así como de toda forma y comportamiento intelectual y valorativo (Bormida, 1984).

El método fenomenológico propone la enunciación y comprensión de los fenómenos; estos últimos no son diferentes de los contenidos de conciencia individuales y culturales, los que pueden entenderse como un conjunto de co-menciones: todo ente es en el trasfondo de otros entes que conforman el mundo (Bormida, 1984).

Este procedimiento implica un primer momento que requiere de la suspensión o puesta entre paréntesis de saberes teóricos y tradicionales y de disposiciones pragmáticas y afectivas (Merleau Ponty, 1969); implica reducir lo que Schutz llama el mundo del sentido común (1972), para acceder a las vivencias y experiencias del sujeto, las que se constituyen en el núcleo central del análisis. El tema que nos ocupa supone la realización de un acabado fenomenismo de los significados, acciones y emociones que los actores sociales vivencian como enfermedad, despojándonos del concepto de trastorno mental momentáneamente. Realizar esta suspensión de saberes, implica colocar de manera conciente entre paréntesis nuestros saberes, teorías, principios epistemológicos que funcionan como un a priori. Por ello en nuestra exposición abundaremos en la información de los entrevistados e intentaremos guiar al lector en la lógica interna que conecta y da sentido a la información que disponemos.

La consideración de las características, las vivencias y los significados de cada padecimiento requiere de una cuidadosa descripción fenoménica. Requiere del relevamiento de todo aspecto que se asocie a todas y cada una de las expresiones de enfermedad en cuanto fenómeno cultural; supone, por ende, una etnografía de la depresión en términos de los sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En su segundo momento, el enfoque fenomenológico recurre de nuevo a la reducción o puesta entre paréntesis, esta vez para alcanzar la esencia del fenómeno (Husserl, 1985). Para ello es necesario reducir todos aquellos aspectos de lo dado que sean secundarios o accesorios o que hagan a la existencia histórica del fenómeno. Este procedimiento permite descubrir y comprender la esencia, la cual es una estructura de significación de carácter universal. En otras palabras, consideramos al hecho o fenómeno cultural como una estructura que sólo puede ser comprendida teniendo en cuenta todas las asociaciones y significados a partir de un acabado análisis fenoménico que revele el hecho como contenido de conciencia. La captación de las esencias es resultado de la reducción fenomenológica (Husserl, 1985).

Desde esta perspectiva fenomenológica, para dar cuenta de las experiencias de enfermedad y terapia y, consecuentemente, de la selección y combinación de medicinas y el uso de prácticas alternativas, no se puede sólo considerar los aspectos

objetivos de la enfermedad y las representaciones culturales sino que es necesario enfocar la experiencia subjetiva (Good; 1992), lo que Kleinman (1989) ha llamado una *etnografía de la experiencia*.

Siguiendo esta perspectiva, diversos autores han dado cuenta de la experiencia de salud/enfermedad rescatando los significados y vivencias propios de los individuos y de los motivos que llevan a la selección y combinación de diversas medicinas. Las personas seleccionan distintas medicinas en consonancia con su sistema de creencias, es decir la manera en que salud y enfermedad son comprendidas (Disderi, 2001; B. Good, 1992; C. Good, 1987; Idoyaga Molina, 1999 , 2002a; Idoyaga Molina y Korman, 2002; Idoyaga Molina y Luxardo, 2005; Kleinman, 1980; Pitluk, 2002; y Viturro, 1998;). Todos ellos presentan la perspectiva de los actores sociales a través de un enfoque hermenéutico fenomenológico, rescatando las experiencias y vivencias sobre la enfermedad y la terapia.

En nuestro país, Idoyaga Molina (2002a) ha propuesto el camino terapéutico como una herramienta que apunta a conocer lo que la población concretamente hace en la atención de su salud, y no sólo lo que debería hacer en un plano puramente ideacional. La noción de camino terapéutico permite constatar que la combinación de terapias y la preferencia por otras medicinas no se asocia a la carencia de educación de la población ni a la falta de servicios biomédicos. En el plano internacional, Good (1992) da cuenta de las vivencias de enfermedad en dolencias crónicas a partir de un análisis fenomenológico de relatos de individuos que padecen enfermedades crónicas.

El enfoque hermenéutico fenomenológico nos permite conocer los significados de la enfermedad y la terapia, pero también las nociones asociadas a la vivencia de aflicción, tales como la idea de persona y de las entidades que la integran, cuerpo, cuerpo energético, aura, almas, espíritu, energía, nombre.

De esta manera, y de acuerdo a los requerimientos del método seguido, con el objetivo de recabar los materiales necesarios que nos permitieran develar los significados y vivencias de los actores sociales en el tratamiento de la depresión, intentaremos adquirir la vivencia y experiencia de la depresión por parte de los usuarios del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Enfoque metodológico segunda etapa

Iniciamos la segunda etapa con un diseño transversal²⁸ para medir la prevalencia de la complementariedad terapéutica por parte de los usuarios del sistema de salud para el tratamiento de la depresión. Basándonos en el análisis de los datos recogidos durante la etapa exploratoria, construimos el cuestionario para llevar a cabo la medición. La muestra fue tomada exclusivamente a 100 pacientes que han sido diagnosticados de depresión por algún profesional del campo de la salud.

Para el análisis de los datos, pensamos en utilizar el paquete *Statistical Package for Social Science* (SPSS) pero posteriormente decidimos cambiar por Microsoft Office Excel debido a que no necesitábamos operaciones tan complejas ya que básicamente sólo realizamos estadística descriptiva.

El trabajo de campo fue realizado mediante la toma del cuestionario para evaluar la utilización o la no utilización de estrategias complementarias. El hecho de que no se contase en el país con estudios previos sobre este tema nos hizo optar por un diseño exploratorio, cuya flexibilidad nos permitió ajustar cuestiones referidas a la mejor manera de preguntar, con qué técnicas y otros aspectos para optimizar el uso de los instrumentos de recolección de datos.

Las categorías de clasificación que habíamos descubierto durante la realización de nuestro trabajo inicial (de tipo cualitativo en la primera parte de la investigación, entrevistas abiertas y recurrentes, caminos terapéuticos, observación participante, etc.) sirvieron para desarrollar nuestro cuestionario. De hecho, las categorías que utilizamos en nuestra encuesta son producto de nuestra primera parte de la investigación.

El cuestionario

El diseño del cuestionario contó con un módulo con variables socio-demográficas y otro módulo con preguntas estructuradas y semi-estructuradas enfocadas a las elecciones terapéuticas. Antes de implementarla realizamos una prueba piloto en la que no detectamos mayores obstáculos. Aunque podemos decir que surgió un sesgo afectando la validez de la medición de las medicinas complementarias: desde la visión

²⁸ El objetivo de este tipo de diseño es medir una o más características o enfermedades en un momento dado de tiempo; por ejemplo: recurrencia a la medicina oficial, intentos de estrategias de autotratamiento, recurrencia a terapias no avaladas por la medicina oficial, satisfacción de los pacientes en relación a la terapia elegida, grado de severidad de los síntomas depresivos, etc.

de los entrevistados éstas no eran identificadas como medicinas o terapias, sino simplemente como acciones aisladas que hacen bien (por ejemplo los masajes) y/o habían sido importantes para su mejoría (por ejemplo, una charla con amigos), pero no eran tratamientos en el sentido estricto de la palabra y, por lo tanto, consideraban que no eran relevantes de ser comentadas o pensaban que el entrevistador no las consideraría terapias. Por este motivo, dentro del cuestionario hicimos una aclaración al respecto, explicitando: *“Toda actividad que usted haya realizado en la búsqueda de una mejoría de la depresión”. “¿Qué actividades hace (o hacía) para sentirse bien?”*. Es por ello que en el diseño del cuestionario incluimos una extensa introducción para ver si era posible que ello quedara claramente consignado para el entrevistado. *“Las siguientes preguntas corresponden a la pregunta general que guía este inventario de creencias terapéuticas: ¿Qué tipo de prácticas ha realizado usted para enfrentar la depresión? Lo que este inventario intenta describir es todo lo que usted haya considerado que hacía para estar mejor de la depresión. El cuestionario intenta reflejar todo lo que usted pudo haber hecho para paliar sus dolencias en un plano no solo físico o psicológico sino todas las prácticas que usted crea que haya realizado para mejorar su salud. Esto incluye no solo a los terapeutas a los que concurrió sino también las prácticas de autotratamiento, por ejemplo un amigo le dijo que tal medicamento o tal yuyo es bueno para cuando uno está deprimido y usted a partir de ello lo tomó. A continuación se enumerará una serie de preguntas y cada una de ellas tendrá su especificidad, por lo que lea atentamente la pregunta. Es probable que usted haya hecho más de un tratamiento o una práctica, especifique la cantidad en cada caso. Y especifique si usted lo hacía para mejorar de la depresión. En muchas ocasiones puede que usted haya realizado alguna práctica que pueda englobarse en dos categorías (usted puede considerar el yoga como una actividad física y no una práctica curativa o considerarla una actividad física y una práctica curativa) en esa ocasión ubique la práctica en la categoría que a usted le parezca apropiada (puede marcar ambas o solo una). Las categorías utilizadas son arbitrarias y en muchas ocasiones usted puede decir que tal o cual estrategia no debería ser ubicada en esa categoría. Éstas categorías tienen la función de poder describir todas las estrategias que utilizó para hacer frente a su dolencia.”*

Con esta introducción al cuestionario, quisimos dar entera libertad al entrevistado para ubicar las categorías de la manera en que le pareciera más apropiada. Esta extensa explicación fue implementada en función de que cuando estábamos diseñando el cuestionario en las pruebas piloto les resultaba muy confuso a los informantes completar el cuestionario. Pese a que terminó teniendo una introducción muy extensa

y en ocasiones tediosa para el informante, su lectura permitió subsanar los inconvenientes que tuvimos en la prueba piloto.

En el ítem número 1 del cuestionario tuvimos dudas en ubicar el tratamiento homeopático como tratamiento médico, debido a que los usuarios lo ubicaban dentro de los tratamientos biomédicos, ya que en la Argentina los homeópatas son siempre médicos; en otros países del mundo no se da esta relación. Sin embargo, pese a este fenómeno, son considerados tratamientos alternativos (en la actualidad no hay estudios de eficacia que comprueben su utilidad y los que hay son de dudosa credibilidad). Por ello excluimos esta opción dentro de los tratamientos médicos.

En el ítem número 2 fue necesario especificar el tipo de psicoterapias debido a que algunos de los entrevistados habían probado dos tratamientos psicoterapéuticos al mismo tiempo; sin embargo, a los fines de nuestro análisis, esta información no será utilizada.

En el ítem número 3 fueron consignadas muchas prácticas entre las denominadas alternativas como muy disímiles entre sí. Algunos de los entrevistados nos decían que no es lo mismo la Angelología (como diciendo que es algo poco serio) que el Reiki que es una práctica milenaria. Sin embargo, creemos que, en función de las clasificaciones que establecimos, ambas pueden ser incorporadas a la categoría de terapias alternativas.

En el ítem número 4 fue necesario discriminar y explicitar las distintas religiones existentes en el área a investigar. Para ello se incluyó, como anexo, la lista de religiones establecidas por la Guía de la Diversidad Religiosa de Buenos Aires (Forni *et al*, 2003), previamente señalada. A su vez, la dificultad más importante encontrada en la sistematización de este ítem estuvo dada por la gran cantidad de entrevistados en las pruebas piloto que practicaban algún culto, pero que no lo consideraban como algo que habían utilizado para enfrentar la depresión, a diferencia de otro grupo, para los cuales fue una de las estrategias más útiles. Por ello, se incluye, al principio del cuestionario la pregunta acerca de si la persona es religiosa o no, y en el ítem de religiosidad, se explicita la práctica religiosa con fines terapéuticos, específicamente para el malestar depresivo. Este hecho nos remite a la complejidad que las prácticas religiosas conllevan, lo cual debería ser tratado con mayor especificidad y dedicación.

El ítem número 5, a pesar de que “actividad física” no es una categoría del sistema etnomédico con el que trabajamos, fue necesario incorporarlo, debido a que muchos consideran a la actividad física como parte necesaria de su vida y como tal no contemplada, en muchas ocasiones, como una estrategia terapéutica. Asimismo, en

otras entrevistas fue una parte vital de las estrategias para hacer frente a la depresión. Este ítem fue incorporado, no creamos una categoría nueva ni discutimos alguna anterior debido a que las atribuciones que llevan a los usuarios a utilizar la actividad física como estrategia terapéutica es dependiendo del informante mediante una lectura biomédica o alternativa de la actividad física (ej: la actividad física es saludable o me armoniza energéticamente).

En los ítems 6 y 7 ubicamos la visita o no a curadores tradicionales (curanderos y shamanes) y si dicha visita resultó beneficiosa o no.

En el ítem número 8 buscamos discriminar las prácticas de autotratamiento, dejando un espacio abierto para que el encuestado pueda describir cualquier actividad que haya realizado como autotratamiento.

En el ítem número 9 buscamos dejar una pregunta abierta que pudiera englobar cualquier práctica que el encuestado hubiera realizado y que no pueda desde la perspectiva del mismo ser englobado por alguna de las categorías.

Para el desarrollo del cuestionario tomamos en cuenta los desarrollos llevados tanto por Idoyaga Molina respecto del sistema etnomédico (1999, 2002a) y los trabajos de Jorm (Jorm, 1994; Jorm y cols., 1997 a, b, c, d)

Para optimizar la calidad de los datos realizamos una triangulación metodológica y combinamos los datos del cuestionario con técnicas cualitativas, como las entrevistas a grupos naturales (Coreil 1995). Para ello seleccionamos a un pequeño grupo de la muestra que ya había participado del cuestionario y volvimos a entrevistarlos de manera no estructurada, incluyendo a estas últimas, para el análisis de los datos en esta tesis, dentro del grupo de caminos terapéuticos, y no de la encuesta.

A la hora de realizar la toma del cuestionario utilizamos la misma estrategia que para obtener los caminos terapéuticos: fuimos recabando de la población general personas que hayan estado deprimidas y que se prestaran a completar el cuestionario.

Debido a la necesidad de respetar los aspectos éticos propuestos en la metodología diseñamos una hoja con el consentimiento informado y pedimos a cada uno de los informantes que la completara (ver anexo).

Variables sociodemográficas

El diseño del cuestionario contó con un módulo con variables socio-demográficas, para el desarrollo de estas variables tomamos datos del INDEC. Nuestro objetivo era discriminar sectores medios y altos de los otros sectores sociales. Debido a las marcadas diferencias que encontramos en nuestro país diferenciar los sectores resultó sencillo. El INDEC ordena a la población en deciles. Es decir, divide a la población en ingresos en diez grupos; cada uno de estos grupos representa el 10%. Para nuestro trabajo utilizamos el decil de mayores ingresos en dos áreas: ingreso individual y familiar. En la escala de ingreso individual, los valores oscilan entre \$2360 a \$56.000 mensuales. Este decil discrimina sectores medios y altos, en comparación con el resto de la proporción de la muestra. Por su parte, la escala de ingreso familiar oscila entre \$3300 hasta \$60.000 mensuales en el decil 10 (es decir el 10% que poseen los más altos ingresos mensuales) (INDEC, Primer Semestre 2006). Es evidente que un ingreso de \$3300 por familia y el ingreso de \$60.000 son diferencias más que significativas, motivo por el cual, para cerciorarnos de que entrevistamos a sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, agregamos variables educativas (por considerarlo un factor más para confirmar la pertenencia a este sector social), tomando el cuestionario únicamente a personas que hayan finalizado el secundario y preferentemente con estudios universitarios.

Capítulo 4. Resultados

Caminos Terapéuticos

Introducción

It is thus reasonable to assume that pain is a universal feature of the human condition

A. Kleinman, P. Brodwin, B. Good y M. DelVecchio, 1992

Para la realización de nuestra tesis analizamos 21 caminos terapéuticos. Por cuestiones de espacio no describiremos la totalidad de estos caminos sino que simplemente tomaremos uno de ellos para ejemplificar la labor que llevamos a cabo en los 21 casos. De los 20 caminos terapéuticos restantes, extraeremos los puntos más importantes de cada entrevista, con sus correspondientes comentarios.

Analizaremos el camino terapéutico seguido por uno de nuestros informantes (Javier, de aquí en adelante), un hombre de 28 años, sociólogo, habitante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quien cuenta con recursos económicos e instrucción universitaria y que en su camino la dolencia se irá transformando una y otra vez hasta llegar a lo que la biomedicina denomina depresión.

Como ha notado Douglas (1998), los miembros de las sociedades pueden identificarse según un número limitado de estilos culturales o modos de pensar, lo que nos permite descubrir recurrencia de preferencias y de explicaciones, tanto en el ámbito de la salud como en cualquier otro. Con ello queremos decir que el caso de Javier es un mero ejemplo de un fenómeno observable, en forma cada vez más creciente, en los sectores medios e instruidos de la Ciudad de Buenos Aires.

A través de este camino terapéutico pretendemos analizar los motivos y significados que fundan la selección y combinación de medicinas. Es por ello que analizaremos los factores y creencias que inciden en las elecciones, rechazos y preferencias, así como los factores coyunturales que expliquen la selección de determinada terapia y las características de las dolencias particulares.

Es interesante ver cómo toda la historia de Javier es refigurada al llegar al diagnóstico de depresión, hecho que nos permite inferir lo dinámicas y cambiantes que son las lecturas de las dolencias coincidiendo con lo que ha notado Good (1994) en torno a las

narrativas de enfermedad y cómo estas se modifican en función de las respuestas que se vayan obteniendo.

La elección del itinerario de Javier para ejemplificar los caminos terapéuticos se debe a la riqueza de éste. Javier ha incursionado en psicoterapia, ha concurrido además a curanderos tradicionales, realizado Shiatsu²⁹, Yoga, y ha visitado distintos biomédicos. Por otra parte, en el camino Javier nos relata porqué utilizó tal o cuál cosa. Javier tiene la costumbre de buscar explicaciones y en algunas ocasiones ha escrito acerca de su propia experiencia de enfermedad como estrategia terapéutica.

En la transcripción de la entrevista se han mantenido las preguntas del investigador. Las aclaraciones que introdujimos para facilitar la comprensión del texto aparecen como llamados a pie de página.

Por qué una terapia y no otra. Diversas vivencias de la enfermedad

En la vida y en el trabajo lo más interesante es convertirse en algo que no se era al principio

Michel Foucault, 1995

Las posibilidades que ofrece la ciudad de Buenos Aires en materia de salud a los usuarios pertenecientes a sectores medios y altos incluye la biomedicina, las medicinas alternativas, religiosas y tradicionales (a su vez todas ellas son utilizadas como autotratamiento en muchas ocasiones).

La biomedicina es la oferta de los sistemas de obra social y los privados pre-pagos. Los servicios ofrecidos incluyen la medicina alopática en todas sus variantes y

²⁹ El *Shiatsu* de *Shi* (dedo) y *atsu* (presión) es un método de masaje por presión que combate el desequilibrio del cuerpo y el espíritu. Es una técnica de aplicación de la medicina tradicional china y sigue los mismos principios de energía y de meridianos que la acupresión. El potencial terapéutico del *Shiatsu* fue redescubierto en Japón a principios del siglo XIX y fue precisamente un japonés de nombre Tamai Tempaku quien elaboró la técnica actual del *Shiatsu* al combinar las técnicas tradicionales y los conocimientos fisiológicos y anatómicos de la medicina occidental. Su principio de base es la noción de la energía vital (*Qui* en chino o *Ki* en japonés). Esta energía circula en el cuerpo por medio de meridianos o canales de energía y en los cuales se puede actuar sobre puntos precisos, (punto de acupuntura o *Tsubo*) para desbloquear el flujo de energía o mejorarlo si está débil. El objetivo del *Shiatsu* es de re-equilibrar el flujo de energía vital en nuestro cuerpo y así calmar las aflicciones. El practicante de ésta "digitopresión" intuitiva hace primero un diagnóstico o *hara* para identificar de la punta de los dedos los circuitos "vacíos" de su energía a causa de ciertas afecciones. Este diagnóstico comienza siempre por el abdomen. Después realiza una presión adecuada sobre los diferentes puntos a controlar para recargar la energía faltante de los meridianos. El *Shiatsu* sirve para reintegrar la vitalidad del cuerpo, ayuda a regular el sistema hormonal, la circulación sanguínea y del líquido linfático, para eliminar desechos y disminuir la tensión muscular. Permite también disminuir el estrés, el insomnio y consolida las capacidades de auto-sanación.

psicoterapia la mayoría de las veces de orientación psicoanalítica, aunque desde el discurso de las prepagas se orienten a tratamientos breves la mayor parte de los efectores de salud de las prepagas son de orientación psicodinámica. En nuestro caso, dado que los padres de Javier son ambos profesionales del campo de la salud mental, el conocimiento acerca de las distintas psicoterapias le permitió a Javier seleccionar distintas opciones en un grado mayor de conocimiento que el común de los usuarios de psicoterapia.

Como ya hemos señalado, la biomedicina es la única legalmente aceptada, las terapias alternativas se ofrecen en la práctica privada. Los costos corren por cuenta del usuario por lo que su oferta se restringe a los sectores de mayores ingresos. Los usuarios las seleccionan por consejos e información que obtienen de amigos parientes y ocasionalmente de lecturas de revistas o libros.

Las medicinas religiosas desde su discurso oficial dicen ocuparse sólo del espíritu y recomiendan la complementariedad terapéutica, no obstante en sus cultos los sanadores tratan dolencias orgánicas (Idoyaga Molina, 1999a). Recurren a ellas usuarios de los más diversos sectores sociales y personas con niveles de instrucción muy diferentes, los tratamientos se pagan de acuerdo a la voluntad del paciente, pero también existen cánones prefijados.

El autotratamiento es la primera opción terapéutica en este grupo, como en cualquier sociedad (Good, 1987), y en ésta en particular (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) incluye a los fármacos de laboratorio, infusiones vegetales tradicionales, revaloradas como todo lo "natural" en el contexto actual, terapéuticas encuadradas dentro de lo denominado *new age* y también a procedimientos alternativos y religiosos.

A través de las ideas de Javier, podremos observar cómo la noción de enfermedad y salud implícita en la población estudiada es construida socialmente. Esta construcción admite distintas lecturas y causalidades para los síntomas y signos del padecer, lo que posibilita que la interpretación o lectura de los mismos cambien según la eficacia de la terapia o según lo que Javier crea e interprete en ese momento de la enfermedad. Es por ello que en el itinerario terapéutico y en la utilización de distintos expertos vemos que atribuye etiologías diversas, integra nociones biomédicas con nociones de poder y la posibilidad de manipulación de técnicas energéticas, a la vez que refiere el cuerpo biológico pero también a un cuerpo etéreo, un espíritu, un cuerpo energético y un alma como entidades integrantes y explicativas de la persona y sus posibles causas de sufrimiento. Podemos decir que estas nociones sociales de enfermedad y de persona

son las que sustentan la selección y combinación de medicinas y prácticas muy diversas a las que recurre nuestro informante.

El relato de Javier focaliza y describe las diferentes terapias a las que ha recurrido en búsqueda de sanación, lo que nos permite indagar sus vivencias sobre la enfermedad y la terapia.

Javier es sociólogo, tiene treinta años y trabaja en una prestigiosa institución gubernamental, a la vez que realiza trabajos de consultoría y estudios de postgrado.

Entrevista

Las personas saben lo que hacen, frecuentemente saben por qué hacen lo que hacen; pero lo que no saben es lo que hace lo que hacen.

Michel Foucault, 1995

¿Hace cuánto que empezó tu malestar?

Me empecé a sentir mal hará unos cuatro años. Tenía pensado hacer un viaje al exterior para cursar una Maestría. Decidí no hacerlo por motivos teóricos. Dejé de interesarme por eso que hacía, pero deseché un viejo anhelo de ir a estudiar al exterior.

¡Oh casualidad! Me empecé a sentir muy mal en esa época. En esa época tenía una prepaga muy trucha. Fui a al médico y me mandó a hacer unos análisis. Me encontraron algo en el hígado. Me mandaron a hacer estudios para ver si era hepatitis o algo por el estilo pero no encontraron nada de nada. Pocas veces me sentí tan mal en mi vida. Me sentía mareado, tenía un par de puntos de fiebre todo el tiempo y me sentía todo el día cansado. Iba caminando por la calle y se me movía el piso por el mareo que tenía. Me sentía para el carajo. Me hice un par de estudios más y el médico un día me dijo: “No tenés nada campeón”. Tuve verdaderos deseos de cagarlo a trompadas, ¿cómo que no tengo nada, si me siento para el carajo?, le dije. El día que me dijo que no tenía nada lo había esperado dos horas en la clínica. Me sentía mal, lo esperé y me dice que no tengo nada. Esto es una farsa me dije. Empecé a pensar que podía ser psicológico, pensé en que podía ser depresión, pero mi ánimo era bueno y optimista a pesar de que me sentía muy mal. Hacía mi vida cotidianamente, pero todo

era un gran esfuerzo. Como en la casa de mis viejos tengo muchos libros sobre eso, leí algo sobre depresión y pensé que podía tenerla pero al estilo oriental, basado en síntomas somáticos; pero rápidamente deseché esa hipótesis. No me parecía creíble, debía tener más que ver con lo que estaba leyendo que con la realidad, hay un viejo dicho que dice cuando tenés un martillo, todos son clavos. A la vez que mi pareja de aquella época era mejor perderla que encontrarla.

¿Qué hiciste después de que el médico te dijo que no tenías nada?

Lo primero que hice es empezar a escribir sobre esto que me pasaba, no sé si me aliviaba, pero sentía que hacía algo. Escribí muchas veces sobre el malestar. Inspirado en Nietzsche, que escribía desde el sufrimiento, escribí intentando pensar que es lo que me pasaba. Si querés te traigo algo de lo que escribí. Las computadoras guardan la memoria. Je, hay una frase de Nietzsche que dice: La memoria dice: "Yo he hecho esto. La conciencia dice: yo no pude haber hecho esto. Luego la memoria olvida." Hice cosas bastante delirantes para recuperar mi salud. Tuve hipótesis muy contradictorias. Pero, la verdad soy una persona bastante pragmática, cuanto más duraba mi malestar más dispuesto estaba a probar con lo que sea.

¿En qué momentos escribías?

Casi todos los días me hacía un rato. En lo que escribía pensaba y repensaba las causas de mi malestar. Tal vez podía ser porque no hacía lo que quería en la vida. Mi vida se había vuelto tediosa y aburrida. No podía hacer lo que quería, etc. Pero una a una mis hipótesis se disolvían. Y al tiempo inventaba una nueva; por ejemplo:

Hoy 1 de Septiembre, me levanté sintiéndome para el carajo. Me duró unas tres horas en la acción de mi trabajo me sentí mejor. Me levanto cansado como hartado del mundo y luego me relajo un poco. Sí, los síntomas de ansiedad son molestos. No es la hipocondría sino los síntomas de ansiedad. De alguna manera cualquier cosa me activa y me hace sentir mal.

Hoy es 30 de Septiembre. Me levanto sintiéndome muy mal. Cuando atiende a la gente del laburo no me siento tan mal, qué es lo que pasa no me soporto. No tolero mi

propia compañía, es que no hago cosas que quiero, qué es lo que me ocurre. Hay días en que no aguanto más, me gustaría dejarme morir, pero sé que no lo voy a hacer; sin embargo la idea me ronda.

Hoy es 30 de Diciembre. Cerca de fin de año, nadie se da cuenta de lo mal que me siento. Estoy a punto de comer con unos amigos, me siento mal cuando estoy con los demás o me olvido. No sé que mierda puede ser.

¿Hiciste alguna consulta después de ese médico?

Hice muchísimas. Tengo una viejita conocida, que es médica homeópata. Me recomendó una institución: Centro Médico Homeopático XXX, fui e hice una consulta. La mujer que me recomendó era la pediatra de la institución y en aquél momento tenía setenta años. Gente que predica los resultados a partir de su propia vida. El director médico, un hombre de apellido XXX, tenía como noventa. Me atendí con el hermano de una celebridad científica, que en ese entonces tenía 86 años. Me hizo una entrevista muy extensa. Me preguntó de todo, por mi ánimo, cómo era en general y me dio una medicación homeopática. Siempre es una medicación un tanto rara.

¿A qué te referís con rara?

Parece de mentira, como de juguete. Primero esos frasquitos que parecen del siglo pasado. Y esos polvos que parecen azúcar impalpable. Cuando me los dieron no me dio mucha confianza. Tomé la medicación, hice exactamente lo que se me pedía pero no sirvió de mucho. Fui ilusionado y al tiempo sin ningún resultado dejé de ir.

Le conté a la médica que me recomendó el poco éxito, una señora a la que le tengo un gran aprecio. Ella me gastaba y me decía que era un gran hipocondríaco. Hipocondríaco o no, yo me sentía mal. Era como un pequeño infierno privado. Cansado, sin ganas de nada y con la suficiente energía para seguir mi vida cotidianamente, pero sintiéndome para la mierda. Muchas veces pensé que si la vida era esto, tal vez la muerte sería un alivio. Al mismo tiempo poseía cierto optimismo loco que todo iba a mejorar. Soy demasiado optimista, siempre espero lo mejor. Pese a sentirme mal. Pese a gastarme, esta médica amiga, homeópata, me medicó con medicina homeopática.

¿Ambos médicos homeópatas hicieron diagnósticos similares?

No, eran parecidos pero no iguales. Me medicaron con distintos remedios aunque la medicación venía en los mismos frasquitos. Cada maestrillo con su librito. Por otra parte la fiabilidad de un diagnóstico es bastante relativa, lo sé por mis padres, que notan las diferencias con sus colegas, y no soy ingenuo para pensar que los diagnósticos sean siempre claros y precisos. Pero, resumiendo, la medicación homeopática no me sirvió para nada. Seguía sintiéndome cansado todo el tiempo pese a que soy un paciente bastante obediente.

¿Qué hiciste después?

Hablé con un amigo psiquiatra a ver qué le parecía y me dijo que consultara un médico de verdad, no una berretada de prepaga de cuarta. Se reía y me decía: “El tipo que te atendió, mientras te atendía pensaba en que vos valés cinco pesos y la atención que te dedicó está mediada por esos cinco pesos, tanto estudiar cosas sociales para no darte cuenta de cómo funciona el mundo”. Me hizo ir a una consulta con un médico particular. La entrevista clínica duró una hora. El tipo me preguntó hasta el dedo gordo del pie. Uno de mis síntomas era como un mareo constante, todo el tiempo. Como si no pudiera ver bien. Me hizo cerrar los ojos y me movió de un lado a otro. Me dijo a ojo de cubero tenés la espalda rectificada. Tenés unas contracturas muy grandes. Me mandó a hacerme un estudio de garganta, porque yo le describía un malestar permanente en la garganta. En la garganta tenía un bicho, y la columna la tenía hecha mierda. Me miró con una sonrisa amable; bienvenido al club de los jóvenes profesionales autoexigentes, rectificación de columna para uno. Me contó que él tenía la espalda arruinada. Me recomendó hacer yoga y psicoterapia.

¿Y qué hiciste?

Fui a hacer Yoga. Yo hice durante siete años psicoterapia, hice psicoanálisis³⁰ y también terapia gestáltica³¹. Ambas me hicieron bien en su momento. Ya había hecho bastante psicoterapia para mi gusto. No tenía ganas de revolver mi cabeza y no pensaba que la psicoterapia pudiera hacerme bien, lo mío no era psicológico. Era físico seguramente. Aunque yo sé que mente y cuerpo van pegaditos, no sé por qué no le hice caso al médico. En casa de herrero cuchillo de palo, será la insistencia de mis viejos, no sé, pero ganas de hacer terapia no tenía. Tal vez no sabía con quién hacer, mis viejos son del campo y conocen a muchos. Y cuando te digo muchos, es a todos en los que confiaría mi cabeza, pero por la cercanía no sabía con quién hacer. Nunca reflexioné acerca de por qué no hice psicoterapia, probablemente no creía que la necesitara, hablé con mi mejor amigo que es psicólogo y él pensaba que era algo médico; misma hipótesis sostenía yo.

Así que fui a hacer yoga. Era una señora de unos setenta años que hacía yoga. Era una clase individual, se la veía muy saludable pese a su edad. Me contaba cosas sobre las energías, sobre las contracturas que tenía en la columna y sus porqués. En verdad yo creía que tenía una contractura y lo de las energías ni me iba ni venía. Pero cuando estaba tirado en el piso me sentía bastante mejor. A la vez fui a hacer kinesiología mandado por este médico.

El yoga me relajaba, también me hacía reiki la profesora de yoga. Le daba con todo lo que podía al malestar. Lentamente aflojó, pero se estabilizó en un malestar muy constante. El yoga llegó a un límite y después no sentí mejoría. Las sesiones de kinesiología para la columna no llegaron a nada, encima la kinesióloga no me caía demasiado bien. Me empecé a sentir decepcionado y pensar que nunca habría de volver a sentirme como antes, una sensación de desesperanza me embargaba en ese entonces. Cuando me acuerdo me pongo triste.

¿Qué significa que te ponés triste?

³⁰ Hablar de psicoanálisis es hablar de un conjunto de teorías psicológicas que pueden ser bastante diferentes entre sí. En Buenos Aires hay muchas escuelas de psicoanálisis, generalmente son de orientación Freudiana o Lacaniana. La forma de resolver los problemas es reviendo situaciones del pasado que en muchas ocasiones son inconcientes para de esa manera poder modificar la repetición de esas situaciones. Los conceptos principales del psicoanálisis (las distintas orientaciones focalizan de una u otra manera estos conceptos) son: la doctrina de las pulsiones (vida y muerte), fases infantiles de la libido, el complejo de Edipo, la represión, entre muchos otros.

³¹ No es una terapia de gran difusión en la argentina, sus conceptos principales son: asimilación y crecimiento (ningún organismo es tan autárquico para que pueda existir sólo), diálogo y autorregulación (el hombre es un ser social y su experiencia se hace en relación inmediata con otras personas) entre otros. El foco de atención se halla en el presente y no en el pasado a diferencia del psicoanálisis.

Me acuerdo, me conecto con toda esa historia y me doy cuenta de que sufrí mucho, de afuera no se puede ver de otra manera. A veces pienso que fue mi manera de acercarme lentamente a los treinta, una de las crisis. Pero es como algo que se hace muy presente. Si vivís unos años con malestar el recuerdo es como el de un pequeño infierno personal, es muy vívido.

¿Con todas las terapias y los terapeutas tenías esa desazón?

No con todos. El médico con todas las palabras, el segundo, el que vio la columna rectificada y me mandó a hacer yoga y al psicólogo, me dijo que es difícil bajar el estrés, y lo de la columna rectificada es una compañía para toda la vida, me dijo cosas que me sirvieron. La cabeza, y relajarte, si no te vas a quemar. Es muy difícil aprender a vivir más relajado, me dijo. Es un largo camino al restablecimiento de la salud, me dio a entender. Creo que le pegó a lo que necesitaba yo, pero me dio a entender que no hay soluciones mágicas. Me pareció un tipo inteligente, me generó credibilidad. Creo que de alguna manera me dio un camino a seguir. Tenía la sensación de que el médico disfrutaba atenderme, tenía onda con lo que le contaba. No sé por qué imaginé que le había pasado algo similar.

La profesora de Yoga era súper amable, pero a veces se metía a preguntar o decir cosas que eran de alguna revista de difusión berretona, el que mucho abarca poco aprieta. Se ponía hablar de los chakras, del ying y el yang, etc.. Mi papá dice: el tonto cuando calla es dos veces sabio. No sé, a veces sentía como que quería que el tiempo de la clase terminara. No sé como expresarlo, pero no me sentía cómodo al final. Y me empezó a costar ir, el malestar no desaparecía pero mejoraba. Sin embargo la profesora no me generaba credibilidad, algo me decía que se había agotado lo que podía darme. Además le había hecho caso en muchas cosas. Me recomendó la preparación de un frasco con alcohol, alcanfor y ruda para evitar las energías negativas después del trabajo. Lo hice y no cambió nada.

No sé, cuando te sentís mal, la coherencia se va al carajo y lo único que querés es sentirte bien. Si te dicen que tomes orina; ¡tomás orina! si eso te hace bien. Hubo momentos de total decepción y sólo la reflexión y reírme de mí mismo me mantenían a flote. Es feo con ganas sentirse mal, ver que tu cuerpo y tu mente son extraños de alguna manera.

¿Cómo extraños?

Nada, no tenés control, una sensación de descontrol y de no poder manejar lo que te pasa. Sabes que te sentís mal. Yo me sentía todo el tiempo cansado, sin ganas, como esforzándome por llevar una vida normal y me seguía sintiendo mal. Ahí estaba yo, con sensaciones inconfundibles para mi cabeza y mi cuerpo que no podía interpretar. Me había hecho los clásicos chequeos médicos y no tenía nada. Me sentía mal y no había una interpretación ni actos que me hagan sentir mejor. Estaba yo con mi malestar y sólo eso. Un mareo constante, una falta de ganas para todo, totalmente desenergizado, hartó de mí, no me soportaba, trabajar me distraía del malestar. Y entonces empecé a probar con lo que venga.

¿Qué es “lo que venga”?

Yo de chico había leído Las Enseñanzas de Don Juan, todos los libros que le siguieron. Mi vieja había hecho un curso de chamanismo, súper *new age*. Mi viejo hace Reiki. Como verás, les gusta, más allá de los psico, estudiar cosas nuevas. En resumen todas las cosas que se habían vuelto un tanto delirantes se hicieron parte de mis pruebas. Releí Castaneda³², y empecé a pensar a utilizarlo como instrumentos para mí. Yo leí Castaneda cuando tenía dieciocho años, y en esa época me pasaron unas cuantas cosas raras. Yo era un chico bastante místico. Me iba a la montaña y ahí en mi opinión había un lugar con poder. Una vez hice un círculo de piedras y en el medio del bosque empezó a haber un remolino de viento, creer o reventar eso estaba ahí. Hay cosas que la razón no acuerda y sin embargo ocurren. Ahí estaba yo viendo mi remolino, que simbolizaba mi propia muerte; o al menos eso creía yo en ese momento. Me pegué un cagazo tremendo. Soy un compilado propio de esta época tan posmo. En mi época de lectura de Castaneda tuve un accidente, ese día había dicho lo siguiente: “Hoy es un buen día para morir”. Bajaba con mi moto por un cerro y tuve

³² Carlos Castaneda, fue el autor de una serie de libros que pretenden describir su entrenamiento en el chamanismo tradicional mesoamericano, al cual él se refería como una forma de brujería. Dichos libros, y el propio Castaneda, quien en escasas ocasiones hablaba en público acerca de su obra, han sido controvertidos por muchos años. Sus partidarios afirman que sus libros son veraces, o al menos constituyen obras de valor literario; sus críticos señalan que sus libros son una farsa, trabajos de ficción, y que no son empíricamente verificables como obras de antropología, como el autor afirmaba.

Dicho antropólogo y escritor afirmaba además haberse convertido en chamán tolteca tras un intenso entrenamiento de modificación de la conciencia y la percepción, incluido el uso ritual de alucinógenos.

un accidente en una curva; me encontré de frente con la policía y salí disparado para el lado contrario al que me llevaba la curva. Volé unos veinticinco metros, y el impacto me arrastró unos cinco metros. No tengo la imagen de lo que pasó, lo que recuerdo es que un policía se me acercó y me preguntó si estaba vivo. Yo le contesté que sí, mientras miraba mis manos que chorreaban sangre. Años después volví a ese lugar y sentía la presencia de algo y me volvió la imagen del accidente. Minutos antes del accidente yo estaba en la montaña mirando hacia abajo y sentí algo atrás mío. Volví al momento del accidente y vi que yo salí volando para el lado contrario al que me llevaba la curva; no me puedo explicar cómo es que salí disparado para el lado contrario al que por la fuerza y la dirección con que venía tenía que haber ido. Esa noche me di cuenta de eso y que algo o alguien había hecho que eso ocurriera. Cuando me di cuenta me largué a llorar y se me puso la piel de gallina. Estaba sentado en la montaña y pensé en llamar a una liebre, me puse a cantar y vino una liebre. Creer o reventar, todo eso pasó para mí. Con el paso del tiempo me puse un poco más racional y me alejé de ese mundo. Me volví un bicho más racional. Pero ahora lleno de malestar sin ningún tipo de explicación volví a pensar en este mundo lleno de magia. Cuando uno se siente mal el mundo se vuelve muy sombrío. Y todos los conocimientos que tenés se vacían.

¿A qué conocimientos te referís?

A todo lo que estudié en mi vida. Soy sociólogo, estudié filosofía, y un montón de otras pavadas. Y todos tus recursos intelectuales caben en el dolor de muelas, algo así decía Weber. Y cuando te levantás y te sentís mal todo el tiempo no te sirve nada de nada.

¿Qué cosas empezaste a hacer que no hacías?

Releí Castaneda y armé un conjunto de máximas que debía respetar y pensar. Me las sé de memoria: “Te ocupas demasiado de ti y eso produce una tremenda fatiga. Estoy demasiado metido en lo que me pasa, tengo que perder importancia, soy sólo un instante.”

“Un hombre va al saber como a la guerra: bien despierto, con miedo, con respeto y con absoluta confianza. Ir en cualquier otra forma al saber o a la guerra es un error y quién lo cometa vivirá para lamentar sus pasos.”

“Cuando un hombre empieza a aprender, nunca sabe lo que va a encontrar. Pero de a poco uno va aprendiendo, con esfuerzo y con tiempo. Lo que aprende no es nunca lo que creía y ese conocimiento le produce miedo. Cada paso que da enfrenta a ese enemigo que lo aterra, porque aprender es siempre distinto de lo que uno espera. Y así se tropieza con el primero de los enemigos naturales: ¡El miedo! Y si el hombre, aterrado echa a correr, su enemigo habrá triunfado. Si el hombre huye frente al miedo jamás aprenderá y será derrotado por su primer enemigo: el miedo.”

“Para superar el miedo el hombre no debe correr. Debe desafiar su miedo y pese a él dar el siguiente paso en su aprendizaje.”

“De a poco el miedo se conquista, y ha cambio del miedo ha adquirido claridad. Las cosas son de una manera. Esa claridad de mente tan difícil de obtener, dispersa el miedo, pero también ciega.”

“Fuerza al hombre a no dudar nunca de sí; tiene valor porque tiene claridad. Si el hombre se rinde a esa ilusión de poder, ha sucumbido a su segundo enemigo será torpe y dejará de aprender. Su segundo enemigo ha parado en seco sus intentos de hacerse hombre de conocimiento. Será claro mientras viva, pero ya no aprenderá nada ni ansiará nada.”

“Para evitar la derrota tiene que hacer lo que hizo con el miedo: desafiar su claridad y usarla sólo para ver, y esperar con paciencia y medir, debe pensar que su claridad es casi un error. Y así vencerá a su segundo enemigo. Pero también ha tropezado con su tercer enemigo el verdadero poder.”

“El poder es el más fuerte de todos los enemigos. Naturalmente, lo más fácil es rendirse; después de todo, el hombre es de veras invencible. El manda; empieza a tomar riesgos calculados y termina haciendo reglas, porque es el amo del poder.”

“Si el poder triunfa sobre él sin duda habrá perdido la batalla. Su enemigo lo habrá transformado en un hombre cruel y caprichoso.”

“Un hombre vencido por el poder muere sin saber como manejarlo.”

“Para vencer al poder hay que desafiarlo, darse cuenta de que no es nunca suyo de verdad. Si puede ver que, sin control sobre sí mismo, la claridad y el poder son peores que los errores, llegará a un punto en el que todo se domina.”

“Casi sin advertencia tropezará con su último enemigo: ¡la vejez! Este enemigo es el más cruel de todos, nunca se puede vencer definitivamente. Este es el tiempo en que un hombre ya no tiene miedos, ya no tiene claridad impaciente; un tiempo en que todo su poder está bajo control, pero también el tiempo en que se siente un deseo constante de descansar. Si se rinde por entero a su deseo de acostarse y olvidar, si se arrulla en la fatiga y su enemigo lo reducirá a una débil criatura vieja. Pero si un hombre se sacude el cansancio vive su destino hasta el final, por momentos logra ahuyentar al último enemigo.”

Hacia los ejercicios que había leído en sus libros, cómo mirar sin ver, no focalizar mientras uno camina, y algunos otros. Y ahí andaba yo, obligándome a pensar que todo sirve para algo, mientras me sentía para la mierda.

Todas las noches ponía un vaso de agua debajo de mi cama, para que se lleve las energías negativas, y a la mañana aparecía lleno de burbujitas, me compré unos cristales de cuarzo y los cargaba con agua y sal mientras les daba el sol.

A veces le pedía a Dios que me ayudara a salir del malestar. Creo que no pensaba en Dios desde los quince años. Le pedía, pero si Dios existía tenía su oreja en otro lado. De a ratos me reía de mi pedido. Pero no ocurrió nada y no me imaginaba yendo a una Iglesia.

Un amigo investiga en antropología me contó de diagnósticos tradicionales. Me leí un par de *papers* que él había escrito y pensé en la posibilidad de llevar a cabo una consulta con un curandero. Decidido a probar sin hacerme mucho lío me fui a una curandera que queda por Lanús.

¿Qué diagnóstico te dio?

Me dijo que tenía un daño. Alguien, una mujer me odiaba y me había hecho un daño. Al mismo tiempo describió alguien muy malo y desagradable con quien trabajaba que también me había hecho un daño. Esto hay que arreglarlo con mucho trabajo. Me sahumó y me dijo que iba a trabajar en ello. El lugar era una casa clase media, me pareció entretenida la consulta, pero no mejoré para nada. No sentí ninguna mejoría. Igual la señora era súper simpática. Creo que la gente que me odia no sabe mucho de daños, por el *paper* de mi amigo sabía algo del tema, no creo que los que me odian hagan esas cosas, me los imagino haciendo cosas más concretas para cagarme la vida.

¿Quién te llevó a la curandera?

Era afamada y yo tengo unos amigos en Lanús que creen en esas cosas. Son trabajadores sociales que trabajan y viven en Lanús. Una vez que fui a visitarlos aproveché el viaje y fui a ver a la curandera. Y como me sentía mal, y las cosas que había probado no me servían, no me negaba a nada.

¿Qué otra enfermedad pensabas que podía ser?

Hay una enfermedad tradicional que se llama susto, que implica la pérdida del alma. Mientras leía acerca del susto pensé: ¿no estaré asustado yo?

Tengo tres escenas en las que me asusté mucho. La primera es cuando era chico y un perro me corrió y me mordió la cola. La segunda es haciendo salto al vacío.

¿Cómo fue que te mordió un perro?

Yo iba a mi profesora de inglés y había siempre un ovejero alemán. Una vez fui y el perro se desató. Y se me vino al humo, yo salí corriendo, pero él corrió más rápido que yo y me mordió la cola. Siempre que veo un perro agarro una piedra.

¿Qué es salto al vacío?

Con mis amigos de la infancia, nos cruzábamos a una isla que tiene un precipicio que da sobre el lago que son unos veinte metros de caída libre. Me acuerdo estar con Max y decir: “¿saltamos o no?”. Quién va primero. Yo dije de ir primero porque si lo veía saltar no iba a saltar. Te tiras y caes al agua. El golpe es muy duro, porque el agua del lago es muy sólida y a esa velocidad duele bastante. Me acuerdo haber subido por el precipicio y cuando estaba arriba dije ni en pedo me tiro de acá. Pensaba en irme cuando me di cuenta de que no podía bajar de la misma manera en que subí y para ir por otro lado tenía que atravesar un nido de avispas. Las opciones eran muy malas, así que decidí saltar. Tengo la imagen del vacío, el terror, mi cuerpo tenso e inmóvil.

Ya está me dije, saltá o saltá. Cuando salto, me veo afuera de mi cuerpo. Y recuerdo que digo: ¡por favor Dios que esto termine! Es una imagen que no logro explicarme, me veo a mí fuera del cuerpo. En el susto, se pierde el alma. Esa es una de las explicaciones que me daba cuando fui a hacer *bunge jumping*³³. Voy a recuperar mi alma. Hablé con un amigo y me dijo bueno. La noche anterior no dormí. El viaje hasta el lugar del salto fue eterno. Mi amigo saltó primero, yo estaba re-cagado. Mientras pensaba qué es lo que me hace saltar, pensé en la posibilidad de recuperar mi alma en el salto. Suena a una pavada pero eso es lo que pensaba en el momento de hacerlo. Ahora que lo pienso estaba profundamente influido por mi relectura de Castaneda. Hoy lo volvería hacer. También pensé que podía ser estrés post-traumático, que es parecido al susto, pero no tenía *flashbacks*³⁴ y otros síntomas, tal vez pareciera ser una fobia leve a los perros. Pero me gustaba más el diagnóstico de susto. Pero no sirvió de mucho, de hecho me seguí sintiendo mal.

Un amigo de mis viejos es un psicólogo muy reconocido, le fui a contar lo que tenía y me dijo que yo no tenía nada. Pero me mandó a un famoso masajista. Me dijo que era un tipo muy esotérico y decía algunas pavadas, pero era el mejor masajista que había sobre la tierra. Con las manos que tiene desata las contracturas. Con semejante propaganda no me quedaba más que ir.

Tenía un superdispositivo preparado para atenderte. La recepción era como si fueras a un médico, una secretaria muy linda. El lugar estaba decorado con el colmo del mal gusto, pero se notaba que había mucha plata invertida. Cuando llegó “el” masajista inicialmente vino con un discurso muy biológico, con un dibujo grande del cuerpo me explicaba qué era lo que tenía. Pero enseguida le empezó a buscar la vuelta en base a energías. Me dijo que era kinesiólogo pero había abandonado ese método debido a una fuerza o un don divino que había recibido para curar a los otros. Los otros dos masajistas que trabajaban con él eran discípulos y charlando con uno de ellos me contó que vino como paciente, cuando otros kinesiólogos le decían que ya no había nada que hacer y este hombre logró curarlos.

La primera parte del tratamiento consistía en que uno de sus discípulos venía y precalentaba el cuerpo. El precalentamiento era de tal nivel de dolor que uno tenía que hacer esfuerzos para no lagrimear. Te agarraban las contracturas y pulverizaban tu

³³ Sobre un puente se cuelgan sogas elásticas, que al saltar te acercan al agua unos metros o te permiten tocar el agua. La caída libre es de unos 20 metros como mínimo hasta unos sesenta o setenta aproximadamente.

³⁴ Es un término psicológico para describir el retorno de imágenes o sensaciones de un acontecimiento traumático.

cuerpo. Era una sensación de mucha violencia y placer. Placer porque sentías alivio y dolor porque la presión sobre las contracturas era muy dolorosa. Al rato vino el gran masajista. Si lo otro había sido doloroso, esto era siete veces más doloroso. En un momento empecé a sentir como que el cuerpo era tironeado por fuerzas. No era muy racional lo que sentía, pero eran como pelotas que movilizaba mi cuerpo, el tipo era una especie de amo del cuerpo, parecía que las contracturas le obedecían y se movían por mi cuerpo. Las iba empujando y estas iban avanzando. Las hacía caminar por mi hombro, y después bajar por el brazo. Y explotar por los dedos con gran ruido. Al salir de ahí sentí haber vivido una experiencia mística. Me sentí renacer, me sentía bien y todo, hacía mucho tiempo que no me sentía bien. Me sentí así unos dos o tres días, a la semana siguiente volví pero el efecto no fue igual. El primer masajista, el del precalentamiento, fue cambiado y la verdad, no era ni la mitad de bueno que el anterior. Después vino el masajista y en vez de darme el masaje todo el tiempo se puso a charlar, y me contaba de las fuerzas y las energías y me empezó decir cosas que me parecieron un tanto delirantes y muy egocéntricas. El masaje no fue tan bueno, y no me sentí tan bien. La sensación mística y de poder desapareció, sólo me encontré con bastante dinero menos, fui un par de veces más y dejé de ir.

Un día mientras leía un *paper* en una revista científica encontré la descripción de lo que me pasaba. Estaba denominado síndrome de fatiga crónica. Iguales síntomas que la depresión, pero hay un cansancio permanente que sobreviene después de un episodio viral. No hay un tratamiento validado, pero hay varios paliativos, funcionan bien con medicación antidepresiva, psicoterapia y otros medicamentos de un origen diverso. Otra de estas cosas de las que no se sabe muy bien qué hacer y que pertenece un poco a todos. Nadie sabe muy bien qué hacer. Leí bastante sobre el síndrome de fatiga crónica. Hice una consulta con un médico y me dijo que le parecía que eso podía ser y me derivó a un centro de investigación. No fui, ya estaba harto de yirar por cualquier lado. Me quedé sufriendo ya sin hacer nada, decepcionado de todo. Tenía unas cuantas ideas para poner fin a mi vida y sacaba fuerzas pensando que la vida es un opcional, si las cosas siguen así puedo volarme la cabeza. La idea me consolaba y me daba fuerzas para seguir viviendo. Hay un personaje de la *Dragonlance*, una serie muy famosa de la ciencia ficción que decía lo siguiente: la muerte es la última gran aventura, bien vale la pena retrasarla, porque sí o sí ella va a llegar. Pese a sentirme para la mierda conservaba de a ratos el humor.

Había días que me sentía tan mal que no sabía qué hacer. Me tiraba en el piso y me relajaba, tenía ganas de llorar todo el tiempo. Un día tenía que irme a dar clases y

encontré unos Alplax³⁵ que me había dado un amigo psiquiatra para mezclar con alcohol para una salida. Me tomé un Alplax. Uno de los síntomas que tenía habitualmente es el de visión nublada. Había ido dos o tres veces al oculista y mi vista no era el problema. Me tomé el Alplax y al rato se me estabilizó la vista. No lo podía creer, por azar, había encontrado algo que me hizo bien. Sé que los ansiolíticos son muy adictivos, pero yo tengo poca experiencia con las drogas en general. Obviamente por mis conocimientos sé que los ansiolíticos sirven para bajar la ansiedad. Puede que esté un tanto quemado de la cabeza. Decidí hacer una consulta por fuera de mi círculo familiar. Al mismo tiempo decidí empezar Shiatsu.

Primero hice una consulta con un terapeuta sistémico³⁶ y la verdad no me gustó nada. Hay un concepto en sistémica que es el terapeuta irreverente, como entre agresivo y canchero, fui una vez y no fui más.

Hice después una consulta psicológica con una persona recomendada y que había escuchado en alguna conferencia. Me pareció alguien inteligente y un tanto excéntrico.

El psicólogo me dijo que yo tenía una depresión ansiosa, ello era el motivo de que me sintiera tan y me dijo: no me va a hacer fácil entrar en tu cabeza.

Al mismo tiempo empecé a hacer Shiatsu. Era un pibe joven muy simpático, estudiante de medicina y profesor de Shiatsu al mismo tiempo. Un personaje de lo más simpático. Muy inteligente, me explicaba sobre el Shiatsu y para mí todo era coherente. Cuando salía del masaje salía muy relajado y lentamente me empecé a sentir mejor.

La terapia llevaba a diagnósticos que jamás hubiera pensado. Como dice el dicho en casa de herrero cuchillo de palo. Ahora me siento casi un 80% recuperado del malestar, le volví a tomar el gusto a la vida.

Análisis

Como podemos ver en el relato de Javier, los acontecimientos no responden al orden cronológico, pese a que él intenta seguir ese orden, sino al de los recuerdos, que es característica propia de este tipo de discurso y aparece tanto en los relatos de

³⁵ Nombre comercial para la droga Alprazolam, el cual es un ansiolítico de la familia de las benzodiazepinas muy difundido en la población de nuestro país, utilizado muy frecuentemente para paliar los síntomas ansiosos.

³⁶ Para la terapia sistémica una de sus principales conceptos es el de la teoría de los sistemas (Von Bertalanffy). Se trabaja tomando al como parte de un sistema, se trabaja sobre esquemas comunicacionales en los que se trabaja la comunicación paradójica y la perturbada que dan fundamento a estrategias de intervención sistémica.

campesinos como en los de personas urbanas e instruidas (Idoyaga Molina, 2000; Sturzenegger, 1994).

Javier, en la búsqueda de salud recorre distintas terapias, en las que incluye biomedicina alopática y homeopática; medicinas tradicionales, medicina religiosa y alternativas. Esta búsqueda está signada por la continuidad del malestar.

Una y otra vez expande los límites de lo que él cree en la búsqueda de salud. El camino terapéutico de Javier refiere distintas nociones de persona, que incluye un cuerpo físico, un cuerpo energético y un alma. Vale la pena señalar que él se encuentra muy ligado al sistema biomédico oficial, debido a que sus padres son profesionales del campo de la salud mental, y su entorno social también incluye gran cantidad de profesionales de esta índole. Parte de la enfermedad como un fenómeno bio-psico-social (APA, 1995), hecho que no guarda relación con un cuerpo energético y un alma; sin embargo en su camino recurre a terapéuticas que tienen esa idea de cuerpo. Pese a declararse como agnóstico, recurre a rezar y por momentos a diagnósticos tradicionales como el *taxon* de susto³⁷ en el que el sufrimiento es generado por la pérdida del alma.

Para el caso de Javier, se advierte que la idea de persona, entendida en un principio aparentemente como una unidad bio-psico-social, se va expandiendo progresivamente en el transcurso de su itinerario, a lo espiritual y lo energético.

Vamos a revisar el itinerario terapéutico de Javier, focalizando las vivencias de salud y enfermedad y los conceptos emitidos por los distintos curadores a la hora de la consulta. Los títulos de los apartados guardan relación con la agrupación que lleva a cabo Javier.

³⁷ El susto en América aparece desde México hasta Argentina y Chile en las comunidades mestizas que surgieron como resultado de la conquista y colonización. En Argentina aparece además en sociedades campesinas de raigambre europea, donde la población inmigrante reemplazó a los aniquilados indígenas. A pesar de la gran extensión en que se reconoce este *taxa*, muestra recurrentes similitudes, que revelan el origen y la influencia europea (Idoyaga Molina, 2002 c). Es un *taxa* vernáculo que atendían y aún reconocen y tratan los curanderos en España (Ribert, 1996) e Italia (Galt, 1982; Guggino, 1996). En cuanto a la caracterización que hacen los campesinos del NOA y Cuyo, el susto es un mal que afecta mayormente a los niños y que los nativos no clasifican como trastorno mental.

El susto admite síntomas variadísimos que no tienen que aparecer ligados para justificar el diagnóstico de la enfermedad, es una entidad polimorfa (Pérez de Nucci, 1989: 77). Entre los más recurrentes figuran: debilidad física, llanto, decaimiento, intranquilidad, dificultades para dormir, estado de sobresalto, desigualdad en el largo de las piernas, caída de la paletilla (hueso xifoides) y hundimiento del pecho. Ahora bien, pacientes con susto han presentado también cuadros de diarrea, tos, vómitos y otros síntomas físicos. En el caso de adultos puede manifestarse además como trastorno mental o locura (Idoyaga Molina, 2002 a). Por otro lado, los mismos síntomas pueden caracterizar a otros *taxa* vernáculos como sucede con el llanto y los problemas para conciliar el sueño que definen también al ojeo y la tiricia, la inapetencia o el desgano que caracterizan a la aikadura y a la tiricia o la pérdida de energía, que es típica de la brujería o daño y de la agarradura (Idoyaga Molina, 2001). Los *taxa* vernáculos no se definen por la asociación sistemática de síntomas sino por su origen.

Biomédico de Prepaga y primeras atribuciones diagnósticas

El informante visita inicialmente al médico clínico de la prepaga que tiene debido a su actividad laboral. La primera atribución de Javier es que tiene un problema que requiere atención biomédica, lo que revela una preferencia por los tratamientos biomédicos. Rápidamente lee sus síntomas³⁸ y signos³⁹ desde un modelo biológico de cuerpo; sin embargo, en la reconstrucción de los hechos relata que en ese momento tenía pensado un viaje al exterior, y que éste era un viejo anhelo que deja de lado. “¡Oh casualidad! Me empecé a sentir mal”, expresa. Esto nos da cuenta de cómo en la reconstrucción de su recorrido Javier agrega elementos que parten de su camino terapéutico y la resolución de la enfermedad años después. Las respuestas que obtuvo en su camino terapéutico, se filtran una y otra vez en la lectura que él realiza de ese itinerario terapéutico. Javier nos deja ver que él ignoró signos y síntomas que a partir de su camino resultan significativos, como el olvido del viaje y la poca importancia que le atribuyó al inicio del camino terapéutico. Ello nos permite desplegar elementos de tipo psicológicos y sociales; valorativos y personales en lo que hacen a la vivencia de sufrimiento. “En esa época tenía una prepaga muy mala”. Hay una evaluación de la calidad que recibe en términos de servicio, lo hicieron esperar dos horas y el médico pese a que él se siente mal le dice: “No tenés nada campeón”. Vemos que no es sólo la falta de resolución por parte del médico sino también el trato que éste le da. Diciéndole “no tenés nada”, ignora el padecimiento de Javier. A partir de la poca importancia que le da el médico, realiza su primera hipótesis diagnóstica: “puede ser depresión al estilo Oriental”, ya que considera que su padecimiento es más somático que cognitivo⁴⁰. Al poco tiempo esta hipótesis es descartada, debido a que su ánimo es bueno y él es optimista⁴¹. Sin embargo, esto presenta una contradicción, debido a que, como se ha aclarado en el llamado al pie de página, los síntomas son somáticos y por las descripciones que se llevan a posteriori vemos que los factores a partir de los que se interpreta la enfermedad son muy variados. Javier descarta la hipótesis diciendo que es obvio que se le ocurre porque estuvo leyendo sobre eso en

³⁸ El DSM-IV define síntoma como una manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador (APA, 1995).

³⁹ El DSM-IV define signo como una manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado (APA, 1995).

⁴⁰ En la descripción dada por el DSM-IV (APA, 1994) la depresión en Oriente tiene mayores síntomas somáticos a diferencia de la depresión en Occidente presente mayores síntomas cognitivos.

⁴¹ En la depresión el ánimo no es bueno y no hay ideas optimistas por parte del paciente.

los libros de sus padres. A la vez que deja de lado cierta información de lo que él ha leído. La descripción de una enfermedad por parte de un paciente es una elaboración que conlleva muchas variables para el análisis. En este caso, el trato que recibe Javier, al igual que el diagnóstico, son valorados e interpretados en el marco de sus ideas de salud y enfermedad. Descree del diagnóstico del profesional de la prepaga y decide proseguir la búsqueda.

Javier posee una idea muy clara de lo que debe ser un buen biomédico y nota que el servicio que recibe es de muy baja calidad. La espera de dos horas, el médico que le dice que él no tiene nada médico pese al malestar; y su expresión “siento ganas de cagarlo a trompadas”, da cuenta del maltrato del que se siente parte. En ningún otro momento del recorrido nos habla de querer golpear a alguien, eso da cuenta de la percepción de Javier de sufrir un perjuicio en relación a su persona. Javier deja entrever los valores de lo que un buen biomédico debe hacer. “No hacer esperar a los pacientes 2 horas, y escucha y no desestima el relato de los mismos”. La *performance* del tratamiento es puesta en primer plano. El tratamiento y su ritual no pueden ser diferenciados desde la perspectiva del usuario (Csordas, 1994).

Homeopatía

Ya hemos señalado que la homeopatía en la Argentina está integrada al sistema biomédico debido a que para ejercer como homeópata es necesario ser médico, a diferencia de otros países donde el homeópata no necesita del título biomédico para ejercer. Es por ello que, en nuestro país, la homeopatía vendría a tener el lugar de una especialidad dentro de la biomedicina (pese a las discusiones en torno a su científicidad).

Siguiendo con el itinerario de Javier, luego del fracaso con el médico de la prepaga, recurre a una médica homeópata (amiga y a quien él conoce); ella lo deriva a una institución homeopática. Lleva a cabo la consulta y nos relata que esa gente predicaba lo saludable de la homeopatía a partir de la propia experiencia vital. Eran todos ancianos que se mantenían muy saludables. El médico que lo entrevista tiene ochenta años y es el hermano de un premio novel (ello implica una valoración del mismo debido a que lo comunica con cierto orgullo). Lleva a cabo una entrevista extensa, en la que Javier vuelve a destacar el valor del tiempo en la consulta. Sin embargo, la medicación propuesta no tiene este mismo estatus para Javier, ya que le resulta un poco rara. A riesgo de decir más de lo que la entrevista dice, podemos indicar que

dicha medicación no le parece muy seria; las textuales palabras de Javier son: “parece de mentira, como de juguete”. Relata no haber tenido éxito pese a haber cumplido las indicaciones del médico. Vuelve a consultar con la médica amiga, una señora de sesenta y siete años, y ella decide medicarlo por su cuenta. Ella lo toma un poco en broma, tratándolo de hipocondríaco, pero pese a ello lo toma como paciente. Pero para Javier no era ninguna broma, en el relato de los diagnósticos recalca que cada médico lo medicó con cosas distintas, pese al parecido de los frasquitos. En esta parte del camino podemos ver cómo la medicación es juzgada por la apariencia de lo que debe ser una medicación, “parecía de juguete”. La medicación biomédica tiene una presentación muy distinta que la homeopática y Javier lleva a cabo un juicio del valor de esa medicación a partir de la pobre presentación, o la poca seriedad que aparenta. A la vez, deja en claro que comparte la imagen que tienen algunos biomédicos tradicionales de la homeopatía como algo poco científico. El poco éxito obtenido lo lleva a continuar su búsqueda.

“Lo que venga”

Consideramos que cuando Javier expresa “Lo que venga”, nos está refiriendo a diversas modalidades de terapia que no estaban dentro de su idea de lo que haría frente a un episodio de enfermedad. Incluimos dentro de este apartado las prácticas de autotratamiento y al curanderismo, ya que son las que menos consideraba utilizar, por su historia vital y profesional.

- **Autotratamiento**

Como ya hemos descripto, el autotratamiento es la primera opción terapéutica a la que recurre la población en las más diversas sociedades (Good, 1987; Idoyaga Molina, 1999 b; Kleinman, 1980). Es la actividad practicada por legos en el marco de la familia, el barrio y la comunidad; incluye el saber de parientes, amigos y vecinos, A la vez es toda actividad practicada por el doliente y que el atribuya como un tratamiento.

- **Autotratamiento a. La escritura**

Recurre a la escritura como método interpretativo de aquello que le acontece. En el acto de escribir encuentra alivio. Pero esta técnica de autotratamiento no resulta suficiente. Sin embargo, le permite realizar distintas hipótesis; en los ejemplos

transcriptos de la entrevista vemos que en cada uno de ellos se despliegan distintas ideas acerca del padecimiento. En la del 1 de Septiembre nos dice que el trabajo lo distrae, relata que percibe en síntomas de ansiedad⁴², descartando la hipótesis de la hipocondría⁴³. El 30 de Septiembre relata que el trabajo lo distrae, pero será que hace cosas que no le gustan y relata ideación suicida. El 30 de Diciembre hipotetiza que es que no aguanta estar consigo mismo. A partir de la escritura va reorientando e interpretando qué es lo que siente. Javier tiene un estrecho vínculo con el mundo “psi”, lo que hace que la reflexión sobre sí mismo haya sido una práctica cotidiana en su vida. Al mismo tiempo, su profesión –sociólogo- y su interés por la lectura filosófica y literaria conllevan una tendencia al análisis de sus propios actos y de su contexto. Por otra parte, hay una extensa tradición literaria que da lugar a una literatura del sufrimiento humano. El acto de escribir, el ojo escrutándose a sí mismo en busca de respuesta, es una técnica bastante común para desplegar la enfermedad en literatos y filósofos. A modo de ejemplo podemos citar a Nietzsche quien describe en muchas ocasiones sus dolores de cabeza, la Uremia de Proust, la migraña en Virginia Woolf y las crisis asmáticas en Queneau. A pesar de todo ello, esta estrategia terapéutica resulta insuficiente.

- **Autotratamiento b. Castaneda.**

Cuanto más larga es la enfermedad mayor la utilización de diversas terapéuticas para combatir la enfermedad (Idoyaga Molina, 2002a). Javier recurre a la lectura de Castaneda como autotratamiento. Repite las máximas a modo de letanías terapéuticas. Realiza un neoshamanismo casero como autotratamiento y practica técnicas tomadas de los libros de Castaneda. Javier relata haber sido muy influenciado años atrás por Castaneda. Intenta vivir de acuerdo a ciertas normas de conducta y utiliza distintas técnicas que toma de los libros de este autor. Estas actividades realizadas por Javier pueden inscribirse en un movimiento más general: el *new age*.

⁴² Los síntomas de ansiedad son de una gama muy extensa en el diagnóstico psicológico y psiquiátrico. A modo de ejemplo algunos síntomas de ansiedad son: palpitaciones, elevada frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, mareo o desmayos, opresión o malestar torácico, desrealización, sensación de miedo a morir, sensación de volverse loco y no poder parar, escalofríos, entumecimiento u hormigueo, miedo a perder el control, etc. Las sensaciones y miedos parecen tener un carácter universal ya que es la percepción de peligro la que desencadena los estados de ansiedad.

⁴³ Es un diagnóstico psicológico-psiquiátrico que como característica principal posee una gran preocupación por la salud. Ello genera padecimiento al sufrimiento debido a lo desmedido del padecimiento.

En las sociedades industrializadas y desarrolladas podemos ver una tendencia a tratarse con distintas medicinas, entre ellas, las prácticas shamánicas, las cuales han comenzado a constituirse en una opción urbana. La difusión de la obra de Castaneda ha dado lugar a un movimiento de culto y Castaneda es citado en muy distintos ámbitos, desde lo *new age* hasta *Mil Mesetas*, texto de autores tan reconocidos como Gilles Deleuze y Felix Guatari (1994).

En rigor, en el caso de Javier deberíamos hablar de prácticas neoshamánicas, pues se trata de practicantes occidentales que han adquirido la condición de shamán en escuelas como la que lidera Michael Harner. En lo que hace a nuestro país el neoshamanismo –con una filial de la citada escuela- se limita a la Ciudad de Buenos Aires y muestra nociones tomadas de los shamanismos especialmente siberianos y esquimales, aunque profundamente refigurados, en un marco de difusión de ideas *new age*, sintetizando nociones provenientes de diferentes raigambres, entre las que quizás tengan especial peso ciertos conceptos orientales referidos a la meditación, técnicas del cuerpo, formas de respiración, entre otras (Idoyaga Molina, 1997). Esto nos permite incluir a esta práctica, aunque Javier lo utiliza como autotratamiento, en la difusión de las ideas *new age* que se vienen expandiendo en todo el mundo como una opción urbana.

▪ **Autotratamiento c. El vaso de Agua**

Las representaciones culturales sobre el agua la definen constantemente en las más variadas sociedades como un símbolo de vida, regeneración y estados positivos (Turner, 1980). No obstante, el uso de agua en el caso que nos ocupa denota la influencia de las creencias y prácticas alternativas y de *new age*. Esta es una de las tantas estrategias de autotratamiento que utiliza Javier. Pese a que el modelo de salud que nos presenta Javier es un modelo bio-psico-social, podemos ver que aquí aparece la idea de energía. El agua funciona como un catalizador de la energía. Él la coloca debajo de su cama esperando que ella le quite las “malas energías”.

▪ **Autotratamiento d. Susto**

El susto es un mal que afecta mayormente a los niños. El concepto de susto admite síntomas variadísimos muy variados; entre los más recurrentes figuran: debilidad física, llanto, decaimiento, intranquilidad, dificultades para dormir, estado de sobresalto, desigualdad en el largo de las piernas, caída de la paletilla (hueso xifoides)

y hundimiento del pecho. En el caso de adultos puede manifestarse además como trastorno mental o locura (Idoyaga Molina, 2002a).

La etiología en el susto es la experiencia de pánico; la pérdida del alma puede ser la consecuencia, o no. Debido a la lectura de un *paper*, Javier llega a pensar que él tiene susto, debido a que una vez saltó al vacío y sintió como que su alma se separaba del cuerpo. Por esto considera que para recuperar su alma debe volver a saltar. Es así como se prepara para realizar *bunjee jumping*. Javier realiza una lectura particular de la forma de cura del susto, que tiene poco que ver con las formas tradicionales practicadas por los curanderos.

Javier a partir de una lectura y recuperando situaciones de pánico del pasado piensa que puede recuperar su alma llevando a cabo una prueba. La idea de alma escapa a su idea de enfermedad como bio-psico-social. La extensión y la ausencia de cura lo llevan a probar con otras explicaciones de enfermedad.

Podemos ver que cuanto más largo es el padecimiento, más tiende Javier a probar estrategias distintas y a rever partes de su vida. En uno de los libros de Casteneda, una prueba incluye saltar al vacío. De alguna manera Javier reactualiza su lectura de la adolescencia y decide saltar. Hay una reinterpretación de esas lecturas de manera libre y ello lo lleva a idear un autotratamiento para una enfermedad que leyó en el *paper* de un amigo.

Podemos ver en esta situación una refiguración de un *taxon* tradicional a manos de un profesional del campo de las ciencias sociales occidentales. Desarrolla una hipótesis poco creíble en su contexto laboral, pero debido a lo prolongado de la dolencia toma elementos de un *paper* y los refigura a partir de su experiencia vital. La prueba del salto habrá de devolverle su alma. Javier interpreta y reinterpreta estos eventos refigurándolos y diseñando un autotratamiento para el susto.

▪ **Curanderismo**

Como ya hemos señalado, el curanderismo es una oferta de medicina tradicional muy común en áreas rurales y urbanas que 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, 2002a). Javier asiste a una curandera luego de la lectura del *paper* anteriormente señalado.

Debido a la lejanía cultural, no le resulta creíble el diagnóstico de daño⁴⁴. En contextos interculturales de población poco numerosa, la práctica curanderil es muy común. En éstos, es una vivencia próxima para los individuos de sectores medios y altos, mientras que en conglomerados urbanos mayores, donde el contacto intercultural puede ser casi inexistente, las prácticas curanderiles se transforman en una experiencia lejana, ajena e incluso incomprensible.

Javier, por esta lejanía cultural que acabamos de mencionar, no imagina a la gente que lo detesta haciéndole un daño. Sin embargo, concurre, y es sahumado por la curandera (parte del tratamiento para deshacer un daño en este caso). Por razones estructurales, toma algunos elementos de las alternativas y rechaza las propuestas de la curandera, pero desecha el diagnóstico y la terapia. Aquí podemos ver cómo la selección particular de una u otra alternativa terapéutica se debe en muchas ocasiones a factores coyunturales (Fassin, 1992). En este caso, la lectura de un *paper* acerca del curanderismo y el contacto con unos amigos que conocen una curandera lo llevan a probar esta estrategia. A pesar de ello, no le resulta válida la posibilidad de que sus posibles “rivales” recurran a esos métodos; los imagina haciendo cosas más concretas para dañarlo y no un daño perpetrado por un especialista.

Biomédico con una visión holista

El próximo médico que visita es uno recomendado por otro conocido del campo biomédico. El amigo relata el valor económico de lo que vale él para el médico. Le pone de manifiesto valores de la sociedad en la que se halla inmerso: “vos valés cinco pesos para el que te atendió”. A su vez, recalca la empatía y el buen trato que le proporcionó este médico al que señala como un “médico con todas las letras”, al que contrasta con el otro especialista al que consultó, que aparece desvalorizado (tanto por su ausencia de respuesta, por la calidad en la prestación del servicio y la ausencia de diagnóstico). Nuevamente da cuenta del valor del tiempo en la entrevista: “duró una hora”. El médico lo escucha, va investigando cada síntoma que le relata Javier y los intenta pensar. Realiza movimientos, le toca la espalda, le pregunta por su vida en

⁴⁴ 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, 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 a, 2002 a y b; Viotti, 2003).

general. Javier encuentra una respuesta válida en términos representacionales y vivenciales: rectificación de la columna, explicación para los mareos permanentes y un conjunto de bacterias instaladas en la garganta. Le hace una serie de sugerencias y propone tres tratamientos (la utilización de un antibiótico, yoga y psicoterapia).

El especialista combina modelos explicativos a la hora de pensar el sufrimiento de Javier. A diferencia del médico anterior, el cual tenía una idea predominantemente biologicista de la enfermedad (“no tenés nada, campeón”), este médico posee una idea biopsicosocial de la enfermedad, integrando componentes biológicos, psicológicos y sociológicos. En primer lugar, considera la existencia de una afección bacteriana, lo que causaría las molestias que Javier percibe en la garganta. Aquí, en esta explicación, estaría predominando un modelo que entiende a la enfermedad como el resultado unicausal de la incorporación de un agente exógeno que se combate por elementos contrarios –antivirus, antibacteriano, etc- (Laplantine, 1999). Sin embargo, este mismo médico no se limita a esta explicación, ya que, a su vez recomienda un tratamiento bastante distinto para la rectificación de columna, tomando como explicación para este fenómeno el exceso de estrés. Le recomienda a Javier que cambie su estilo de vida. Le explica que para los “jóvenes profesionales autoexigentes” recomienda psicoterapia y yoga. Podemos ver aquí otra idea de enfermedad, ya que este médico recurre a un modelo de terapia por regulación, que entiende a la enfermedad como la descompensación del equilibrio que requiere la salud por falta o exceso de algún elemento (Laplantine, 1999), lo cual concuerda con lo que Javier sostiene en relación a su malestar, hasta el final del camino terapéutico.

Por ello podemos observar cómo Javier concuerda con el modelo biopsicosocial que le presenta este médico, ya que coincide con sus representaciones de la enfermedad. En primer lugar, en el caso de las molestias de la garganta, también entiende a la enfermedad como el resultado de un agente exógeno que debe ser combatido (Laplantine, 1999). En segundo término, considera que su malestar general no tiene registro en los análisis clínicos, y lo piensa a partir de causas psicológicas y sociales que guarda relación con el diagnóstico de estrés. Esto también guarda relación con la hipótesis diagnóstica posterior de síndrome de fatiga crónica, la cual finalmente queda descartada luego de la toma del ansiolítico.

Terapias alternativas

Por recomendación de este último médico consultado, decide practicar yoga. La profesora de yoga a la vez le hacía reiki. Javier relata haber mejorado, pero no lo suficiente. Ello lo llevó a sentirse decepcionado con la práctica del yoga. A la vez, la profesora empezaba a hablarle de cosas que para él carecían de coherencia. “La profesora de Yoga era superamable, pero a veces se ponía a preguntar o decir cosas que eran de alguna revista berretona, el que mucho abarca poco aprieta”. Acá podemos ver el alto valor a la formación académica del terapeuta que asigna Javier. A la vez, las nociones utilizadas por la profesora de raigambre oriental⁴⁵ –tales como chakra, aura, karma, energía ying y yang- le sonaba que eran de una mala fuente. Los conceptos utilizados en las sociedades occidentales que son de raigambre oriental, generalmente implican la refiguración, simplificación y reestructuración de los sistemas de representaciones orientales. La poca exactitud y claridad en estos conceptos le molestaba a Javier, lo que nos habla de su estilo cultural y de su práctica universitaria. A la vez, él piensa al yoga como una técnica para reducir el estrés. Pese a que la utilización del yoga presenta la idea de energía y otras ideas que tienen que ver con una explicación del universo, Javier rechaza estas ideas y toma al yoga como una técnica de relajación o una gimnasia.

Masajista

Por recomendación de otro amigo va a consultar a un masajista por las contracturas. Su amigo le dice que es un tanto esotérico, pero pese a algunas “pavadas” es un buen masajista. Javier nos relata el dispositivo que tiene el masajista, muy bien armado aunque de muy mal gusto todo. Acá podemos ver cómo el lugar tiene una gran importancia en la *performance* del terapeuta para nuestro entrevistado. Javier una y otra vez nos hace referencia a los espacios físicos. Asimismo, hace referencia a la buena calidad del masaje de precalentamiento llevado a cabo por uno de los discípulos del masajista. A la vez que cuando llega el masajista, tiene como una

⁴⁵ Los chakras, cuya traducción literal es “ruedas”, representan unos accesos que pueden visualizarse en meditación por los cuales circula la energía que nuestro cuerpo utiliza y precisa. Están ubicados en la parte frontal (y posterior como en espejo) de nuestro cuerpo, en áreas precisas, y cada uno de los Chakras tiene correlaciones puntuales con el cuerpo físico, glándulas, áreas emocionales, momentos evolutivos y actitudes a aprender. Este conocimiento se emplea en la mayoría de las terapias alternativas energéticas como el Reiki, la medicina China, Gemoterapia, etc.

De acuerdo a esta terapia, la energía que circula por el organismo es de origen cósmico siendo ella la responsable de la vida y la salud del organismo. No es un fluido homogéneo, está compuesto por dos fuerzas iguales y complementarias: Yin y Yang, que están mezcladas en proporciones exactas, pero variables según la región del cuerpo. Cuando esta proporción se altera, aparece la enfermedad. La mezcla proporcionada configura el equilibrio. De ahí la interpretación de la salud como equilibrio energético y la enfermedad como desequilibrio.

“experiencia mística”, “hacía caminar pelotas por mi cuerpo” relata Javier, “me sentí renacer”. El bienestar duró dos o tres días y a la semana siguiente vuelve pero no es igual. Relata que el cambio del primer discípulo (aquel encargado del precalentamiento) no fue bueno, y a la vez el masajista empezó “a decir cosas que le parecieron delirantes y muy egocéntricas”. Mientras Javier pensaba: “Tengo un don divino. Si Dios te hubiera dado el don de curar deberías cobrar un poco menos, porque Dios no quiere hacer una moneda, al menos eso imagino yo”.

Acá vemos una situación bastante particular. Javier vuelve a sentirse bien durante unos días, sin embargo lo egocéntrico de la persona del terapeuta lo lleva a dejar la terapia. A su vez, nos resalta el valor económico de la terapia. “Si tuvieras un don divino, regalo de Dios, no deberías cobrar por ello”. Aquí vemos cómo, a pesar de la mejora, el estilo del terapeuta, sumado al alto valor económico, hacen que la adherencia a la terapia decline.

Psicoterapia y Shiatsu

Un amigo psiquiatra le había dado unos aplax para mezclar con alcohol⁴⁶, para alguna salida “divertida” (utiliza los ansiolíticos mezclados con alcohol para aumentar los efectos del alcohol y los ansiolíticos como sustancia psicoactiva). Relata que toma uno de ellos ante ya no aguantar más el malestar e inmediatamente mejoran algunos síntomas. Los ansiolíticos lo mejoran, motivo por el cual llega a la siguiente conclusión: “si un ansiolítico me mejora, es que sufro de síntomas de ansiedad”. Al poco tiempo lleva a cabo dos consultas, la primera con un terapeuta sistémico, al que rechaza por su estilo (cuestión que ya le había sucedido con el masajista) y la segunda a un terapeuta cognitivo. En lo que hace a la elección del terapeuta, no es sólo el marco teórico, sino también la persona del terapeuta. El tratamiento lo lleva a diagnósticos de tipo psicológico: depresión con síntomas de ansiedad. No debemos olvidar que es a la vez una elección que guarda cercanía con elecciones teóricas y políticas dentro del campo psi. Nos remitiremos a esta elección terapéutica en el próximo punto.

Por su parte, la utilización del Shiatsu vuelve a poner el acento en la persona del curador. Javier resalta que éste estudia medicina y pese a que la práctica de esta disciplina tenga unos fundamentos bastante distintos, le resulta válido en términos teóricos y hace una atribución positiva del terapeuta.

⁴⁶ Los ansiolíticos mezclados con alcohol son muchas veces utilizados como sustancia psicoactiva.

Psicoterapia

En casa de herrero cuchillo de palo

Javier

Al principio de su malestar, Javier descarta el consejo de su médico a la hora de realizar psicoterapia, debido a que realizó mucha psicoterapia y lo que él tiene es médico. “Lo mío no era psicológico”. Los motivos por los que Javier rechaza esta opción terapéutica no son congruentes con su modelo de trabajo. Pese a tener un modelo bio-psico-social de la enfermedad, descarta llevar a cabo una psicoterapia y acepta realizar yoga con un argumento que resulta contradictorio: “Lo mío es algo médico”. Entonces nos preguntamos: si lo de Javier es algo médico ¿por qué opta por el Yoga?

El segundo biomédico al que recurrió le explicó que la rectificación de la columna era debida al estrés, recomendándole psicoterapia y yoga. Sin embargo, Javier desoyó uno de los consejos del médico y opta por el otro. A pesar de tener una extensa historia psi, y de estar en estrecho contacto con el ámbito (padres y amigos), elige un tratamiento distinto del que él recurrió en otro momento. A su vez, sostiene que incidió en su elección que él no sabía con quién hacer, que le parecía difícil elegir un profesional en ese campo y que ya había hecho mucha psicoterapia. En esta elección (o mejor dicho, no-elección) de tratamiento, vemos cómo cuestiones personales hacen difícil la utilización de una estrategia. Aquí, el conocer el campo y las teorías a las que podría recurrir lo llevan a realizar lo contrario a lo que se supondría que haría, y evitar hacer una consulta. “Lo mío no es psicológico”, nos dice Javier. A partir de ello, podríamos preguntarnos: ¿qué es el estrés sino uno de los síntomas que tratan los psicólogos? Por otra parte, el diagnóstico de “jóvenes profesionales autoexigentes” requiere la reducción de estrés; Javier acepta una terapia alternativa como el yoga y rechaza una práctica muy cercana culturalmente. Los factores personales, tal como el conocimiento, juegan en este escenario un rol fundamental. En la elección de un psicoterapeuta se conjugan factores políticos, tales como la suscripción a alguna teoría, hecho que nos hace reflexionar en lo extenso de las prácticas en lo que hace a la conformación de subjetividad de las mismas en las distintas sociedades. No tiene las mismas implicancias ir a un culto de sanación carismático que llevar a cabo una terapia lacaniana para una persona que conoce mucho del campo psi, y cuya cercanía familiar y social lo acercan a una teoría en particular.

El paciente se siente mal, reconoce problemas psicológicos en los distintos diagnósticos –médico privado, médica homeópata (diagnóstico de estrés y el de hipocondría respectivamente)- pese a ello su camino se encuentra con dificultades que él decide obviar y ello probablemente condiciona su elección por el Yoga.

A pesar de esta resistencia a consultar a un psicoterapeuta, luego del consumo del ansiolítico, vuelve a considerar la hipótesis psicológica de su malestar. Es así como recurre a un terapeuta, el cual, a pesar de ser un poco excéntrico, concuerda con su idea de enfermedad y valora su estilo de trabajo.

Conclusiones

El recorrido de Javier nos habla de un estilo de pensar común entre los sectores medios y altos instruidos de Buenos Aires y, en general, de distintas sociedades occidentales, entre quienes las combinaciones de medicinas biomédicas y alternativas parecen ocupar un lugar privilegiado.

Las distintas combinaciones de terapias llevadas a cabo por Javier conforman un camino terapéutico en el que la búsqueda de salud incorpora distintas lecturas de la enfermedad. En un primer momento, la atribución es a un malestar físico, luego incorpora elementos psicológicos en las distintas consultas con homeópatas y terapeutas, habla de un alma en la búsqueda de susto, cuando reza a Dios sigue hablando de alma y en la práctica del shiatsu, el Reiki y el Yoga habla de un cuerpo energético.

Lo que una persona es, puede ir variando a lo largo del camino terapéutico. Puede que no comparta la misma lectura de la enfermedad que el terapeuta, pero probablemente si ello diera resultado sus ideas de salud y enfermedad quedarían pregnadas por el éxito de esta curación. Es bastante común en las terapias religiosas que la cura conlleve a una transformación en la relación con lo numinoso. A la vez personas que dicen que la psicoterapia no sirve, luego de un tratamiento exitoso tienden a reвер estas ideas. Quien asiste a un curandero, pese a no creer en él, si el resultado es positivo pone en duda estas creencias. Es decir, a cada práctica terapéutica corresponde una lectura de lo que produce la enfermedad y sobre qué actúa la misma. Así podríamos decir que la persona de Javier está compuesta por diversas entidades a lo largo de este camino terapéutico: el cuerpo físico, el cuerpo etéreo, la energía y el alma (Idoyaga Molina, 1999a y 2000). La lectura y el momento de la enfermedad

llevan a focalizar en una u otra parte. La salud depende del equilibrio y la armonía entre estas entidades y de los vínculos armónicos entre el individuo y su entorno sociofamiliar. Javier inicialmente focaliza en la enfermedad como un desequilibrio orgánico, pero lentamente incorpora nuevas lecturas en la búsqueda de salud. El alma no juega un rol importante en la concepción de salud y enfermedad de Javier, sin embargo en el desarrollo de la trama va en busca de su alma al pensar que él está asustado. La energía es el vehículo con el que trabaja el profesor de Shiatsu, y a él le resulta creíble a partir de que el discurso de éste le es coherente. El fluir de la energía es fundamental para la cura, y la energía obturada es la que produce enfermedad.

La enfermedad es redefinida una y otra vez a partir de las estrategias terapéuticas que Javier toma. Podemos ver desde desequilibrio orgánicos, desequilibrios entre las entidades que integran la persona (energéticos, pérdida del alma) y desequilibrios sociales (no cumplir su anhelo de ir estudiar al exterior, problemas con su ex-pareja). En este sentido, el mal se manifiesta tanto en el plano físico y psíquico, como en el cuerpo etéreo, el caudal energético y los vínculos sociofamiliares.

De las distintas terapias a las que concurre Javier, enfatiza las características personales del terapeuta y su capacidad de explicar aquello que hace al conocimiento técnico. A la vez, nos describe los espacios físicos y los conocimientos que posee el experto. Una y otra vez en cada consulta, cada curador es evaluado desde esta idea amplia de *performance* (Csordas y Kleinman 1996).

En la selección de los terapeutas y las terapias intervienen tanto factores estructurales como coyunturales. Entre los primeros, podemos mencionar la selección, en términos globales, de las medicinas cuyas nociones de enfermedad, curación y persona están en consonancia lógica con las de Javier. Entre los factores coyunturales, podemos incluir el yoga por consejo de su médico, la asistencia a un curandero por consejo de unos amigos, la utilización del vaso de agua, su autotratamiento para el susto, y la consulta al masajista por consejo de un amigo.

Sus ideas de persona y enfermedad son concordantes con las nociones de su contexto social y profesional. Su preferencia por la biomedicina se debe a factores representacionales. En el caso de las medicinas tradicionales, no las acepta y no comparte la idea de enfermedad; rechaza las terapias por su imposibilidad conceptual de entender el manejo simbólico de los curanderos. A la vez, utiliza terapias alternativas que tienen una valoración mucho más positiva en medios urbanos que las prácticas curanderiles. Aquí queda explicitado la valoración de las prácticas terapéuticas propias y ajenas a partir de las representaciones culturales (Atkinson,

1979; Fassin, 1992; Idoyaga Molina, 1999a y 2000; Korman y Garay, 2005; Kunitz, 1981) a la vez que conceptos tales como cercanía y lejanía cultural nos permitirían entender el rechazo por parte de Javier de estas prácticas (Geertz, 1994). Vale la pena destacar que las prácticas curanderiles guardan mayor concordancia en términos representacionales con las alternativas que los modelos biomédicos tradicionales.

Javier es una muestra de la incidencia de las representaciones culturales y de factores coyunturales en la selección y combinación de medicinas entre individuos de sectores medios y altos de Buenos Aires. Consideramos que la amplitud del camino terapéutico se fundamenta en la duración del mal y coherencia entre la ideología personal y el manejo simbólico en el que las terapias se fundamentan.

Depresión desde la perspectiva de los usuarios

Análisis cualitativo de los caminos terapéuticos

Luego de haber realizado el análisis de un camino terapéutico de manera exhaustiva, haremos mención a los otros 20 caminos terapéuticos, resaltando los aspectos fundamentales de cada una de las estrategias y haciendo hincapié en la diversidad terapéutica llevada a cabo por los usuarios.

Expondremos a continuación fragmentos de los 20 caminos terapéuticos recabados y sus respectivos comentarios.

1. María tiene treinta años, es abogada y vive en el barrio de Palermo

“Hice de todo para estar mejor. (...) Me diagnosticó el psicólogo, me dijo que estaba deprimida y me mandó a una interconsulta con un psiquiatra. Seguí en tratamiento, el psicólogo era un psicoanalista y por tal motivo la medicación me la daba el psiquiatra (...) Todo esto lo hice fuera de la prepaga, porque creo que si pagás la consulta te van a tratar con más seriedad.

(...) A la vez que tomaba la medicación psiquiátrica hice un montón de cosas para estar bien. Fui a un templo budista para ver si eso me ayudaba, (...) practiqué yoga y siempre estaba cuidándome para estar más linda. Yo pensaba que si estaba más linda por fuera iba a poder estar mas linda por dentro (...) Cuando me acuerdo lo mal que estuve siento un nudo en la garganta (...) La verdad no sé qué fue lo que me hizo deprimir, pero que mi novio me dejara ayudó bastante y eso me deprimió (...) También que me iba mal en la universidad. La carrera de derecho no es de las más difíciles y pensaba que si te va mal ahí es que no servís para nada (...) También escribía cuando estaba muy mal. Eso a veces me despejaba”.

Podríamos decir que éste es un camino bastante común. Dentro de las opciones terapéuticas presentes en el sistema etnomédico, elige en primer lugar la consulta con el psicólogo, quien es el encargado de derivarla a un psiquiatra. Podemos ver que ella misma resalta el valor del servicio privado (es decir, aquellos servicios que se encuentran por fuera de los ofrecidos por las prepagas u obras sociales). Considera

que este servicio es de mejor calidad, por lo que, desde la perspectiva del usuario, es una opción mejor.

Esta paciente lleva a cabo la combinación de recursos biomédicos (psiquiatría y psicología o alguno de ellos por separado), junto con alguna estrategia propia de las terapias alternativas (yoga), alguna práctica de autotratamiento (la escritura) y una actividad religiosa (en este caso, de tipo oriental). Al respecto, podemos resaltar que las prácticas orientales (en esta ocasión, budista) son la búsqueda habitual de los no religiosos. Podríamos suponer que esto sucede por tratarse de una práctica religiosa “sin Dios”, y por enfocarse en la veneración del presente, el valorar el aquí y ahora. De hecho, en casi todos los caminos descritos, la práctica del budismo o el acercamiento a este cúmulo de enseñanzas va ligada a la experiencia de la búsqueda del presente. Cabe señalar que la mayoría de los usuarios que se acercaron a la experiencia religiosa del budismo no podían diferenciar qué tipo de budismo experimentaron⁴⁷, lo cual da cuenta del interés más en las técnicas que en la visión puramente espiritual de dicho acercamiento. Esto podría tener relación con lo que algunos autores denominan “disciplinas de la Nueva Era”, que se constituyen como una red global de individuos – en su mayoría habitantes urbanos de Occidente-, con alto grado de educación formal, que participan en actividades terapéuticas y espirituales (Carozzi, 2001).

En lo que respecta al yoga, podemos describir un fenómeno similar. Como en este caso, muchas de las personas que practican yoga no pudieron diferenciar entre los distintos tipos de yoga.

2. Estela vive en el barrio de Agronomía, tiene cincuenta y cinco años y es ingeniera

“Yo hace años que estoy deprimida (...) Hice una consulta hará unos cuatro años con una psiquiatra que también me hacía el tratamiento psicológico. La verdad, no me sirvió para nada, por eso tuve que cambiar. Ahora voy a un psiquiatra que me medica y un psicólogo (...) No sé... me dicen que tengo varias cosas, que estoy deprimida crónicamente. Yo tuve una historia muy dura familiar, para mí mucho de lo que me

⁴⁷ Hay diferentes formas de budismo: El budismo más ortodoxo e impersonal Budismo Theravāda, que es frecuente en la India y Asia Sur-oriental; el budismo más personal, Budismo Mahāyāna que se extiende por India del Norte, China, Tíbet, y desde allí se dirigió a Corea; el budismo esotérico o también conocido como tántrico: el Budismo Vajrayāna (Suzuki, 1998).

pasa tiene que ver con esa infancia y con el estrés laboral que sufrí durante muchos años (...) También sufrí persecución política en la época del proceso. Eso influye en lo que te pasa (...) Intento que Dios me ayude voy a una iglesia católica carismática que queda en Palermo (...) Yo tengo el don de lenguas, hablo arameo antiguo. Y muchas veces una amiga que tiene el don de la cura me ayuda y me empuja a estar mejor. Es complicado lo que tengo, pero con todo lo que hago y la ayuda de todos tengo que estar mejor (...) Fui una vez a una curandera porque la mujer que limpia en mi casa me dijo que podía tener un daño. No creo en las brujas, pero que las hay las hay. Además no cuesta nada con probar. Con lo mal que ando es necesario probar con todo lo que tenga a mano. (...) Me dijeron que haga gimnasia, pero como tengo 55 años, creo que lo único que podría hacer es yoga. Y bueno, ahí estoy”.

Este camino presenta varias peculiaridades. En primer lugar, la depresión es persistente y continúa a lo largo del tiempo. Como ya hemos señalado en el camino terapéutico de Javier, cuando la duración del malestar se extiende en el tiempo, es más probable que la cantidad de estrategias terapéuticas se incremente. Incluso relata que probaría de todo, lo cual se advierte en su apertura a realizar actividad física (en este caso, el yoga).

Estela es creyente y forma parte del Catolicismo de la Renovación Carismática, según los cuales el Espíritu Santo se manifiesta mediante dones y ella en particular tiene el don de lenguas. Cuenta con la colaboración de una amiga de la iglesia que tiene el don de curar y ello parece conferirle alivio cuando su amiga utiliza el don, considerando a esta estrategia como un tratamiento de tipo religioso. Otra de las estrategias que llevó a cabo es la de concurrir al curandero (terapia tradicional en nuestro país), lo cual dentro de la población estudiada es la menos elegida, debido fundamentalmente a la distancia cultural: Los sectores medios y altos urbanos no suelen utilizar los tratamientos tradicionales. El hecho que la llevó a probar es la recomendación de la empleada, lo que funciona como un hecho coyuntural debido a que no es la estrategia más directa, pero si el mal persiste, como ya mencionamos anteriormente, la búsqueda de tratamientos se suele ampliar al punto de probar estrategias muy distintas de las pensadas. Es por ello el importante valor de los caminos terapéuticos, debido a que hay grandes diferencias entre lo que una persona idealmente piensa que haría en el caso de una enfermedad y la experiencia concreta de la dolencia.

3. Mariano es abogado, tiene 28 años y vive en el barrio de Belgrano.

“Si, estuve mucho tiempo deprimido hasta que consulté a una psicóloga y ella me dijo que estaba deprimido y también me recomendó que tomara medicación (...) La medicación me estabilizó y me ayudó a pensar con claridad, me mejoró el sueño que dormía muy mal y eso me preocupaba mucho (...) Nunca quise hacer terapia porque no creí que sirviera para nada y aparte me pensé que me iba a aburrir hablando de mi, pero estaba tan mal que decidí probar (...) La terapia me ayudó mucho, mejoró mi autoestima y me dio otra percepción de la vida. Gracias a la terapia volví a tener proyectos y ganas de hacer cosas, estoy muy agradecido a la terapia. Incluso conseguí otro trabajo! Jaja (...) Cuando estaba deprimido rezaba y rezaba. La verdad mucho no me sirvió pero ir a la iglesia me tranquilizaba un rato (...) También probé ir a nadar, pero no duraba mucho, me costaba tener continuidad (...) Lo que me hizo muy bien cuando estaba deprimido era ir a jugar al fútbol con mis amigos, con eso dormía mucho mejor.”

En este caso podemos ver un claro camino con adherencia al modelo biomédico, una atribución positiva de la actividad física y una estrategia de autotratamiento religiosa. La combinación de la estrategia biomédica es la que resulta funcional para el usuario, sin embargo podemos ver también la utilización de técnicas religiosas tales como orar y concurrir a la iglesia. Las creencias en torno a la experiencia de estar deprimido tienen una atribución psicológica y biológica. La medicación solucionó parte de las dificultades biológicas y la psicoterapia mejoró la autoestima. A la vez que la práctica deportiva con amigos era algo que resultaba muy útil y el cansancio físico permitía que durmiera mejor. La estrategia religiosa no fue suficiente para paliar el malestar, pero sin embargo le resultaba tranquilizador. La particularidad de este camino terapéutico se debe al cambio que tuvo Mariano con respecto a la valoración de la terapia. Al principio la consideraba inútil, pero ante la persistencia del malestar, decidió probar. A raíz de esta buena experiencia y de los resultados obtenidos, adhiere fuertemente a la visión biomédica de la depresión.

4. Malena es psicóloga, tiene treinta y ocho años y vive en el barrio de Recoleta.

“Tomé antidepresivos (ISRS) durante un par de años. Me fue beneficioso ya que me dio el empujón biológico para salir del pozo (...) El otro día leí en un libro de ansiedad en el que se dice que los antidepresivos no sirven para nada, y no sé, a mí me dio muy buen resultado (...) También hice y continúo haciendo un tratamiento psicoterapéutico con un lacaniano. No puedo decir que haya sido beneficioso para eso, es algo que hago desde que tengo recuerdo, con madre psicoanalista es difícil no hacer tratamiento, ya voy por el séptimo... (...) Hice yoga, más específicamente Radya Yoga antes de deprimirme y recomencé durante el cuadro depresivo porque recordaba que me había ayudado a relajarme y a dormir mejor (...) Me sentía mal, iba a yoga y me sentía un poco mejor, es algo que me hizo bien a tal punto que se volvió parte de mi vida (...) voy hace casi siete años (...) Cuando estaba muy mal asistí a reuniones budistas, algo como una terapia de grupo. Me sentía contenida pero no creo que me haya ayudado (...) Tomé flores de Bach durante poco tiempo, pero no sentí ningún efecto. Quise hacer Reiki pero la persona que me recomendaron vivía muy lejos y me daba fiaca ir. Intenté ir al gimnasio pero fui solamente un par de veces.”

En primer lugar, podemos ver que frente al episodio depresivo una profesional del campo psi toma como primera elección antidepresivos; su atribución es positiva ya que, según su propia experiencia, le sirvió para salir de la depresión. Al mismo tiempo, continúa con su análisis psicoterapéutico y nos describe la orientación teórica de terapeuta (lacaniano). Sin embargo, no puede atribuir que dicho tratamiento fuera beneficioso para la depresión, como si fuera algo distinto y dicho tratamiento tuviera otro sentido que el de paliar los efectos de la depresión. Al mismo tiempo refiere que por su historia familiar (madre psicoanalista), la práctica de un análisis psicológico parece haber sido siempre parte de su vida. Comenta también que realizó Yoga (más específicamente Radya) antes de su período depresivo, el cual repitió debido a que esta práctica la ayudaba a relajarse y a dormir mejor. A la vez, asistió a una serie de reuniones budistas, a la que ella redefine en términos psicológicos, considerándola una terapia de grupo. Su atribución más positiva es al yoga, al que no deja luego de superar la depresión y refiere a que se volvió parte de su vida. Relata haber tomado flores de Bach durante poco tiempo, pero no tuvieron ningún efecto positivo. Intenta practicar Reiki, pero la persona que me recomendaron vivía muy lejos y no tuvo

suficiente motivación como para ir. Podemos ver que sus adherencias se circunscriben principalmente a las terapias biomédicas y alternativas.

5. Matías es contador, tiene treinta y cuatro años y vive en el barrio de Recoleta.

“Una vez estuve muy deprimido, fue un muy mal momento en mi vida. Me estaba a punto de casar y al mismo tiempo me ascendieron en el trabajo (...) Fue algo que no pude resistir, todo en mi vida estalló (...) Me sentía muy mal, dejé de trabajar y ahí fue cuando hice una consulta con esta mujer, que me salvó la vida. La doctora, una psiquiatra que me explicó qué era lo que me había pasado (...) Tuve una baja en la serotonina y eso me hizo que me deprima (...) también es porque tengo carga genética. La verdad esa mujer salvó mi vida, después fui e hice también un tratamiento con un psicólogo para charlar algunas cosas, pero no me dijo nada nuevo y ya no estaba deprimido. (...) otra cosa que me hizo sentirme mejor fue anotarme en el gimnasio, en Sport Club, y tomar clases de todo, yoga, fight do, y bueh, de todo”

Este caso es una atribución puramente biomédica y más específicamente biológica. El paciente relata el modelo psiquiátrico de la depresión. Frente a la situación de estrés “*tuve una baja en la serotonina*” y ello tuvo como consecuencia la depresión. También posee una atribución de tipo hereditaria a este episodio depresivo –debido a la carga genética familiar-. A su vez, probablemente debido a la fuerte atribución biológica de su padecimiento, el tratamiento psicológico carece de sentido, mientras que la actividad física es tomada positivamente.

6. Lucrecia es empleada administrativa y estudiante de Comunicación Social, tiene veintiocho años y vive en el barrio en Núñez.

“Yo tengo una historia de depresión casi constante (...) Además fui anoréxica y tomo medicación desde los veinte años. Ahora te puedo decir que estoy bastante bien. (...) Después de curarme de la anorexia estuve tranquila hasta los veintidós años. (...) Después estuve totalmente deprimida hasta que conocí al equipo de gente que hoy

me atiende. Empecé a tomar medicación pero la verdad eso no me hizo gran cosa (...) Un día el psiquiatra me dijo que si yo no ponía algo de mí esto no iba a ir muy bien que digamos. Me mandó a un psicólogo del grupo y empecé a trabajar con él. Me dio técnicas relajación que hago todos los días y un plan de tratamiento muy duro (...) eso me hizo muy bien (...) Me dijo que me anotara en un gimnasio (...) A mí no me interesaba la gimnasia, y no me gusta la gente que va a esos lugares, así que me anoté para hacer yoga solamente (...) Todos en mi familia son religiosos y que me querían llevar a la iglesia para que exorcizaran pero me parecía un delirio total (...) Por suerte ahora estoy más o menos bien (...) También probé con un médico que me recomendó mi prima y tomé vitaminas, pero lo único que hacían era hacerme ir al baño. Pero la depresión no se iba por el inodoro, jaja.”

La entrevistada nos refiere una extensa historia de depresión. Relata haber padecido anorexia y haber estado en tratamiento psiquiátrico desde los veinte años. Relata haber estado dos años deprimida y del tratamiento psicológico destaca las técnicas relajación, a la vez que acepta al yoga una actividad física que le resulta tolerable. Rechaza las estrategias religiosas que su familia le propone. Es interesante destacar que toma como valiosa las técnicas de relajación del tratamiento psicológico, y podemos ver que las practica diariamente, muy cercano a las prácticas de meditación o técnicas propias del budismo. A su vez, intenta paliar su malestar a través de una técnica biomédica no psiquiátrica, como es la prescripción de vitaminas, las cuales, debido a su efecto secundario, son descartadas por la paciente.

7. Catalina tiene treinta y seis años, es empresaria y vive en barrio de Belgrano.

“Siempre hice terapia, y me gusta hacer terapia. Mi familia toda hace terapia. Pero hace dos años estuve muy mal, me tuvieron que internar por depresión (...) No podía con mi alma fracasó mi pareja y él me dejó (...) No podía levantarme de la cama, no podía trabajar, no podía dormir (...) Fue muy terrible. Mis padres me internaron, no podían dejarme sola en mi casa desde que me dejó mi ex-novio. Todavía no entiendo por qué me pasó lo que pasó (...) A partir de haberme deprimido tanto estoy tomando medicación para la depresión y estoy haciendo tratamiento psicoanalítico. (...) Yo siempre fui religiosa, de alguna religión (...) Fui probando y durante mucho tiempo fui evangélica de Rey de Reyes (...) Tenía el don de los sueños, podía ver el futuro en

sueños. Pero desde que me deprimí tanto perdí la fe (...) Me siento triste con eso, no estoy tan mal como antes pero después de lo que me pasó no pude volver a la iglesia. (...) Me compré un par de libros de budismo, pero me aburro al leerlos y fui a un encuentro de religiosos de Jabad Lubavitch pero la verdad no es para mí (...) Ahora estoy bien gracias a la medicación y a la psicoterapia (...) Igual haber perdido la fe para mí es todo un problema porque eso daba sentido a mi vida y sin eso algo me falta.”

Catalina relata haber hecho terapia –psicológica- durante toda su vida. Su familia tiene una atribución positiva de los tratamientos psicológicos. Fue internada debido a una intensa depresión a causa de una ruptura amorosa. A partir de la depresión comienza tomar medicación y continúa con un tratamiento que ella describe como psicoanalítico. A la vez, relata que la experiencia religiosa siempre fue y continúa siendo muy importante para ella. Dice haber pertenecido a la iglesia Rey de Reyes (grupo evangélico ubicado dentro del neopentecostalismo⁴⁸) y haber tenido una serie de dones divinos como ver el futuro en sueños. Considera que la depresión le quitó la fe, razón por la cual comenta que, a partir del malestar empieza una búsqueda que la lleva a investigar distintas opciones religiosas, marcando la importancia de volver a conectarse con la experiencia de la divinidad. Vemos por lo tanto, una fuerte atribución biomédica de la enfermedad, combinada con una búsqueda espiritual.

8. Mabel tiene setenta años, es jubilada y vive en barrio de Boedo.

“Desde que murió mi marido estuve siempre deprimida. El murió hace unos diez años (...) Tomé medicación durante unos tres años pero no me sirvió de mucho. Siempre que puedo voy y rezo, eso me ayuda mucho (...) En la actualidad estoy yendo a una psicóloga y eso me está haciendo bastante bien. Me permite sentirme mejor y la verdad me ayuda (...) Hice varias promesas a la virgen y creo que eso me ayuda. Siempre que puedo hablo con el cura (...) Yo soy católica apostólica romana, siempre que puedo voy a misa (...) Hice un poco de masajes. El masajista me dijo algo que lo bueno es que te movilizan los chakras, que no sé qué son, pero eso me ayudó (...) De a poco estoy mejor, pero es difícil porque la pérdida de alguien con quien compartiste

⁴⁸ Para mayor información del tema consultar Algranti, 2005.

toda tu vida, no es algo que se solucione así nomás (...) Por suerte tengo los nietos y algunas amigas, pero la ausencia de él se siente todos los días (...) Lo que me ayuda a estar mejor es la psicóloga y la iglesia. Porque yo tengo consuelo en Dios y la psicóloga me da la mirada profesional (...) La medicación que me da el psiquiatra no sé para que la tomo, no me hizo ningún efecto, pero mi hijo insiste en que la tome.”

Aquí vemos la atribución a la depresión a la pérdida de la pareja. La depresión está presente desde ese momento. Tomó medicación pero para ella no tuvo ningún efecto positivo (de hecho, la toma para complacer a su hijo). Relata la importancia que para ella tiene el rezar y comprometerse religiosamente; es así como realiza promesas a la virgen, lo cual denota su atribución positiva hacia la virgen y su estatus de poder (poder ayudarla a recuperar su salud); su valor de lo religioso se evidencia además en charlar con el cura siempre que puede y su presencia en la misa. A la vez, tiene una atribución positiva de un tratamiento alternativo que moviliza los chakras, aunque desconozca qué quiere decir. Relata encontrar consuelo en Dios y en los nietos. Aquí podemos ver otro camino en que la combinación de tratamientos desde la perspectiva del usuario es fundamental para la recuperación y el bienestar de la persona, enfatizando las terapias biomédicas y su combinación con estrategias religiosas, principalmente y alternativas.

9. Lourdes es comerciante, tiene sesenta y cinco años y vive en Liniers.

“Cuando me agarró el cáncer de pecho me deprimí mucho. Con justa razón, me amargué tanto que me deprimí (...) Todo en mi vida estaba más o menos bien. Mis hijos felices, mi marido bien, era todo muy perfecto (...) Me deprimí mucho pero la psiquiatra, con la que hablo mucho, me hizo muy bien (...) Tomo pastillas, pero no te puedo decir qué son, porque tienen nombres raros (...) Cuando me agarró el cáncer hice una promesa a la virgen de Luján (...) Tengo una amiga que es evangélica y me insistía en que vaya con ella, pero yo soy católica no me es tan fácil ir a esos lugares (...) Rezo todos los días y le pido ayuda al cielo (...) Fui a hacer shiatsu y reiki porque mi hija y una amiga me insistieron, que me iba a hacer bien para todo, el cancer, la depre, todo (...) Por suerte ahora estoy bien del cáncer y de la depresión. Los nervios afectan todo.”

La entrevistada hace una atribución directa de la depresión al cáncer de pecho. Considera que ello la amarga de tal manera que la lleva a deprimirse. Hace una atribución positiva a la medicación psiquiátrica y de la psicoterapia que realiza con la misma profesional, y relata, a su vez, haber hecho una promesa a la virgen. Comenta también la sugerencia de una amiga para ir a un culto evangélica, el cual descarta por no ser congruente con sus adherencias religiosas; ella considera que, al ser católica, es algo que le genera incomodidad. Utiliza a su vez técnicas alternativas como el shiatsu y el reiki, por insistencia de su hija y de una amiga. Para describir el estado de malestar general, recurre a una categoría tradicional como la de nervios⁴⁹. En resumen, encontramos combinación terapéutica entre biomedicina, medicinas alternativas y religiosas, que, a pesar de parecer a simple vista antagónicas, todas son coherentes desde la perspectiva de esta usuaria.

10. Celia tiene cincuenta y siete años es Antropóloga y vive en Caballito.

“La psicóloga me dijo que estaba deprimida cuando murió mi padre (...) Hice varias cosas para sentirme mejor, tomé medicación psiquiátrica aunque dosis subterapéuticas (...) era una dosis como de placebo (...) Me dieron un alprax (...) Cuando me sentía triste meditaba, un rato cada día. Yo lo que hacía era una técnica de meditación trascendental. Suelo meditar todas las noches antes de irme a dormir (...) También reflexionaba y escribía acerca de lo que me pasaba (...) Leía la Biblia y lo que dicen los Jabad Lubavitch sobre los cementerios y el libro tibetano de los muertos (...) Igual para mí, me sentí mejor porque pasó el duelo (...) La energía no se pierde, se transforma. Osho tiene unas muy buenas reflexiones al respecto. Es más,

⁴⁹ Los nervios son un antiguo taxón biomédico, del que oímos hablar hace mucho tiempo (Idoyaga Molina, 2002 a y b). Un conjunto de autores relacionan la aparición de los nervios con rupturas de las redes familiares, sociales pérdidas afectivas, problemáticas de género, injusticia social, sometimiento étnico, contradicciones entre el individuo y el medio, incluso tortura, desapariciones entre otras causas (Barlett y Low, 1980; Davis, 1989; Davis y Low, 1989; Davis y Whitten, 1988; Finkler, 1989; Jenkins, 1988 a y b; Low, 1981 y 1994; Lock y Dunk, 1987).

Desde otra perspectiva teórica, los nervios han sido descritos como síntomas culturalmente pautados por personas que sufren trastornos de ansiedad, cuya manifestación incluye malestar físico, desórdenes de pensamiento y conducta y sentimientos de confusión y pérdida de control (Dresp, 1985; Koss-Chioino, 1989). Autores como Nations et all (1989) asocian los nervios con los trastornos mentales, el padecimiento de nervios es un poderoso indicador de desórdenes emocionales y disforia.

puedo decir que Osho piensa como pienso yo, creo que hay una reencarnación y aceptar eso nos da cuenta de la inmortalidad del alma.”

La entrevistada atribuye la depresión a la pérdida de su padre y nos relata una extensa gama de estrategias tales como tomar medicación psiquiátrica, aunque no era medicación antidepresiva, sino un ansiolítico. Cuando se sentía triste meditaba, a la vez que utilizaba una técnica de autotratamiento, tal como la escritura. También recurría a la lectura religiosa como una forma de búsqueda de sentido a la pérdida del padre, evidenciado por la lectura de la Biblia y los relatos de los Jabad Lubavitch sobre los cementerios y el libro tibetano de los muertos. Esto último nos habla de una importante diversidad religiosa para buscar paz, combinando religiones, aunque atribuye sentirse mejor por haber superado el duelo, relacionando esto a la explicación de la reencarnación a partir de la lectura de Osho.

11. Cristian tiene veintidós años es estudiante de ciencias económicas y vive en Flores.

“Empecé a tener ataques de pánico y a partir de eso me deprimí. Me sentía tan mal que pensé que nunca me iba a sentir bien (...) De a poco dejé de hacer cosas por miedo, me peleé con mi novia de ese momento (...) Mi abuela, que es una persona muy cercana a mí, me recomendó que vaya a una curandera del barrio. Ella me dijo que me habían hecho un daño y que para sacármelo tenía que pagarle cuatrocientos pesos. Yo la plata la tengo, pero me pareció demasiado para algo en lo que no creía mucho (...) Después fui a una psicóloga que no me dijo nada, me escuchaba y hacía un comentario de vez en cuando. Yo pensaba que era al pedo pagarle si lo que yo le decía la aburría (...) Como seguía estando mal consulté con un psiquiatra, quien me medicó con antidepresivos y ansiolíticos, diciéndome que estaba deprimido y con pánico. Ahí me calmé un poco pero varios amigos míos me recomendaban que no me quedara sólo con la medicación, (...) que eso tenía causas psicológicas y que probara con otro psicólogo. Yo pensaba que eran todos iguales hasta que conocí a mi psicóloga actual que es una genia, me cambió la vida (...) Ella me recomendaba leer, tocar la guitarra, me enseñó a relajarme y me recomendó ir a yoga (...) Todavía no lo pude cumplir esto último, pero en algún momento juntaré fuerzas y voy a ir.”

El entrevistado relata que se deprime a partir de tener ataques de pánico. Comenta que deja de hacer cosas por miedo, a su vez que tenía un conflicto con la novia de ese momento. La abuela le recomienda la consulta a una curandera debido a que según ella le habían hecho un daño; pero a éste le parecía demasiada plata para algo en lo que mucho no creía. Luego concurre a una psicóloga que no le daba muchas respuestas. Luego consulta con un psiquiatra, que lo medica con antidepresivos y ansiolíticos por la depresión y el pánico. Hace una atribución positiva a la medicación, pero decide consultar a un psicólogo por recomendación de sus amigos. La experiencia con esta psicóloga la relata como muy positiva y sus recomendaciones en pos de activada son valoradas positivamente –leer, tocar la guitarra, relajarse-. La recomendación de yoga es algo que no ha podido cumplir pero tiene la idea de en algún momento asistir. Vemos entonces un itinerario terapéutico particular, ya que este usuario transita por la biomedicina, principalmente, pero a la cual recurre luego de una experiencia frustrada con un terapeuta tradicional (al cual descarta por diferencias de distancia cultural, y por el elevado presupuesto). A su vez encontramos una gran adherencia, a partir de la experiencia con una psicóloga, a diversas estrategias de autotratamiento, que se encontrarían dentro del área de estilo de vida postulado por Jorm y colaboradores (2005)

12. Daniela tiene treinta y tres años, tiene un negocio y vive en caballito.

“Estuve muy mal después de mi separación (...) Hacia tratamiento psicológico con una mujer que no me servía para nada. Estuve durante dos años así (...) Lloraba todos los días, me sentía triste, me levantaba como si no hubiera descansado (...) Por recomendación de mi papá cambié de psicólogo. Éste me dijo que estaba deprimida y trabajamos sobre la depresión y mi baja autoestima (...) Junto con el psicólogo empecé a ir a un masajista que sabe también de los chakras y a un médico homeópata. El masajista decía que había que trabajar sobre ciertos bloqueos energéticos; (...) el homeópata me recetó unas gotitas para balancearme químicamente (...) el psicólogo trabaja sobre mi historia emocional (...) La verdad ahora estoy bien, pero no sé si podría decir que fue uno o el otro el que me hizo bien. Todos me ayudaron (...) No quiero dejar ni al masajista, ni al psicólogo ni al homeópata. Voy al masajista una vez por semana, al psicólogo cada quince y al

homeópata cada dos meses (...) Tengo una agenda muy ocupada. También hago aparatos dos o tres veces por semana, (...) cuando estaba muy triste dejé de hacer. Para mí eso me debilitó físicamente y me ayudó a caer en la depresión.”

La entrevistada relata haber estado deprimida luego de una separación. Llevaba a cabo un tratamiento que no le daba resultado y lo mantuvo durante dos años. Por recomendación del padre cambia de psicólogo y éste le realiza el diagnóstico de depresión, a la vez que trabaja sobre la baja autoestima. También lleva a cabo un tratamiento con un masajista que trabaja sobre los chakras y recurre a un médico homeópata. Relata que cada uno de los tratamientos trabajó sobre áreas específicas, lo que permite visualizar claramente la atribución a las áreas de cada uno de los terapeutas. El psicólogo trabaja sobre la historia emocional mientras que el masajista trabaja sobre bloqueos energéticos y el homeópata balancea su cuerpo químicamente. Realiza actividad física, que dejó de hacer en el peor momento de su depresión, ya que atribuye que ésta la debilitó físicamente, lo cual considera que a su vez fue un motivo más para deprimirse. Por lo tanto, encontramos varias ideas de salud y enfermedad que coexisten en esta usuaria –una idea de desequilibrio social (la pérdida de su pareja), física (sentirse débil por no ir al gimnasio), energética (a través de lo que le explica el masajista, a lo cual parece adherir) y química (que compensa con el tratamiento homeopático)-, las cuales fomentan la complementariedad terapéutica llevada a cabo.

13. Amelia tiene cincuenta años es médica nutricionista y vive en Palermo.

“La verdad es que estuve dos veces deprimida (...) Una primera cuando me separé que hice un muy buen tratamiento psicoanalítico que me ayudó mucho (...) Me hizo rever cosas de mi familia, de mi padre, mi madre, que no había resuelto y que influyó en lo mal que estaba por mi separación (...) El psicoanalista me dijo que yo estaba muy deprimida y que tenía muchas cosas que trabajar (...) Siempre le voy a estar muy agradecida por todo lo que hizo (...) En ese momento que estaba tan mal... rezaba mucho, cada tanto iba a misa, pero lo que era importante es que cuando rezaba me tranquilizaba un poco. Me sentía mejor (...) siempre que me conecto con el rezar me siento un poco mejor, esto me pasa en mi vida en general (...) Iba a un médico homeópata y también iba a un acupunturista. Creo que todo me ayudó a estar mejor

(...) La segunda vez tuvo que ver con otra separación afectiva. Estuve muy mal y además era un mal momento económico para mí. Coincidió con las crisis del 2001 y no podía pagar los honorarios del psicoanalista que tanto me había ayudado, (...) tuve que usar el servicio de la prepaga (...) Me medicó un psiquiatra que me dijo que estaba deprimida (...) Volví al médico homeópata (...) También por recomendación de una amiga del barrio empecé a ir con ella a clases de yoga que daban en centro cultural y me hizo muy bien (...) A mí no me gusta estar mal, entonces hago lo que recomiendan mis amigos (...) La portera me sugirió que vaya a una bruja o curandera, que resultó ser la vecina del quinto piso. Ni sabía que era curandera, me tiró las cartas y me dijo que había gente que quería que me fuera mal. La verdad no le creí pero ya que estaba probé. Gracias a Dios ahora estoy bien”.

Aquí tenemos nuevamente un extenso camino terapéutico, que tiene según la entrevistada dos episodios de depresión. Una primera cuando se separa y es resuelta con un “muy buen tratamiento psicoanalítico”. Atribuye el éxito terapéutico a que la ayudó a repensar problemáticas de sus padres que no había resuelto. Ella presenta una muy buena atribución de ese tratamiento, a la vez que rezaba como estrategia y cada tanto asistía a misa, lo que la tranquilizaba. Atribuye al rezar la capacidad de mejorarle el ánimo siempre a lo largo de su vida. Durante este episodio, recurre también a un médico homeópata y a un acupunturista. Ella atribuye que todo ayudó a estar mejor. En el segundo episodio depresivo, Amelia tiene la misma atribución que la primera vez, una separación afectiva, a la vez que coincide con un momento crítico económico del país. Por este motivo es que no puede repetir el servicio psicológico que tan buenos resultados creía le había dado (del cual tenía una atribución positiva), lo que la lleva a utilizar el servicio de la prepaga y concurre a un psiquiatra que la diagnostica de depresión. Vuelve a recurrir al médico homeópata y por recomendación de una amiga concurre con ella a clases de yoga. La novedad de este segundo episodio es la consulta a una “bruja” o “curandera”, a la cual recurre, pero sin darle mucha credibilidad “no le creí pero ya que estaba probé”. Este caso es congruente con la idea de que cuanto más dura un malestar, más estrategias terapéuticas encontramos, en las cuales encontramos una flexibilización de las creencias en pos de llegar a una merma del malestar.

14. Luciana tiene cuarenta y tres años, es maestra jardinera y vive en Colegiales.

“La primera vez que me sentí deprimida fue a los veinte años (...) Yo estaba en tratamiento psicológico en esa época. La verdad no me ayudó para nada, me sentía cada vez peor (...) Dejé a la psicóloga y me fui a un médico homeópata. La verdad eso me hizo bien (...) Tres años después volví a sentirme muy deprimida y fui a un psicólogo y me dijo que yo era bipolar y que mi tendencia era a deprimirme y luego a ponerme eufórica (...) Yo estaba en esa época deprimida y encima me dijeron que iba a tener que tomar medicación toda mi vida. La verdad me sentía mucho peor. Estaba deprimidísima (...) Una vez que empecé a tomar esa medicación me empecé a sentir mejor. Pero a los dos años me harté del psicólogo y del psiquiatra y dejé la medicación (...) En ese entonces me dedicaba a la comida integral y pensé que si hacía una dieta específica no me iba a deprimir más e iba a estar muy bien (...) Empecé a participar de un culto evangélico al que iba una amiga del jardín (...) La verdad me sentía muy feliz de dejar la medicación. Hacía una vida muy sana, practicaba yoga que me hacía muy bien (...) Prendía velas para alejar las malas energías y elevé varias promesas a la virgen (...) Dejé la medicación y al año me volví a deprimir, volví a tomar la medicación y se me fue la depresión (...) Pero para ser sincera, no me gusta la idea de estar medicada de por vida.”

La entrevistada relata haberse sentido deprimida por primera vez a los veinte años, concurre a un tratamiento psicológico que no recuerda haberle servido y lleva a cabo una consulta con un médico homeópata. Tiene una atribución positiva a este último, y al cabo de tres años vuelve a deprimirse. A partir de ello consulta a un psicólogo, quien la diagnostica como bipolar. Hace una atribución negativa de la medicación proporcionada por el psiquiatra al que concurre, y relata que el hecho de tomarla de por vida la hizo sentir muy mal. Sin embargo, una vez que comienza a tomar la medicación dice sentirse mejor. Luego refiere haberse hartado de tomar la medicación y prueba con un tratamiento en base a comida integral, atribuyendo a que ello iba a evitar que se volviera a deprimir. A su vez concurre a un culto evangélico y relata que se sentía feliz de haber dejado la medicación. Practicaba yoga y sentía que le hacía bien, a la vez que prendía velas para alejar las malas energías y elevaba varias promesas a la virgen. Pese a todas estas estrategias terapéuticas, al año vuelve a deprimirse, por lo cual vuelve a tomar la medicación, que la hace sentir mejor. Pese a ello no quiere estar medicada toda la vida. En este caso vemos un extenso camino terapéutico mediado por un diagnóstico (trastorno bipolar) que según los especialistas biomédicos que la atienden, si no es medicada volverá a deprimirse. Podemos

observar que es la atribución negativa a la medicación (de por vida, al menos), lo que generaría la diversidad de opciones terapéuticas que encontramos en esta usuaria.

15. Lorena veintinueve años, es Contadora y vive en el barrio de Boedo.

“Yo estuve muy deprimida por cuatro o cinco años (...) La verdad tenía de todo. Me sentía triste, no salía de mi casa, tenía un auto y no podía usarlo (...) Por suerte caí en manos de un psicólogo que me ayudó muchísimo (...) Me iba bien en el trabajo y no podía disfrutarlo. Me quedaba todos los fines semana con mi mamá y me daba culpa si salía a bailar o algo así (...) Estuve como cuatro años sin salir, de mi casa al trabajo y viceversa (...) Yo era muy religiosa y rezaba por sentirme mejor (...), ahora ya no lo soy tanto (...) Quería conocer a algún chico para que fuera mi novio y estaba muy triste porque no aparecía nadie. El psicólogo me decía que los novios no florecen en las macetas de mi casa. Pese a ello no podía salir (...). Un amigo me decía que prenda vela a San Antonio, y yo lo hacía para ver si me aparecía un novio (...). Me sentía muy fea como si a nadie le pudiera gustar yo. Me compraba la ropa mamá (...) El psicólogo me decía que me tenía que vestir más moderna y que fuera con una amiga. (...) No sé yo no la quería dejar sola a mi mamá al mismo tiempo no la aguantaba más (...) Rezaba para que algo cambiara en mi vida todos los días. Hasta que al fin llegó mi amor y me sentí mejor (...) Lo que más me ayudó fue el psicólogo pero mejor que eso fue encontrarlo a él.”

La entrevistada relata haber estado deprimida por cuatro o cinco años y que fue ayudada por el psicoterapeuta, que la ayudó a salir de su casa, ya que lo que ella quería era tener una pareja. Antes de consultar al psicólogo prendió velas a San Antonio. El psicólogo trabaja su autoestima y el vestuario, a la vez que trabaja la relación con su madre. Tiene una atribución positiva del tratamiento psicológico y considera que ello la ayudó a encontrar pareja. Sin embargo, comenta que su real bienestar se debe a la actual pareja. Vemos cómo combina estrategias biomédicas y religiosas, como meros medios para conseguir pareja, lo cual supone una idea de un desequilibrio relacional como causa de su malestar.

16. Ricardo tiene treinta años, es comerciante y vive en Flores.

“Cuando tenía veinte años una novia me dejó. Estuve muy triste, tirado en la cama sin ganas de nada (...) Hice un tratamiento con un psicólogo, él me dijo que estaba deprimido. (...) Era muy piola que me ayudó mucho, durante cuatro años. El psicólogo me dio el alta y estuve bien hasta que cumplí veintisiete años (...) En mi trabajo estaba todo muy mal y me empecé de nuevo a sentir deprimido (...) Volví al psicólogo de esa vez y estuve un año mal. En ese lapso empecé a hacer shiatsu (...) Sentía las energías que iban y venían (...) También retomé el gimnasio para activarme (...) No sé muy bien qué me ayudó más pero ahora me siento bien”.

El entrevistado relata haberse deprimido dos veces. En la primera, su atribución es a una ruptura amorosa y la segunda, debido a problemas laborales. Podemos ver entonces que la idea del paciente respecto de su malestar se relaciona fundamentalmente a estresores externos. En ambos casos relata recurrir al mismo profesional y con éxito en ambas ocasiones. En la segunda ocasión empieza a tratarse también con Shiatsu y descubre un mundo de energías que atribuye como positivo, a la vez que hace una atribución positiva la práctica deportiva, ya que considera que le permite activarse. Vemos que en el primer episodio casi no refiere otro tipo de estrategias complementarias, mientras que es a partir del segundo episodio que considera otro tipo de estrategias como terapéuticas (las cuales quizá las haya probado anteriormente, como el gimnasio).

17. Alejandro tiene treinta años, es director de arte y vive en el barrio de Chacarita.

“Yo estuve deprimido un largo tiempo (...) La culpa era del país, no sabía qué iba a hacer y tampoco sabía si iba poder vivir de lo que estudié (...) Encima la chica con la que salía me presionaba para que buscara trabajo (...) y me decía que yo era un vago (...) Fui una psicóloga y me dijo que estaba deprimido. Yo le dije que eso ya lo sabía y que mi problema era que no conseguía trabajo (...) La psicóloga me hizo bien (...) Al mismo tiempo que iba intenté conectarme más con la actividad física. Yo toda mi vida jugué al fútbol había dejado de jugar. Volví a jugar y eso me hizo bien, (...) por otra

parte la psicóloga me orientaba a que me vuelva más activo en mi búsqueda laboral. (...) Otra cosa que me hacía muy bien era dibujar, como para desahogarme de todo el malestar que tenía. En ese tiempo también escribí largos mails a amigos en el exterior “

En este caso podemos ver una atribución externa de la depresión “La culpa era del país” debido a las dificultades para conseguir trabajo. Concorre a una psicóloga y ésta le dice confirma su hipótesis, diciéndole que se encuentra deprimido. Acá podemos ver que el entrevistado ya sabía que se encontraba deprimido y su atribución era debido a la falta de trabajo. Eso habla de lo genérico y lo utilizado del término depresión en la población entrevistada. Por otra parte, considera positivo jugar al fútbol, ya que era algo que él había dejado de hacer. Realiza a su vez dos estrategias más de autotratamiento, el dibujo y la escritura, que parecieran tener una función catártica para el usuario.

18. Mariela tiene veintisiete años, es licenciada en marketing y vive en Villa Crespo.

“Me empecé a sentir mal a raíz de lo mal que la pasaba con Martín. Me ignoraba, y hacía un montón de cosas que no podía entender (...) Yo había hecho un tratamiento hace cinco años y me había dado muy buen resultado. Volví a hacerle una consulta y el psicólogo me dijo que estaba muy deprimida, (...) inicialmente no le di importancia (...) Empecé a faltar sistemáticamente al psicólogo (...) estaba cansada todo el tiempo y quería dormir (...) El psicólogo me dijo que de esta manera el tratamiento no me iba a funcionar y me recomendó que haga una consulta psiquiátrica. Ahí empecé a tomar medicación, y a partir de poder tomar medicación me empecé a sentir mejor (...) Y me pude enganchar otra vez con el tratamiento psicológico (...) Mi ex era un tipo muy complicado y por suerte lo pude dejar (...) Cuando estaba tan mal no sabía qué hacer y entonces me compré un gato siamés para que me acompañe (...) Me hizo muy pero muy bien. La medicación, el psicólogo y el gato dieron resultado.”

La entrevistada relata haberse empezado a sentir mal por problemas de pareja. Comenta que en otro momento de su vida había consultado a un psicólogo y le había dado buen resultado, motivo por el cual ante el nuevo malestar consulta otra vez. El psicólogo la diagnostica de depresión y le recomienda una interconsulta psiquiátrica

debido a que por sus continuas ausencias no estaba funcionando el tratamiento psicológico. A partir de poder tomar medicación relata mejoría, lo que posibilita la continuidad con el tratamiento psicológico. A la vez relata haberse comprado un gato y la combinación de la medicación, el tratamiento psicológico y la compra de la mascota resultan positivos para salir de la depresión. Vemos entonces cómo esta usuaria combina estrategias biomédicas con estrategias que podrían enmarcarse dentro del área de estilo de vida (Jorm *et al*, 2005)

19. Jessica tiene cuarenta y cuatro años, es trabajadora Social y vive en Villa Urquiza.

“Yo siempre pude con todo, pero llegó un momento en que estallé (...) No sabía a donde ir, estaba harta de mi trabajo, de mi marido y de todo. Me empecé a sentir muy pero muy mal (...) Por consejo de mi prima hice una consulta con una psicóloga y empecé el tratamiento (...) ella me dijo que estaba deprimida. Me ayudó a resolver el tema de mi pareja y a ver qué es lo que quiero en la vida (...). Por consejo de la hermana de quien en ese entonces era mi marido empecé a ir a una masajista. Estaba muy contracturada y eso me hacía estar muy pero muy cansada (...) Empecé a hacer yoga por consejo de la psicóloga que me sugirió que me iba a ayudar a relajarme.”

La entrevistada relata que el motivo por el cual se deprime es multicausal. Son diversas causas que aumentan el nivel de estrés, lo que la hace sentir que no podía con todo. Se encontraba desorientada en distintas áreas de su vida. Comienza su búsqueda de bienestar consultando a un psicólogo y a un masajista. Cada uno tiene su atribución específica en este análisis. El psicólogo colabora con el problema interpersonal que tiene con la pareja y le recomienda practicar yoga, mientras que el masajista resuelve las contracturas que, según la entrevistada, eran motivo de su constante cansancio.

20. Javier tiene veintitrés años, es músico y vive en el Abasto.

“Me sentía muy mal, acelerado no podía dejar de pensar y estar cansado y triste (...) La verdad no sabía hacia dónde ir (...) No podía dejar de pensar que estaba perdiendo mi tiempo con la música (...) Por consejo de mi mamá empecé a ir a un psicólogo (...) Este psicólogo me recomendó que investigara otras cosas y a la vez me dijo que estaba deprimido (...) Empecé a investigar en terapias orientales. Empecé a meditar y a recibir acupuntura (...) A la vez empecé a hacer Tai chi y me empecé a sentir mejor (...) Descubrí un grupo de gente que trabaja con respiración que se llama el arte de vivir, tienen una página en Internet e hice sus cursos (...) Todo eso me hizo bien, (...) no estoy más deprimido en mi opinión y el psicólogo me dio el alta hace bastante tiempo. Pero me quedé haciendo las técnicas de respiración y de meditación; se volvieron parte de mi vida cotidiana.”

El entrevistado resalta que se encontraba desorientado en lo que hace a su vocación, atribuyendo este hecho a su malestar. Consulta a un psicólogo y éste le diagnostica depresión. El psicólogo le recomienda que investigue otras terapias y así comienza a interesarse en las terapias alternativas, motivo por el cual empieza a meditar, a recibir acupuntura y a practicar Tai-Chi, lo cual es visto como beneficioso, ya que siente que ello le posibilita sentirse mejor. También se interesa por un grupo que trabaja con la respiración “El arte de vivir”. Siente que todo ello posibilita su recuperación, a la vez que las técnicas de respiración y de meditación son utilizadas a diario como formas de autotratamiento.

Comentarios

A partir de estos caminos terapéuticos podemos ver la diversidad de estrategias que los usuarios utilizan a la hora de enfrentar la vivencia de depresión. Tenemos una muestra particular de usuarios: aquellos que han sido diagnosticados por un profesional psicólogo o psiquiatra. Ello hace que la totalidad de los encuestados haya utilizado estas estrategias (psicológicas o psiquiátricas) a la hora de enfrentar este malestar. Sin embargo, es evidente que la mayoría de los usuarios tienden a complementar estos tratamientos con otros. En muchas ocasiones por recomendación de amigos, por los mismos psicólogos o psiquiatras y en otras ocasiones por una búsqueda personal, o simplemente porque piensan que el malestar tiene otras causas que el tratamiento biomédico deja de lado.

Los tratamientos psicológicos atribuyen causas psicológicas (independientemente de las orientaciones teóricas, aunque la mayoría de las teorías presentan una concepción bio-psico-social de la enfermedad) y estresores ambientales o problemas en la historia del paciente. Los tratamientos psiquiátricos, por su parte, tienden a una concepción biológica del malestar o paliativa para ese momento para superar el estrés psicosocial. Esto queda conceptualizado a partir del análisis de la depresión desde las teorías psicológicas y psiquiátricas para conceptualizar esta dolencia.

Hemos visto algunas estrategias de complementariedad que se repiten. Por un lado, las más utilizadas son las terapias alternativas; en segundo término, las estrategias religiosas y la práctica deportiva, y por último –bastante alejado de ellas-, las de carácter tradicional. El autotratamiento es una constante que se repite en todas las combinaciones, ya que, como hemos repetido, es la primera opción terapéutica en todas las sociedades, y cada uno de los componentes del sistema etnomédico genera su propia forma de autotratamiento (Good, 1987; Idoyaga Molina, 2002; Kleinman, 1980, entre muchos otros).

En estos caminos terapéuticos podemos ver una mayor cantidad de mujeres con depresión; de hecho, de veinte caminos, la relación es de seis caminos masculinos contra catorce femeninos. Con respecto a ello, vale la pena señalar que las mujeres tienen mayor tendencia a consumir prácticas terapéuticas. En el caso de la consulta psicológica y psiquiátrica, es mucho mayor la presencia femenina (Shramm, 1998) y por otra parte, la mayoría de las actividades como el yoga la presencia femenina es absolutamente mayoritaria (Saizar, 2007). Otro hecho que contribuyó a esta disparidad es que en la búsqueda de caminos terapéuticos, las mujeres estaban más predispuestas a ser informantes que los hombres.

Los caminos terapéuticos evidencian una tendencia a combinar mayoritariamente tratamientos biomédicos y alternativos (junto con prácticas de autotratamiento). Esto es claro a partir de la importante presencia a partir de la llegada del movimiento de Nueva Era⁵⁰ a la Argentina. Este movimiento llegó a la Argentina poco antes de 1980, logrando un gran desarrollo, que ya en 1994 contaba entre sus disciplinas más populares a las terapias con elementos naturales, disciplinas esotéricas, prácticas diagnósticas y de curación de origen oriental, técnicas del movimiento oriental,

⁵⁰ Para estos autores, el origen del movimiento Nueva era se ubica en California (EEUU) a mediados de la década del 60 en el seno de Esalen, una comunidad mentalista y contracultural con resabios del movimiento hippie, que se transformaría en un laboratorio de combinación de prácticas, ideas y disciplinas, las que tendrían como marco la autorrealización del hombre, la atención al presente, la espiritualidad oriental, las experiencias místicas y de éxtasis, la ampliación de la conciencia y el desarrollo de la sensibilidad (Carozzi, 2001).

prácticas inspiradas en los indígenas americanos y adaptaciones prácticas de las más diversas religiones (Carozzi, 2001).

Otro hecho significativo lo encontramos en la combinación de tratamientos religiosos con el resto de las medicinas que componen el llamado sistema etnomédico. Consideramos importante resaltar este hecho, ya que la dimensión religiosa es un ámbito bastante olvidado en lo que hace a la práctica psicoterapéutica, pero que en la actualidad merece un espacio cada vez mayor a la hora de llevar a cabo tratamientos psicológicos. Debido a su importancia hemos dedicado un apartado específico en el estado del arte de este trabajo.

Con respecto a las prácticas tradicionales, hemos podido ver que en la población estudiada, fue la combinación menos frecuente.

El autotratamiento, por su parte, tiene las características más diversas y todas las combinaciones probables de tratamientos, que no presentan las contradicciones que la teoría parecería tener. La síntesis cultural es vivida, experimentada y no reflexionada teóricamente. Sirva de ejemplo cuando una de las entrevistadas nos decía que practicaba yoga y que ello le hacía bien, a la vez que prendía las velas para alejar las malas energías y hacía promesas a la virgen. En el relato de este autotratamiento puede observarse la combinación de técnicas de diversa tradición: de raigambre católica –hacer una promesa a la virgen y por ende, la manipulación del poder de las deidades católicas (Idoyaga Molina, 2002a), y en segundo lugar la combinación y utilización de velas para alejar las malas energías- y de raigambre oriental, como es el caso del yoga. Este fenómeno queda reflejado en la diversidad de prácticas de autotratamiento, ya que la refiguración por parte de los actores da cuenta de la síntesis cultural que siempre se produce en la apropiación de distintas técnicas. Introduzcamos otro ejemplo, esta vez, tomado de la Dra Saizar respecto del yoga: *“Una usuaria de yoga refería que para realizar las visualizaciones propias de las técnicas de meditación yoga, utilizaba la imagen de la virgen María para lograr el estado de conciencia asociado a la posibilidad de fijar la atención en una imagen potente y así disminuir el flujo de pensamientos, logrando un estado de relajación en todos los niveles de la persona. Mientras que en Oriente se utiliza la flor de lotus como símbolo de Brahma – lo sagrado por excelencia-, o la pronunciación del mantra Om que representa la divinidad, los usuarios del yoga en nuestra zona de estudio suelen utilizar deidades y palabras de raigambre católica para acceder a estos estados. La deidad católica mencionada por esta usuaria de yoga suele ser utilizada por otros practicantes en técnicas de raigambre oriental, como la que mencionamos en esta oportunidad, así como lo es Jesús, los ángeles y arcángeles, y otros santos católicos, tanto sean*

oficialmente reconocidos por la iglesia católica o no, así como el uso de palabras tales como fe, esperanza y caridad –las virtudes cardinales-, claramente de raigambre católica. Al respecto, una especialista de yoga nos explicaba que, para la mayoría de los practicantes, la cercanía de la vivencia religiosa de estas figuras facilita el proceso de visualización, al tiempo que si bien se utilizan las técnicas orientales para lograr un estado de conciencia alterado, no se violentan las creencias de los usuarios, al permitirles acceder a sus propias deidades en el proceso de contacto y manipulación de lo sagrado.” (Saizar, 2007:46).

Como hemos podido describir, el fenómeno de la combinación de prácticas terapéuticas, su uso creciente con medicinas que aparentarían ser contradictorias, es un hecho cotidiano en nuestra la población estudiada. Ello nos muestra claramente las profundas resignificaciones de las nociones asociadas a la depresión y las creencias y las prácticas terapéuticas relacionadas. Es evidente que los usuarios del sistema de la salud pese a la utilización de los servicios biomédicos presentan una cosmovisión holista en el que se engloban distintas prácticas terapéuticas para resolver la vivencia de depresión.

Nos detendremos en estas ideas con el objetivo de conceptualizar qué tipo de creencias fundan estas prácticas. Es decir, qué concepción presenta un usuario cuando toma una de estas opciones, debido a que cada estrategia para la resolución de un malestar tiene implícito un corpus de significados que no siempre es tomado en cuenta por psicólogos y psiquiatras. Sabemos, a raíz de distintas investigaciones (Idoyaga Molina, 2002; Korman, 2006; Luxardo, 2006; Saizar, 2007; Sarudiansky, 2008) que no toda selección terapéutica alternativa es realizada por personas que conocen o comulgan con las concepciones de la de las estrategias que utilizan, y a su vez que factores coyunturales y económicos inciden en estas elecciones.

Es en este intersticio de saberes el lugar donde la práctica psicoterapéutica se inscribe y en que el lugar de las creencias por parte del paciente se vuelve un eje central del tratamiento. Es este el desafío de la práctica psicoterapéutica, ubicar las creencias en función de poder emplearlas para ayudar al consultante a resolver su dolencia de depresión.

Análisis comparativo de las encuestas y los caminos terapéuticos

En nuestro trabajo obtuvimos dos tipos de resultados: El primero de ellos producto de 21 entrevistas abiertas y recurrentes que permitieron construir caminos terapéuticos a partir de usuarios del sistema de salud que fueron diagnosticados padeciendo depresión por un psicólogo o un psiquiatra. A partir de ellos recabamos una serie de datos que nos permitieron desarrollar un cuestionario, a través del cual se obtuvo el segundo grupo de resultados. Éstos son el producto de la toma de 100 cuestionarios a usuarios que hayan padecido depresión y hayan sido diagnosticados por psicólogos y psiquiatras.

Al ser una investigación con un enfoque predominantemente cualitativo el cuestionario tiene por objetivo ver si los resultados obtenidos son coincidentes al encontrado mediante las entrevistas abiertas y recurrentes.

Características de la muestra

Se ha recabado información de 121 personas, de las cuales el 67% son mujeres. De las 21 personas entrevistadas mediante la técnica del camino terapéutico, 13 son mujeres, mientras que en los cuestionarios, fueron 68 mujeres las consultadas. La totalidad de la muestra pertenece a sectores medios y altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En lo que respecta a la diferencia de género, la mayor tendencia de las mujeres a consultar por depresión y generalmente a tener menores dificultades a la hora de expresar el malestar hizo que fuera mucho más sencillo en ambas metodologías reclutar más mujeres que hombres. Es por ello que tanto en los caminos terapéuticos como en los cuestionarios, hay una mayor cantidad de mujeres que de hombres. Investigaciones como las de Klerman y Weissman (1989) avalan esta diferencia cuantitativa debido a que en la mayoría de los estudios el riesgo de padecer depresión siendo del sexo femenino es de dos a tres veces más alto.

Tabla 1 – Caminos terapéuticos – Diferencias de género

Sexo	Caminos terapéuticos
Hombres	8
Mujeres	13

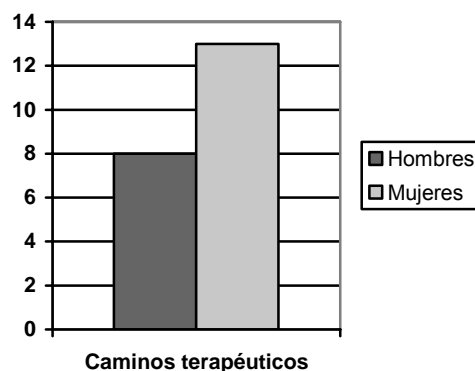
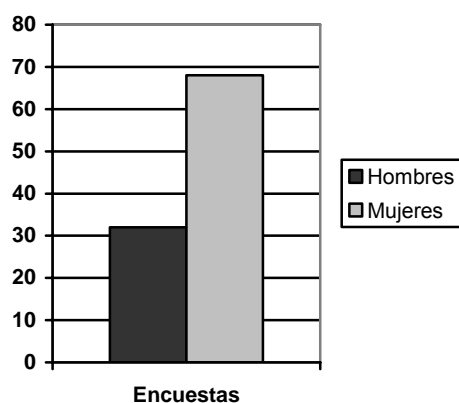


Tabla 2 – Cuestionarios – Diferencias de género

Sexo	Cuestionarios
Hombres	32
Mujeres	68



Complementariedad terapéutica

De las 121 personas consultadas (21 entrevistas abiertas y recurrentes y 100 cuestionarios) todas habían realizado más de una estrategia terapéutica para hacer frente a la depresión. A partir de estos datos, intentaremos discriminar las distintas modalidades de complementariedad llevadas a cabo por los usuarios del sistema de salud. Estos datos darían cuenta de que la complementariedad terapéutica en el caso de la depresión es la norma, mientras que la no complementariedad sería la excepción.

Medicación y Psicoterapias

En lo que respecta a la combinación entre tratamientos psicológicos y psiquiátricos, hemos encontrado que un porcentaje importante de los entrevistados llevaron a cabo un tratamiento combinado entre psicoterapia y medicación.

Tabla 3 – Caminos terapéuticos – Combinación de tratamientos biomédicos

Caminos terapéuticos		
	n.	%
Tratamiento médico solo	0	0
Tratamiento Psicológico solo	6	28,5
Tratamiento combinado	15	71,5
Total	21	100

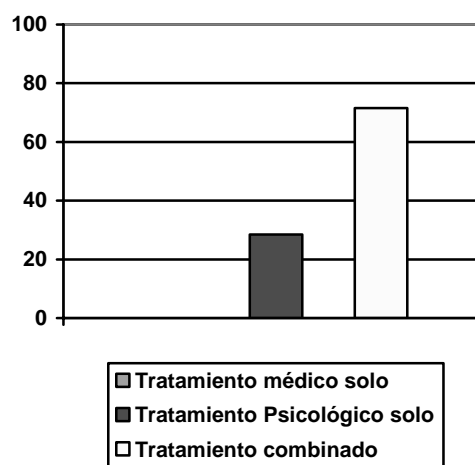
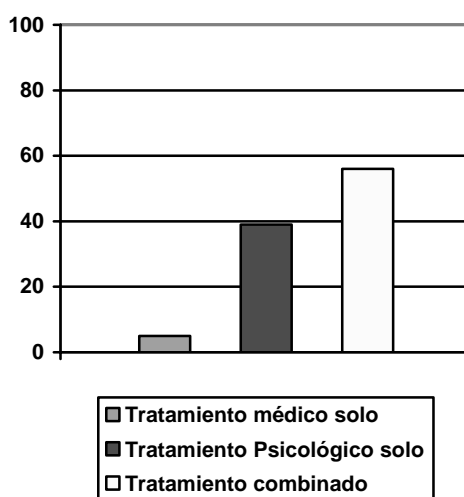


Tabla 4 – Cuestionarios – Combinación de tratamientos biomédicos

Cuestionarios		
	n.	%
Tratamiento médico solo	5	5
Tratamiento Psicológico solo	39	39
Tratamiento combinado	56	56
Total	100	100



Debido a que era necesario para ser parte de la muestra haber recibido un diagnóstico psicológico o psiquiátrico de depresión, estos datos no resultan significativos de manera aislada. De hecho, era esperable encontrar una gran proporción de usuarios medicados o tratados psicológicamente.

Sin embargo, es interesante resaltar que la totalidad de los caminos terapéuticos y el 95% de los que contestaron el cuestionario recibieron tratamiento psicoterapéutico, mientras que una proporción menor recibió tratamiento psicofarmacológico. Esto es coherente con diversos estudios sobre población general, llevados a cabo en otros países (Hillert y cols. 1999, Hugo y cols. 2003, Jorm, 1994, 2000; Jorm, et al., 1997a, b,c, 2000), donde la consulta psicológica es vista como más positiva que la consulta psiquiátrica, debido principalmente a que la mayoría de los usuarios concibe que la medicación no resuelve la causa, sino que trabaja sólo sobre los síntomas. De hecho, dentro de nuestros datos recabados en los caminos terapéuticos, éste es un comentario muy común. En población general y en la población que entrevistamos, la atribución positiva hacia a la psicoterapia fue mucho más favorable que la atención psiquiátrica.

Religiosidad

Consideramos a la variable “religiosidad” como una de las más importantes a tener en cuenta, debido a la gran cantidad de usuarios que dicen ser religiosos (en ambas metodologías superan el 50%). De este grupo, encontramos una gran cantidad de personas que utilizan estrategias terapéuticas acordes a sus creencias religiosas, ya sea como autotratamiento (en el caso de rezos y promesas a santos), o bien como terapéutica de tipo religioso (según consignamos en el sistema etnomédico [ver Marco teórico]). Coherente con ello, el estado del arte sugiere que es necesario tomar en cuenta las creencias en torno a lo religioso a la hora de evaluar y diagnosticar a un paciente. Por ejemplo, es importante tener en cuenta que valores tales como autonomía y eficacia personal deben ser contemplados a la luz de que son contrarios a ciertas creencias religiosas en que la vida guarda dependencia con la divinidad (Propst, 1992).

En nuestro trabajo de campo, hemos podido consignar que las prácticas religiosas han tenido una muy importante utilización. Con ambas estrategias metodológicas hemos obtenido una alta utilización por parte de aquellos que se describen como religiosos. Las distintas religiones pueden ser consideradas como unidades cosmovisionales que impregnan la cultura y ello incide claramente al momento de elegir estrategias en busca de salud.

Un fenómeno particular pudimos observar, es el caso de pacientes que no se consideran religiosos, y que sin embargo han utilizado estrategias terapéuticas de tipo

religioso para paliar su malestar. Estos casos los podemos considerar aislados y probablemente debidos a factores coyunturales. Asimismo, en casi la totalidad de estos casos, las prácticas religiosas especificadas eran ligadas al budismo o prácticas orientales (muy relacionadas con las terapéuticas *new age*).

Tabla 5 – Caminos terapéuticos – Prácticas religiosas y estrategias terapéuticas

Caminos terapéuticos	
Religiosos	10
No religiosos	11
Religiosos + Estr. Terap. Religiosas	10
No religiosos + Estr. Terap. Religiosas	2
Total consultado	21

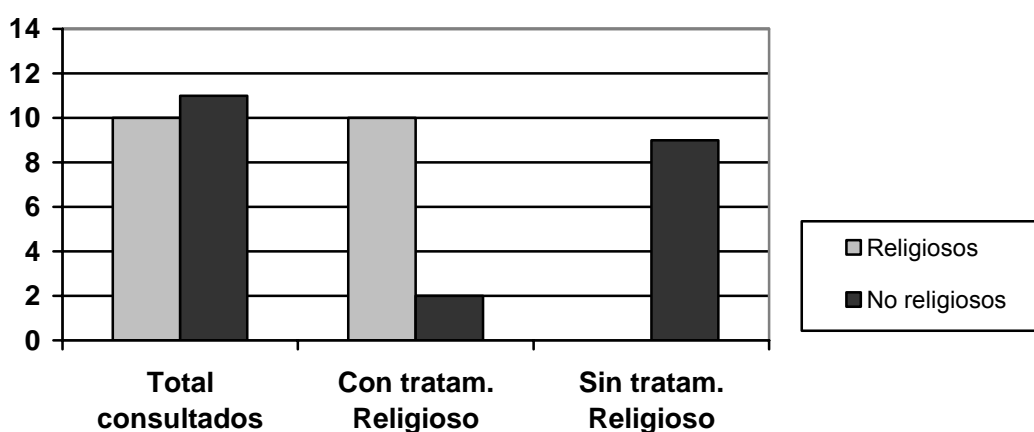
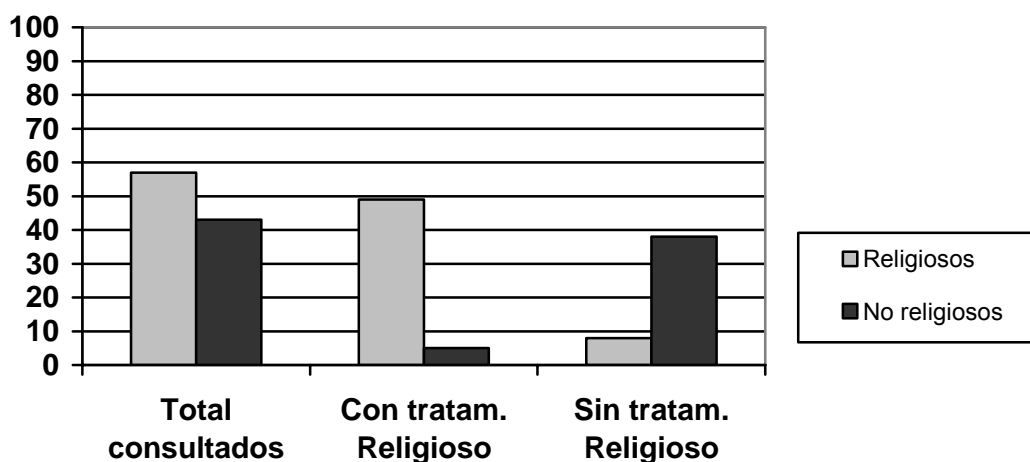


Tabla 6 – Cuestionarios – Prácticas religiosas y estrategias terapéuticas

Cuestionarios	
Religiosos	57
No religiosos	43
Religiosos + Estr. Terap. Religiosas	49
No religiosos + Estr. Terap. Religiosas	5
Total consultado	100



Tratamientos alternativos

Según los resultados de las entrevistas y los cuestionarios, los tratamientos alternativos son los más utilizados después de los tratamientos biomédicos. De hecho, de los 21 sujetos entrevistados, 20 de ellos utilizaron terapias llamadas alternativas para lidiar con la depresión. En la mayoría de los casos, se encontraron más de una terapia alternativa. Estos resultados son coincidentes con algunos estudios llevados a cabo en sectores medios y altos urbanos dentro de nuestro país y con estudios realizados en el exterior (Astin, 1998; Idoyaga Molina, 2008; Jorm, et al., 2006, Jorm y Griffiths, 2006; Luxardo, 2005, O'Connor, 1995, Saizar, 2003 a y b)

Cabe mencionar una particularidad ya señalada por Douglas (1998), quien considera que la denominación de medicinas alternativas es preferible a la de complementarias, ya que se trata de terapias que responden a un tipo de demanda curativa diferente, proceden de otra fuente y están basadas en principios diferentes; dicha autora lo va a ubicar como una alternativa contracultural, una oposición de lo espiritual a lo material.

Tabla 7 – Caminos terapéuticos – Terapias alternativas

Caminos terapéuticos				
	Total	1 terap. alt.	2 terap. alt.	3 o más terap. alt.
Alternativas	20	10	8	2
No alternativas	1	0	0	0
Total consultado	21	10	8	2

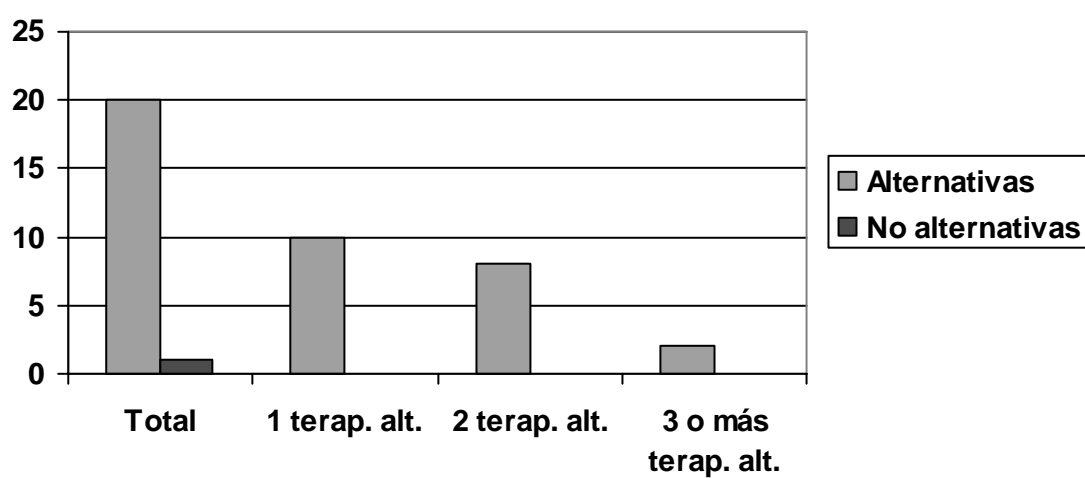
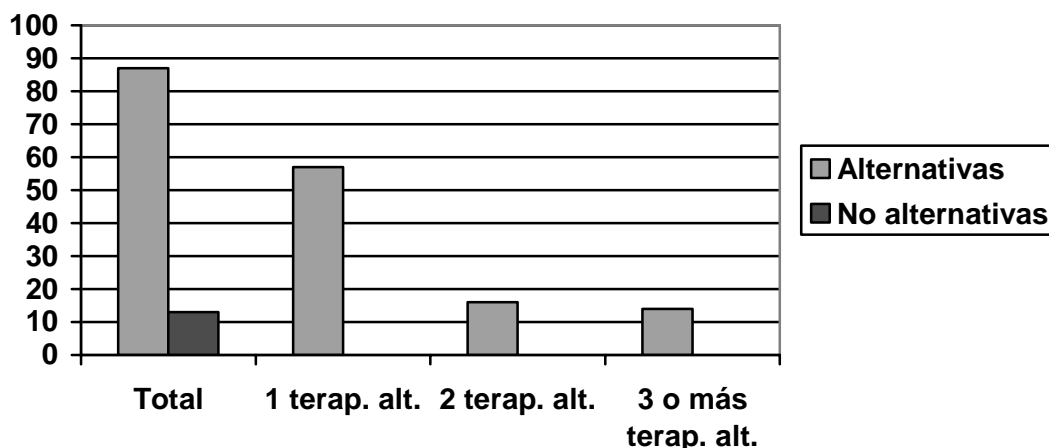


Tabla 8 – Cuestionarios – Terapias alternativas

Cuestionarios				
	Total	1 terap. alt.	2 terap. alt.	3 o más terap. alt.
Alternativas	87	57	16	14
No alternativas	13	0	0	0
Total consultado	100	57	16	14



El caso del Yoga

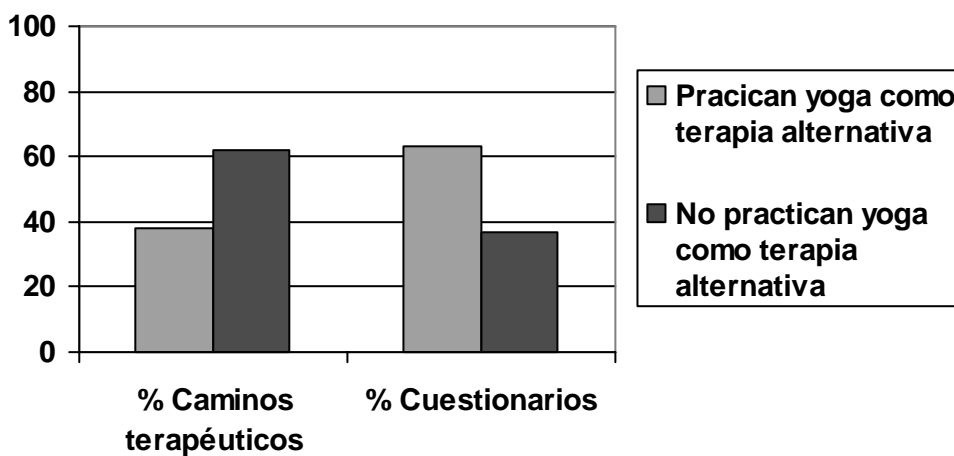
Dentro de las terapias alternativas, consideramos particularmente al caso del yoga, ya sea por su importancia a nivel difusión entre nuestros entrevistados –y, por qué no, en la población general de la ciudad de Buenos Aires, tal como lo establecen los estudios realizados por la Dra. Saizar (2006)- como por las particularidades que presenta a la hora de analizar los datos. Por otra parte, hay estudios específicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en las que se investigó la recomendación del yoga por parte de psicoterapeutas con datos significativos tales como que el 81,57% de los terapeutas encuestados recomienda el yoga a pacientes con trastorno de ansiedad (Korman y Garay, 2007, Korman, *et al.* 2007, Korman y Saizar, 2006).

La práctica del yoga originariamente era comprendida como una práctica ascética tendiente a posibilitar la liberación de la partícula divina que reside en el hombre, y por lo tanto, liberarlo de la incesante rueda de encarnaciones a la que se encuentra sometido como consecuencia de su carga kármica (Eliade, 1999, Saizar, 2006). En la Argentina, el yoga es una práctica que adquiere diversas complejidades, pero que sin lugar a dudas, es utilizada mayoritariamente como un medio terapéutico para combatir las enfermedades y en muchas ocasiones como una práctica deportiva (ejemplo de ello es que en la mayoría de las cadenas de clubes deportivos aparece dentro de la oferta de actividades). En lo que hace a los datos recabados tanto en los caminos terapéuticos como en el cuestionario, podemos ver las diferencias metodológicas. Parecería a simple vista que en los caminos terapéuticos un menor porcentaje de gente practica yoga. Sin embargo, la diferencia pareciera radicar en que en los caminos terapéuticos pudimos distinguir claramente cuándo el yoga era utilizado como una práctica alternativa y cuándo como una actividad deportiva. En el

cuestionario esta diferencia no pudo ser calificada. De hecho, quienes utilizaron el yoga y completaron el cuestionario sólo lo ubicaron entre las prácticas alternativas, hecho que claramente da cuenta de la superioridad del camino terapéutico como método para la descripción de los sentidos de cada una de las prácticas. Sin embargo, es evidente que el cuestionario permite llegar a una población mucha más amplia y a la vez permite recabar información sin que requiera tanto tiempo de trabajo por parte del entrevistador (y del entrevistado).

Tabla 9 – Yoga como terapia alternativa

Yoga	Caminos terapéuticos	%	Cuestionarios	%
Sí	4	38	63	63
No	17	62	37	37
Total consultados	21	100	100	100



Autotratamiento

La categoría de autotratamiento, como veremos posteriormente, es la más difícil de analizar a través de las metodologías utilizadas. Es una estrategia que casi no pudo ser captada por el cuestionario, lo cual demuestra nuevamente una de las falencias más importantes de este instrumento. Ejemplo de ello es lo anteriormente señalado en el caso del yoga. En este caso, no hubo posibilidad de discriminar cuándo el yoga era utilizado como una estrategia terapéutica y cuándo era utilizado como una actividad deportiva. En el caso del autotratamiento sucede algo similar. Muchas veces, es en el discurso que se

puede discriminar cuándo una práctica es autogenerada y cuándo fue incorporada por un especialista. La modalidad acotada del cuestionario impide discernir entre estas dos categorías, fundamentales para discriminar el autotratamiento de la indicación terapéutica por parte de un especialista.

Vale la pena señalar al respecto que en los caminos terapéuticos ocurre en muchas ocasiones que el entrevistado hace un *insight* sobre estrategias en las que ni siquiera había pensado que utilizaba. Por ejemplo, una entrevistada nos decía: “*yo me ponía linda por fuera porque por dentro me sentía muy mal; me cortaba el pelo y eso lo hacía para ver si mejoraba también por adentro*”. Consideramos que esta información hubiera sido limitada si hubiéramos utilizado como herramienta el cuestionario. Las estrategias de autotratamiento tienen tal diversidad que requieren del diálogo, la repetición y la reflexión del entrevistado sobre sí mismo para poder ser captados. Es notorio, por ejemplo, que en los caminos terapéuticos aparezcan recursos tales como la lectura (ya sea de literatura o de libros de autoayuda), mientras que en 100 encuestas sólo aparecieron estos recursos en contadas ocasiones.

Entre las estrategias más utilizadas, encontramos la lectura, los sahumerios, el aromaterapia, prender velas para que se lleven las malas energías, dormir con un vaso de agua debajo de la cama, prácticas deportivas, días al aire libre, charlar con amigos, nadar en una laguna, aprender *windsurf*, llevar a cabo prácticas de tejido, comprar una mascota (“*si tengo alguien a quién cuidar voy a estar mejor, no voy a tener todo el tiempo para pensar en mí*”), tener un hijo, rezar, prometer cambios de religión, creer en Dios si se le iba el malestar, buscar el alma en un rincón del hogar, dormir desnudo, conectarse con la naturaleza, retiro espiritual, recurrir a cualquier estrategia que lean en la revista que consideren menos seria, medicaciones naturales, medicaciones farmacológicas, autohipnosis, orinoterapia⁵¹, entre otras.

No hemos podido consignar un patrón, pero podemos determinar que en cada uno de los caminos terapéuticos las estrategias de autotratamiento no fueron menos de dos en cada caso.

Dentro de las estrategias de autotratamiento, consideramos que la actividad física requiere de un apartado especial.

⁵¹ La Orinoterapia consiste en dar al enfermo una dosis de su propia orina, a manera de autovacuna, dado que la orina no es un desecho (no viene por los intestinos), sino un filtro de la sangre de constitución similar al suero sanguíneo y al líquido amniótico. Esta es una de las hipótesis que sostienen quienes practican esta terapia.

Actividad física

La actividad física y la práctica deportiva se hallan muy ligadas a las distintas prácticas de salud con una alta valoración social y ello marca la importante utilización por un grupo muy amplio de usuarios. De hecho, tuvo una importante cantidad de adeptos a la hora de ser utilizada como estrategia. En el caso particular de la población masculina, el jugar al fútbol fue evaluado como muy positivo, no sólo por la actividad sino por la posibilidad de compartir el espacio con amigos.

Es así como la actividad física en general tuvo una buena cantidad de usuarios, que ambos recursos metodológicos lo puntuaron como una estrategia altamente utilizada, coincidente con los estudios de Jorm (1994, 2000; Jorm, et al., 1997a, b,c, 2000) en donde la actividad física es valorada muy positivamente .

Tabla 10 – Actividad física como tratamiento

	Actividad física (general)	%	Jugar al fútbol	%	Yoga	%	Total	%
Camino terapéutico	5	33.33	2	14	3	28,5	10	47.6
Questionario	16	16	19	19	0	0	35	35

Tratamientos Tradicionales – Curanderismo

Podemos describir que las estrategias tradicionales como el curanderismo han sido muy poco utilizadas por la población trabajada. Esto no se debe al hecho de no poder acceder a ellos, sino por la lejanía cultural que hace de esa elección más infrecuente (Idoyaga Molina, 2002a; Korman, 2006). Ello coincide con otros estudios en los que el nivel de ingresos más bajo lo presenta el grupo usuario de tradicionales y el más alto los usuarios de complementarias (Luxardo, 2005, Saizar, 2006)

Comentarios de los resultados

El detallado análisis de los caminos terapéuticos y de los datos del cuestionario nos permite postular la existencia de prácticas de complementariedad terapéutica por parte de los usuarios del sistema de salud que han experimentado depresión.

Las combinaciones terapéuticas, en oposición al uso de una única medicina para tratarse, ha sido la práctica más utilizada en casi todos los casos. El sector social que hemos evaluado (sectores medios y altos) es concordante con estudios que dan cuenta de la relación entre el mayor nivel de ingresos e instrucción con el mayor número de medicinas combinadas (Eisenberg et al. 1998; Idoyaga Molina y Luxardo 2005; Saizar, 2006), aspecto que también hemos observado en este estudio. Coincidimos con la revisión llevada cabo por Van der Watt y colaboradores (2008) en la que conluyen en la cada vez mayor utilización de medicinas alternativas en los trastornos físicos y mentales.

Otra cuestión relevante en este apartado es la variabilidad de los resultados según la estrategia metodológica utilizada. En efecto, cuando comparamos los resultados de ambas metodologías podemos encontrar algunas diferencias. La información que nos proporcionan los caminos terapéuticos nos permiten promediar 8 estrategias terapéuticas por usuario, mientras que los cuestionarios revelan 4,5 estrategias terapéuticas. Las diferencias se encuentran dadas mayoritariamente por la mayor capacidad de los caminos terapéuticos de captar el autotratamiento. Esto quiere decir que es una herramienta que permite que el entrevistado –en aparente confianza- cuente más detalles, no sólo por el tiempo utilizado para cada entrevista, sino por la repetición de éstas, lo cual genera una mayor descripción de las creencias y los factores coyunturales que dan lugar a la combinación de estrategias terapéuticas.

A pesar de estas diferencias, el objetivo de este trabajo se corrobora, ya que hemos podido constatar con ambas metodologías que la combinación es la práctica habitual en esta población, mientras que la ausencia de combinación sería la excepción, resaltando de esta manera la importancia que podría tener esta información a la hora de diseñar un tratamiento psicoterapéutico más efectivo, más eficiente y respetuoso de las creencias de los usuarios.

Discusión

Relación entre nuestros resultados y los estudios previos sobre el rol de las creencias en la elección de tratamientos

Nuestra modalidad de investigación tuvo algunos lugares en común respecto del estudio realizado por Jorm (2000) anteriormente reseñado en esta tesis, ya que guarda similitudes con el planteo que intentamos llevar a cabo. En primer lugar, trabajamos sobre pacientes que padecieron depresión. En segundo lugar, indagamos sobre las estrategias elegidas por los usuarios para enfrentar esa dolencia. Sin embargo, podemos diferenciarnos de éste debido a que trabajamos sobre pacientes que han sido diagnosticados por un profesional de la salud mental. A su vez, no llevamos a cabo encuestas por correo y tampoco con semejante cantidad de encuestados. Nuestro trabajo se inserta dentro de una metodología predominantemente cualitativa y de entrevistas abiertas y recurrentes, junto con la utilización de un cuestionario tomado al encuestado en vivo. Dentro de la población que estudiamos, el diagnóstico tuvo que ser llevado a cabo por un psiquiatra o un psicólogo. Esto estaría incluido, según el modelo de Jorm, en las áreas médicas y psicológicas en sus distintos tipos de intervenciones. Sin embargo, Jorm no se interesa por el lugar del diagnóstico, sino por las creencias sociales frente a la depresión. En nuestro trabajo focalizamos en la experiencia de la depresión de aquellos que han sido diagnosticados dentro del modelo médico o psicológico de la enfermedad y sus estrategias y combinaciones terapéuticas para la resolución de este conflicto.

A la vez, tuvimos una serie de diferencias en torno a los conceptos para analizar las estrategias de los usuarios que desde nuestro punto de vista han enriquecido el fenómeno. Desde nuestra perspectiva, para pensar las distintas intervenciones en salud, las áreas y estrategias descritas por Jorm necesitarían ser ampliadas para dar lugar a la totalidad de las intervenciones posibles. El concepto de sistema etnomédico (Good, 1987; Idoyaga Molina, 2002a) nos resulta de mayor utilidad para describir las opciones terapéuticas que la población tiene para hacer frente a sus dolencias. Este sistema incluye, como ya hemos señalado, el autotratamiento en todas sus formas (biomédico, religioso, alternativo, curanderil), medicinas alternativas, tradicionales, religiosas y biomedicina. La metodología de investigación propuesta por Jorm no podría captar el autotratamiento debido a que no aparecería como una categoría específica en su modelo de búsqueda de las estrategias. En los resultados de los caminos terapéuticos encontramos muchos casos, por ejemplo:

“Lo que me hizo muy bien cuando estaba deprimido era ir a jugar al fútbol con mis amigos” (Mariano, Belgrano).

“Prendía velas para alejar las malas energías y elevé varias promesas a la virgen” (Luciana, Colegiales).

“Yo hago las técnicas de respiración y meditación que aprendí, son parte de mi vida cotidiana” (Javier, Abasto).

A la vez, podemos entender que el curanderismo tal vez no sea una opción tradicional en Australia, pero sí podemos afirmar que las terapias alternativas tienen existencia en Australia a partir de los datos de la OMS (2002) (de hecho, el porcentaje de población que utiliza la medicina alternativa/complementaria es de un 48% en este país). Las categorías que despliega Jorm son pobres para describir la cantidad de estrategias terapéuticas posibles, a la vez que los datos desplegados son anteriores al estudio de la OMS (2002).

Pese a estas limitaciones, la continuidad en las diversas investigaciones sobre creencias en salud le ha permitido construir un campo en el que tomar en cuenta los sistemas de creencias de los usuarios del sistema de salud es imprescindible a la hora de lidiar con las expectativas del usuario, así como también de diseñar campañas de salud mental (Jorm, 2000). Creemos que el estudio de Jorm es pionero a la hora de la búsqueda de estrategias terapéuticas en personas que han sufrido depresión, sin embargo las categorías resultan pocas para expresar el complejo fenómeno de la complementariedad.

Resultados obtenidos y su relación con los modelos cognitivo-conductuales que integran diferentes estrategias terapéuticas

Los modelos cognitivos de “tercera generación” proponen incorporar a sus protocolos de tratamiento herramientas que pertenecen a lo que se ha denominado “tratamientos alternativos” o “religiosos”, que los usuarios del sistema de salud utilizan espontáneamente. ¿Por qué funcionan estas estrategias? El estado actual del arte no nos permite concluir los motivos por los cuales funcionan. Lo que podemos afirmar a partir de nuestro estudio es que en el campo de la ciencia estas mismas técnicas, que son las que utilizan espontáneamente los usuarios del sistema de salud, están siendo incorporadas en los últimos modelos de tratamiento para la depresión.

Refiriéndonos al caso de los tratamientos cognitivos, distinguimos el tratamiento para la depresión recurrente, destacando la cada vez más frecuente utilización de técnicas de *mindfulness*, que requieren de una práctica casi cotidiana por parte del paciente, con el objetivo de producir distanciamiento y considerar la experiencia mental como tal y no confundirla con la realidad (Keegan, 2007:188). Estas prácticas, conocidas actualmente como prácticas de conciencia plena, pertenecían antiguamente a las prácticas alternativas y religiosas. El budismo, como práctica religiosa incluye prácticas de conciencia plena. El yoga como práctica alternativa tiene en su práctica técnicas de conciencia plena. El modelo de terapia cognitiva basando en la conciencia plena aúna ambos aspectos e incorpora el modelo cognitivo.

Los tratamientos cognitivos que utilizan estas técnicas no provienen ni de las prácticas religiosas ni de las alternativas. Sus fundamentos teóricos radican en los estudios científicos (Hayes, 2002; Linehan, 1993; Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Hayes es un psicólogo de la tradición conductual cuyo marco teórico es el marco relacional (Hayes, 2002). Este modelo de tratamiento incorpora los avances sobre el estudio del lenguaje, que ha demostrado que somos capaces de establecer relaciones arbitrarias entre diferentes estímulos, por ejemplo, entre A y B y entre B y C. Este tipo de condicionamiento, parece que se da solamente cuando existe el lenguaje. En consecuencia, cuando se condiciona una palabra a un objeto, las reacciones que se habían condicionado al objeto se dan ante la palabra. Es decir, al igual que un objeto nos evoca la palabra que lo nombra socialmente, la misma palabra nos evoca reacciones internas similares a las que provoca el objeto original. (Hayes, 2002). Este modelo teórico tiene su correlato en la terapia de Aceptación y Compromiso. En este tratamiento el fundamento se da en que no se puede cambiar la relación con los pensamientos debido a que se encuentran rigidizados por la experiencia del lenguaje. EL cambio se da en relacionarse con los pensamientos de una manera distinta que no implique una reacción directa a ellos. La aceptación consiste en abrirse a la experiencia de los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones sin hacer nada para que desaparezcan (Hayes, 2002). Podría ser muy similar a lo que plantea el pensamiento budista.

En el caso de Linehan, sus trabajos parten del desarrollo del modelo dialéctico conductual (que implica aplicar herramientas de las terapias cognitivo-conductuales así como de prácticas zen orientales) y la teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993). En este modelo se combinan técnicas cognitivas y conductuales de cambio en conjunto con técnicas y estrategias de aceptación propias de las prácticas budistas.

Por su parte, el modelo de tratamiento para la depresión recurrente desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) lleva por nombre Terapia Cognitiva Basado en la Conciencia Plena. Este modelo teórico implica la aplicación de herramientas de la terapia cognitiva conductual, elementos desarrollados por la ciencia cognitiva y la técnicas de conciencia plena propias de las prácticas del yoga y el budismo.

Desde lugares distintos de conocimiento, las perspectivas de los usuarios que hemos investigado en este estudio y las de los efectores de salud confluyen en la utilización de técnicas similares, aunque con fundamentos teóricos disímiles. No tiene el mismo fundamento el efector de un tratamiento psicológico que los efectores de una práctica religiosa como el budismo ni una terapéutica como es el yoga. Sin embargo, el hecho para nosotros sumamente importante es que *hay coincidencia en las técnicas que se utilizan*. Como hemos señalado anteriormente, este hecho es muy reciente con respecto a los tratamientos con apoyo empírico, pero por parte de los usuarios del sistema de salud viene siendo utilizado hace mucho tiempo. Por ejemplo:

“La verdad me sentía muy feliz de dejar la medicación. Hacia una vida muy sana, practicaba yoga ...” (Luciana, Colegiales).

“También por recomendación de una amiga del barrio empecé a ir con ella a clases de yoga ...” (Amelia, Palermo).

“Me sentía mal, iba a yoga y me sentía un poco mejor, es algo que me hizo bien al punto que se volvió parte de mi vida ...” (Malena, Recoleta)

Los factores culturales y los estilos de pensar hacen a la valoración de las prácticas psicoterapéuticas. Sin embargo, teniendo en cuenta cómo se desarrolló este campo en nuestro país y sabiendo que los tratamientos validados en sus países de origen no han sido evaluados en el contexto local nos preguntamos: ¿sabemos si realmente sirven para ser utilizados en la población a la que atendemos frente a la vivencia de la depresión? La respuesta es que no, no lo sabemos. Y justamente por ello, no podemos decir que en nuestro contexto tengamos tratamientos cuya eficacia se halle corroborada, tanto en lo que hace a las estrategias farmacológicas como a las psicoterapéuticas, pese a que tengamos la evidencia del contexto de investigación en el que fueron desarrolladas estas intervenciones. Es sencillamente por este motivo que enfatizamos en la necesidad de estar atentos a las creencias de nuestros pacientes. Con ello no queremos decir que sólo por este motivo hayan de tener que ser tenidas en cuenta –de hecho, son de vital importancia en todo tipo de tratamiento, validado o no-, sino que en nuestro caso particular se

convierten en el pilar fundamental sobre el cual debería descansar la práctica psicoterapéutica.

Como hemos dicho muchas veces, las vivencias en torno a la salud y a la enfermedad se hallan mediadas por las creencias que posea una persona, que incluso pueden implicar una ampliación de conceptos tales como persona (cuerpo energético, nombre, alma, entre otros) y afectar distintos factores de la vida de ésta. Muchas prácticas religiosas dan cuenta a partir de sus estrategias de distintos conceptos que dan cuenta de salud y enfermedad, veamos un ejemplo:

“Intento que Dios me ayude voy a una iglesia católica carismática que queda en Palermo ... muchas veces una amiga que tiene el don de la cura me ayuda y me empuja a estar mejor” (Estela, Agronomía)

En lo que respecta al campo de las psicoterapias, el conocimiento de esta información nos permitiría programar mejor el tipo de intervención, para hacerlo así más efectivo y acorde a las adherencias del paciente. Por ejemplo, si un paciente con depresión recurrente tiene una valoración positiva de las prácticas alternativas, se podría pensar como una opción válida la utilización de técnicas *mindfulness*, puesto que éstas seguramente puedan ser parte de las estrategias de complementariedad que el paciente espontáneamente podría haber utilizado. Por el contrario, estas mismas técnicas podrían estar contraindicadas en pacientes de algún tipo de religiosidad, debido a que podrían ser consideradas contrarias a sus creencias. Ejemplificaremos con un caso concreto:

Verónica es una paciente de 38 años con depresión recurrente (tuvo cuatro episodios de depresión mayor en los últimos 10 años). Su psicoterapeuta, al tener conocimiento de este nuevo tratamiento para depresión recurrente, decidió que podría ser beneficioso que su paciente lleve a cabo estrategias de *mindfulness*. Sin embargo, pese a que parece ser un tratamiento útil en estos casos, la paciente se negó a realizarlo, debido a su adscripción a una comunidad religiosa en que ese tipo de prácticas son consideradas demoníacas. “Esas cosas son medias del demonio. Dentro de mi congregación religiosa no estaría bien visto que yo haga esas cosas, ¿qué se puede hacer que no sea meditación?”.

A partir de este ejemplo podemos ver cómo es posible que las propias cosmovisiones de los usuarios puedan ayudarnos a elegir el tratamiento adecuado para enfrentar la vivencia de depresión. Sin embargo, las dificultades en torno al tratamiento adecuado de la depresión no se limitan sólo a la prescripción de tratamientos, sino a la misma concepción de la enfermedad.

Resumiendo este punto, es evidente que los últimos desarrollos teóricos tanto del campo de la antropología médica y de la psicoterapia con apoyo empírico o soporte en la investigación –particularmente la de orientación cognitiva- se interesan por las creencias de los individuos y la forma en que éstas inciden en la atención de la salud mental. A su vez, ciertas herramientas que eran propias de los tratamientos alternativos están siendo incorporadas en el desarrollo de nuevos tratamientos de orientación cognitiva. Sin embargo, esta área de investigación no es parte intrínseca de un modelo psicoterapéutico en particular. Las creencias en torno a los distintos padecimientos mentales son parte de las investigaciones que van a diseñar políticas de intervención en salud. En sus distintas intervenciones –ya sea en el caso de reducir el estigma de los trastornos mentales o el caso de diseñar intervenciones específicas con el objetivo de reducir la prevalencia de algún trastorno específico-, dichas políticas necesitan de las creencias de los usuarios del sistema para poder armar algún tipo de estrategia eficaz. Por ejemplo, podemos desarrollar un muy buen tratamiento psicoterapéutico para la depresión, pero si los usuarios del sistema de salud no lo consideran como tal, éste no tendrá posibilidad de ser utilizado de manera eficiente.

Aspectos religiosos en la complementariedad terapéutica: aportes de este estudio al debate religión - psicoterapia

La relación entre el tratamiento psicoterapéutico y las creencias religiosas es un área que se encuentra en creciente desarrollo. Hay pocos tratamientos específicos que tomen como modelo lo religioso y los trastornos mentales. De hecho, en lo que respecta a la investigación mundial –como ya hemos mencionado anteriormente, la investigación en psicoterapia en nuestro país es casi nula-, hemos requisado un solo tratamiento que trabaje la inclusión de herramientas espirituales para la depresión que se encuentre protocolizado (Propst., 1992). Sin embargo, es sabido el importante impacto que presenta la relación entre espiritualidad y salud (Koenig, 2000 y 2001).

En el marco local, los profesionales del campo psi estamos lejos de desarrollar tratamientos específicos para nuestra población que tomen en cuenta la religiosidad o la espiritualidad⁵².

Justamente por esta carencia de investigaciones locales, creemos necesario que los profesionales psicoterapeutas psiquiatras conozcan los sistemas de creencias de sus

⁵² Para diferenciar estos conceptos ver Fetzer Institute/National Institute of Aging (NIA) Working Group, 1999.

pacientes e intenten respetar las consignas propuestas por el DSM-IV de tomar a la cultura como un elemento significativo a la hora de realizar el diagnóstico. Es decir, los efectores de los servicios de salud deben entender a sus pacientes y no los usuarios del sistema de salud cambiar sus sistemas de creencias para poder utilizar los servicios de este sistema. Por ello, es esencial que los efectores del sistema de salud sepan de la existencia de las distintas cosmovisiones religiosas, debido a que ellas implican sistemas de creencias específicos que operan en la cosmovisión del mundo de las personas a las que asisten. Conocer estas creencias nos ayudará, en primer lugar, a no patologizar una experiencia religiosa y, en segundo término, a comprender mejor la cosmovisión del paciente que consulta, generando una mayor comprensión entre psicoterapeuta y consultante.

Uno de los aspectos más mencionados por los autores que investigan la relación entre religión y psicoterapia, es la idea de que los religiosos no son representativos en las muestras de las investigaciones psiquiátricas (Larson *et al*, 1986; Larson *et al*, 1989). Varios factores pueden estar involucrados en este fenómeno. Entre ellos, el estigma que la consulta psiquiátrico-psicológica conlleva en muchas comunidades, para quienes la realizan. Es frecuente que las personas que llevan a cabo una consulta con un profesional de la salud mental refieran sentimientos de vergüenza, incomodidad y soliciten al profesional discreción. Asimismo, muchas personas consideran que los tratamientos farmacológicos están asociados a cuadros psiquiátricos mayores (esquizofrenia, psicosis, etc.), creencia que convierte a este recurso terapéutico en una estrategia subutilizada por tal población. A su vez, podemos inferir que hay distintos factores involucrados en este fenómeno. Uno de ellos es el desconocimiento, por parte de los profesionales de la salud mental, de los sistemas de creencias que los pacientes poseen, lo que genera en estos últimos un gran temor a ser rechazados y evaluados negativamente por sus creencias.

Considerando que en la Argentina hay una gran diversidad de creencias religiosas, nos podemos preguntar: ¿Los profesionales de la salud mental conocen las diversas religiones de la población que habita en la zona mencionada? ¿Conocen las distintas cosmovisiones del mundo que las diversas religiones poseen y sus evaluaciones respecto del padecimiento mental? Aún no tenemos datos para responder esta pregunta pero creemos que puede ser el objeto de futuras investigaciones.

La utilidad del estudio para los psicólogos clínicos

La pregunta que guía esta investigación es fruto de la integración entre la antropología médica y la aplicación de tratamientos con apoyo empírico para la depresión. Esta integración nos permite visualizar que los usuarios del sistema de salud combinan distintas medicinas del sistema etnomédico para hacer frente a la vivencia de la depresión. Este conocimiento podría incidir al punto de preguntarnos que tipo de tratamiento sería el más conveniente para este paciente en función de sus creencias y preferencias terapéuticas. Sabemos que las creencias guardan un lugar esencial en los tratamientos, la pregunta que lleva implícita esta investigación se encuentra dada por qué tipos de creencias los terapeutas deben tener presente a la hora de llevar a cabo un tratamiento para la depresión.

Conclusiones

En estas palabras finales quisiera reflexionar sobre la necesidad de que los profesionales de la salud mental obtengan conocimientos acerca de la existencia de la diversidad terapéutica. La convivencia de distintos modelos de salud y enfermedad en un mismo espacio urbano no es positiva ni negativa; es un hecho que responde a la diversidad cultural en la que estamos inmersos. Es un fenómeno propio de la multiculturalidad presente en los espacios urbanos.

El detallado análisis de los caminos terapéuticos y de los datos del cuestionario nos permite postular la existencia de prácticas de complementariedad terapéutica por parte de los usuarios del sistema de salud que han experimentado depresión. Hemos señalado a su vez que estas estrategias de complementariedad que hemos recabado se encuentran englobadas dentro de un sistema etnomédico existente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que incluye al autotratamiento, la biomedicina, las terapias alternativas, las terapias religiosas y las tradicionales.

Dentro de este sistema etnomédico, coincidimos con otros estudios que sugieren que entre los usuarios del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se da una alta utilización de medicinas alternativas y una menor utilización de la medicina tradicional (Idoyaga Molina, 2007; Luxardo, 2005 y 2007; Saizar, 2006).

Tanto mediante la metodología de los caminos terapéuticos como mediante el cuestionario en este estudio, hemos obtenido el mismo resultado: la combinación es la práctica habitual.

En efecto, las combinaciones terapéuticas, en oposición al uso de una única medicina para tratarse, ha sido la práctica utilizada en la gran mayoría de los casos. A su vez, este fenómeno del elevado índice de complementariedad terapéutica, específicamente en sectores sociales medios y altos, concuerda con otros estudios cuyos resultados postulan que hay una relación directa entre un mayor nivel de ingresos e instrucción con un mayor número de medicinas combinadas.

Hemos enfocado el tema de la existencia de la complementariedad terapéutica específicamente en pacientes con depresión. Hemos elegido este trastorno puesto que es un caso controversial que es a la vez parte de una discusión teórica y un problema práctico.

Discusión teórica, en el punto en que el estado del arte nos sitúa ante la existencia de un debate que incluye cuestiones diversas: las dificultades para explicar los motivos respecto de porqué difiere su prevalencia entre distintas culturas; ¿cómo es que se presentan diferencias sintomáticas entre culturas? ¿cuáles son los motivos que llevan a que la duración se encuentra afectada según el lugar del planeta en que se desarrolle el trastorno? ¿cómo explicar que la comorbilidad varíe significativamente de cultura a cultura? ¿cómo explicar la prevalencia en mujeres sobre hombres sin tomar en cuenta el fenómeno que se da en Japón? (la prevalencia parece ser mayor en hombres que en mujeres). Parece ser que la depresión existe como fenómeno, pero la forma de expresarse, de sentirse varía significativamente lo que nos hace preguntarnos si podemos hablar del mismo trastorno.

Nuestra perspectiva es que la enfermedad depresión existe como tal, pero las variaciones son tan significativas que tendemos a dudar de su existencia cuanto más investigamos. La cultura influencia las causas, los síntomas y modos de expresar malestar. El modelo para explicar la enfermedad, los mecanismos de afrontamiento, y las respuestas sociales esperables frente al malestar son producto de la cultura. Desde nuestra perspectiva la depresión es una unidad compleja que no puede ser reducida al viejo debate *naturaleza vs cultura*. El fenómeno de la depresión recorre lo social, lo psicológico, lo biológico y lo cultural de manera tal que olvidarnos de un área no hace más que empobrecer el fenómeno.

Por otra parte pareciera ser que damos el nombre de depresión a un conjunto de trastornos bastantes disímiles entre sí, el estado del arte nos permite postular que la unidad depresión se encuentra en duda y sabemos que hay diferentes tipos de depresión. No es lo mismo una depresión que ocurre una vez y remite que una enfermedad crónica o recurrente. En la actualidad estamos en condiciones de afirmar que la naturaleza de la depresión es la recurrencia y la cronicidad.

Para los profesionales del campo de la salud mental no se trata sólo de discusiones teóricas. La pregunta que se hacen los que trabajan este campo es: ¿cuál es la forma en que podemos ayudar a personas que sufren de depresión y esperan nuestra asistencia?

Para ellos el problema es práctico, concreto mejorar la calidad vida de aquellos que los consultan.

Consiguientemente con este propósito, sabemos de la existencia de distintos tratamientos psicoterapéuticos para la depresión. Sabemos de su utilidad y sabemos de la existencia de tratamientos específicos con el objetivo de disminuir la recurrencia. Sabemos que es

necesario investigar en el plano local acerca de la eficacia no sólo en lo que hace a los tratamientos psicoterapéuticos sino también a los farmacológicos.

Podemos afirmar que la depresión al ser una enfermedad recurrente y que tiende a la cronicidad lleva a que las personas que la han padecido modifiquen las distintas áreas de su vida en pos de evitar esta dolencia. Los tratamientos que se han desarrollado para la depresión recurrente y crónica tienden a ser tratamientos más largos y a transformar el estilo de vida de los padecientes de depresión.

Considerar la existencia de las complementariedades terapéuticas a las que habrán de recurrir los usuarios del sistema de salud nos permite tomar en cuenta sus combinaciones espontáneas y emplearlas en función de evitar la recurrencia de la depresión y facilitar el proceso terapéutico. Las estrategias de complementariedad movilizan los mismos factores que son componentes de los tratamientos psicológicos. La práctica del yoga o una práctica religiosa, por poner un ejemplo, movilizan componentes cognitivos, interpersonales, conductuales y emocionales. Creemos que en el caso de la depresión es menester que el trabajador de la salud tome en cuenta estos hechos de manera tal que pueda fomentar esta complementariedad para que así pueda funcionar como un factor protector frente a la recurrencia y a la cronicidad.

Podemos dejar como palabras finales una idea que recorrió toda la ejecución de este trabajo: son los profesionales del campo de la salud quienes deben entender las creencias de sus pacientes para poder desarrollar tratamientos más efectivos y no los usuarios del sistema de salud transformar sus creencias para poder hacer un uso adecuado del sistema de salud.

Bibliografía

Agency for Health Care Policy and Research. Depression Guideline Panel. *Depression in primary care: Vol. 1. Diagnosis and detection* (Clinical Practice Guideline No. 5, AHCPR Publication No. 93-0550). Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.

Ahmed, P.I.; A. Kolker. The role of indigenous medicine in W.H.O. definition of health. En: *Toward a new definition of health*. Ahmed y Coelho (comps.). New York: Plenum Press, 1979. p.86-99.

Akelere, O. WHO's traditional medicine programme: Progress and Perspectives. En *Who Chronicle*, 38, 2 (1984): 76-81.

Akiskal, H. S. Trastornos del estado del ánimo: manifestaciones clínicas. En Kaplan H. I. y Sadock B. J. (eds): *Tratado de psiquiatría (6ª edición)*, vol. 2, Buenos Aires, Inter-Médica, 1997. p. 1051-1080.

Alarcón, R.D. Culture and psychiatric diagnosis: Impact on DSM-IV and ICD-10. *Psychiatric Clinics of North America*, 18 (1995): 449-465.

Albuquerque, K. Non-institutional medicine on the Sea Islands. En: M.S. Proceedings of a symposium on culture and health: *Implications for health policy in rural South Carolina*. Varner y MacCandless (comps) Charleston: College of Charleston, 1979, 175-205.

Algranti, J. Rey de reyes: hacia una problematización del poder. *Sociedad y Religión. Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*, N°22/23 (2005): 19-29.

Algranti, J.; Bordes, M. Búsquedas de tratamiento de la enfermedad y la aflicción. Aproximaciones al estudio de las estrategias de salud en usuarios de terapias alternativas y creyentes pentecostales. En Tomo II. Anitilde Idoyaga Molina comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA, 2007, p. 317-362.

Alonso, M., Gago, P. Algunos aspectos cuantitativos de la evolución de la psicología en Argentina 1975-2005. Póster presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2006.

American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995. 909p.

American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (Revisión). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 4 (Supplement)

- American Psychological Association. Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders. Washington, DC: Author; 1995. 643p.
- American Psychological Association. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol*; 57 (12) (2002): 1052-1059.
- American Psychological Association. Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *Am Psychol*, 58, (2003): 377-402.
- American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with older adults. *Am Psychol*, 59, (2004): 236-260.
- American Psychological Association. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. *Am Psychol*, 61, (4) (2006): 271-285.
- Anderson, G ; Asmundson, G.J.G. CBT and religion. *Cognitive Behaviour Therapy*, Vol. 35 N°1, (2006):1-2.
- Angermeyer, M.C.; Däumer R.; Matschinger, H. Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry*, 26, (1993):114-120.
- Angermeyer, M.C.; Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 94, (1996):326-336.
- Angst, J. The prevalence of depression. En Briley M. & Montgomery S. (eds.): *Antidepressant Therapy at the dawn of the thirth millennium*. London: Dunitz, 1998, p.191-212.
- Antonuccio, D.O.; Danton W.G.; DeNelsky G.Y. Psychotherapy versus Medication for Depresión: Challenging the Conventional Wisdom With Data. *Professional Psychology: Research and Practice* 26(6) (1995): 574-585.
- Arrúe, W. ; Kalinsky, B. De "La Médica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia del Neuquén. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1991. 186p.
- Arteaga, F. Los criollos de La Pampa y sus búsquedas de salud en un contexto etnomédico de atención. En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 179-222.
- Astin, J.A. Why patients use alternative medicine? Results of a National Study. *JAMA*; 279, (1998):1548-53.

- Atkinson, P. From honey to Vinegar: Levi-Strauss in Vermont. En: *Culture and curing*. P. Morley ; Wallis, R. (Eds.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1979, p.53-89.
- Avila, A. (1990) Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6(1), 37-58.
- Bacigalupo, A. M. La voz del kultrun en la modernidad. Tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, 2001. 243p.
- Bahar, E.; Henderson, A.S.; Mackimon, A.J. An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatera; Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, (1992):257-63.
- Ballenger, J. C. ; Davidson, J. R. ; Lecrubier, Y. ; Nutt, D.J.; Kirmayer, L.J. ; Lepine, J.P. ; Lin, K.M.; Tajima, O.; Tajima, O. ; Ono, Y. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, suppl. 13,(2001): 47 –55.
- Bemporad, J; Long, R. (1995) Term analytic treatment of depression. En Beckham, E.E.; Leber, W. R., (Eds.), *Handbook of Depression*. New York: Guilford, p391-403.
- Benedict, R. *Pattern of Culture*. Boston: Houghton Mifflin, 1934. 286p.
- Bannerman, R. H.; Burton, J.; Wen-Chieh. *Traditional medicine and health care coverage*. Geneva: World Health Organization, 1983. 532p.
- Bartlett, F. *Remembering. A study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press. 675p.
- Barlett, P.; Low, S. Nervios in Rural Costa Rica. *Medical Anthropology*, 4(4), (1980): 523-563.
- Barlow, D. H. ; Hofmann, S. G. Eficacia y difusión de los tratamientos psicológicos. En Clark D & Fairburn C (eds.): *Science and Practice of Cognitive-Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1997, p.95-117.
- Barlow, D. H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, NY: Guilford Press., 2002. 694p.
- Basco, M.R.; Rush, A.J. Compliance with pharmacotherapy in mood disorders. *Psychiatry Ann*, 25, (1995):78-82.
- Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé. 1976. 552p.

- Beach, S. R. ; O'Leary, K. D. Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*,23, (1992): 507-528.
- Beck, A.T.; A. Rush; S. Shaw ; Emery, G.. *Terapia cognitiva de la depresión* . Bilbao: Desclée de Brouwer. 1983. 332p.
- Beck A.T. Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo. En Mahoney, M.J. ; Freeman. A. (eds.): *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1988, p123-147.
- Beck, A.T. The current state of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*,62, (2005): 953-959.
- Beck J. (2000): *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa. 398p.
- Berger, E; Luckman, E. *La construcción social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrurtu, 1999. 211p.
- Bergin, A.E.; Jensen, J.P. Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27, (1990): 3-7.
- Beutler, L. El estado actual y las contribuciones de la investigación en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. I, 3, (1992): 203-14.
- Bernardi, R; Defey, D; Garbarino, A; Tutté, J; Villalba, L. Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Uru*, 68, Vol.2, (2004): 99-146.
- Bianchetti, M. C. Cosmovisión sobrenatural de la locura. Pautas populares de salud mental en la Puna Argentina. Salta: Hanne. 1996. P.247.
- Bland, R.C. Epidemiology of affective disorders: A review. *Canadian Journal of Psychology*, 42, (1997): 367-377.
- Blatt, J S; Zuroff, D C; Bondi, C M; Sanislov, C. Short- and Long-Term Effects of Medication and Psychotherapy in the Brief Treatment of Depression: Further Analices of Data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research* ,10,(2) (2000): 215-234.
- Blazer, D ; George, L K ; Landerman, R; Pennybacker, M; Melville, ML; Woodbury, M; Manton, K G; Jordan, K ; Locke, B. Psychiatric disorders: A rural/urban comparison. *Archives of General Pschiatry*, 14, (1985): 821-830.
- Bleichmar, H.. *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós, 1997. 432p.

Bleichmar, H. Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis* Julio 2003 - No.14

<http://www.aperturas.org/1> Ingreso el lunes 17 de Marzo.

Boas, F.. *The mind of primitive mind*. New York: Macmillan, 1911. 620p.

Boehnlein, J K *The Convergente of Mind and Spirit*. Washington and London: American Psychiatric Press. 2005. p.196.

Borges, J L. *Obras completas Vol. II 1923-1949*. 1974. Buenos Aires: Emecé Editores. 638p.

Bormida, M. Como una cultura conoce la realidad de su mundo. *Scripta Ethnologica*, VIII, (1984):13–183.

Bourdieu, P. ; Wacquant, L J D. *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Editorial Grijalbo, 1995. 192p.

Bourgey, A. Elaboración de un sistema pluricultural de atención en salud. En: *Etnomedicina* Vol. II. Naranjo, P. y A. Crespo (comps). Quito: ABYA-YALA, UNICEF y Universidad Andina Simón Bolívar, 1997. p. 271-299.

Bourguignon, E. The Effectiveness of Religious Healing Movements: A Review of the Literature. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 13 (1976):5-21.

Brandli, H. The image of mental illness in Switzerland. In *The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment* Edited by: Guimon J, Fischer W, Sartorius N. Basel: Karge,; 1999:29-37.

Brendla, M. Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II). En *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós, 2006. p.87.

Breuer, J. ; Freud, S. (1893-1895): *Estudios sobre la histeria*. *Obras completas*, vol. II, Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979.

Burns, D. Adiós, ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2006. 375p.

Butler, A.; Chapman, E.; Forman, E.; Beck, A. The empirical status of cognitive-behavioral therapy:A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26 (2006): 17-31.

Campos Navarro, J. Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa. En: Campos Navarro Comp. *Antropología Médica en México*. Tomo I R. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Tomo I. 1992, p. 186-210.

Canadian Psychiatric Association and the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Depression Work Group. Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. 2001. Disponible en: <http://www.canmat.org/> Acceso en Noviembre del 2007.

Canino, I; Canino, G; W, Arroyo. Cultural Considerations for Childhood Disorders. How Much was Included in DSM-IV? *Transcultural Psychiatry*, 35, (3)(1998):343-355.

Carozzi, M .Nueva Era y Terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción. Buenos Aires: Ed.UCA. 2001. 163p.

Catalán, R. Factores Psicosociales. En Vallejo Ruiloba J. & Gastó C. (eds.): *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Barcelona: Masson, 2000 p.132-165.

Cernadas, J. El ataque de pánico. Un estudio psicoanalítico. *Cuestiones de infancia*,7, (2003):108-123.

Chambless, D, Ollendick T. Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and evidence. *Ann Rev Psychol*,52, (2001) : 685-716.

Chaumeil, J P. El complejo de las flechas mágicas en el oeste amazónico. En: *Chamanismo Latinoamericano*. Lagarriga, Perrin y Bidou (comps.). México: Plaza y Valdés Editores Universidad Iberoamericana, 1995, p.97-115.

Chen, R; Copeland, J R.; Wei, L. A meta-analysis of epidemiological studies in depression of older people in the People's Republic of China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, (1999): 821-830.

Clark, D M ; Beck, A T. El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro I. (comp.) *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós, 1997, p. 119-130.

Clark, D M; Wells, A. A cognitive model of social phobia. En R G Heimberg; Liewobitz, M R; Hope, D A; Schneir F R (eds), *Social Fobia: Diagnosis assesment and treatment*. New York: Guilford, 1995, p.69-93.

Coelho, H F; Canter, P H ; Ernst, E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *J Consult Clin Psychol*. Dec;75 (6) (2007):1000-5.

Conti, N. A. Historia de la Depresión. La melancolía desde la Antigüedad hasta el Siglo XIX. Ed.: Polemos. Buenos Aires, 2007. 191p.

Cooper, R. What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15 (1) (2004): 005-025.

Coreil, J. Group interview methods in community health research. *Medical Anthropology* , 16 (3) (1995): 14-28.

- Crittenden, K S; Fugita, S S ; Bae, H; Lamuyg, C B ;Lin, C. A cross-cultural study of self-report depressive symptoms among college students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 23(2), (1992): 163-178.
- Cribos, M. Estudio de la narrativa de caso. Una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas. En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 87-114.
- Croghan, T W; Tomlin M; Pescosolido B A; Schnittker J; Martin J., Lubell, K; Swindle, R. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. *J Nerv Ment Dis*, 191, (2003):166-174.
- Csordas, T. Health and the holy in African and Afro-American Spirit Possession. *Social Science and Medicine*, 1, 24 (1987): 121-128.
- Csordas, T. *The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press. 1994. 323p.
- Csordas, T ; Kleinman, A. The Therapeutic Process. En: Sargent and Johnson (Eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport y London: Praeger Publishers. 1996. p.3-20.
- D'Avanzo, C E; Barab, S A .Depression and anxiety among Cambodian refugee women in France and the United States. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, (1998): 541-556.
- D'Souza, R F ; Rodrigo, A. " Spiritually augmented cognitive behavioural therapy" *Australas Psychiatry*. 12, 2 (2004): 148-52.
- Davis, D L; Low, S M. *Gender Health illness. The Case of Nerves*. Health Care for Women. *International Publication*. New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1989.223p.
- Davis, D L; Whitten, R G. Medical and Popular Traditions of Nerves. *Social Science and Medicine*, (1988): 26, 132-139.
- Davis, D. The Variable Character of Nerves in a New Foundation Fishing Village, *Medical Anthropology*, 11, (1989):63-78.
- Deleuze, G; Guattari, F. *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*, Valencia, Pre-Textos, 1994.
- Deleuze, G.; F. Guattari *El AntiEdipo*. Barcelona: Paidós, 1985. 522p.
- DeRubeis, R J; Gelfand, L A; Tang, T Z; Simons, A D. Medications Versus Cognitive Behavior Therapy for Severely Depressed Outpatients: Mega-Analysis of Four Randomized Comparisons. *Am J Psychiatry*,156, (1999): 1007-1013.

Deveraux, G. *Basic Problem in Ethnopsychiatry*. Chicago: The University of Chicago Press, 1980. 452p.

Dimidjian, S; Hollon, S D ; Dobson, K S; Schmaling, K B; Kohlenberg, R J; Addis, M E; Gallop, R; McGlinchey, J B; Markley, D K; Gollan, J K; Atkins, D C; Dunner, D L; Jacobson, N.S. Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, (4), (2006): 658-670.

Disderi, I. La cura del ojeo: ritual y terapia en las representaciones de los campesinos del centro-oeste de Santa Fe. *Mitológicas*, XVI, (2001): 54-67.

Dobson, C.. *Handbook of cognitive behavioral therapies*. 2001. New York: Guilford Press. 431p.

Dorozinsky, A. *Doctors and healers*. Ottawa: International Development Research Center, 1975. 321p.

Douglas, M. Perspectivas del ascetismo. En *Estilos de Pensar*. Barcelona: Gedisa. 1998, p.166-194.

Dreier, O. Psychotherapy in clients' trajectories across contexts. En Mattingly, C. & Garro, L. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkeley: University of California Press, 2000, p. 237-258.

Dresp, C. Nervios as a Culture-Bound Syndrome among Puerto Rican Women. *Smith College Studies in Social Work*, 55 (2) (1985): 115-136.

Ebert, D. ; Martus, P. Somatization as a core symptom of melancholic type of depression: Evidence from a cross-cultural study. *Journal of Affective Disorders*, 32, (1994): 253-256.

Echeburúa, E y Del Corral, P. Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, I, (2001): 161-204.

Ehrenberg, A. *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión. 2000. p.303.

Eisenberg, D.; R. Davis, S; Ettner, S; Appel, S; Wilkey, M; Van Rompay ; Kessler R. Trends in alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 280 (18) (1998):1569-75.

Eliade, M. *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económica, 1994. 272p.

- Elkin, I; Shea, M T ; Watkins JT *et al.* National Institute of Mental Health. Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46 (1989):971-82.
- Elling, R.H. The Capitalist world-system and international health. *International Journal Health Service* 11 (1981): 35-43.
- Epele, M. Rupturas, fragmentaciones sociales y drogas: crónicas de usos, abusos y muertes. *Papeles de Trabajo Rosario* n.10, (2002):126 – 144.
- Epstein, M. Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective. New York: Basic Books. 1995. 308 p.
- Fábrega, H. The scope of ethnomedical science. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 (2). June (1977): 201-228.
- Fabrissin, J; Garay, C. Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XII, (2003): 33-55.
- Fassin, D. *Pouvoir et maladie en Afrique*. París: PUF, Le Champú de la Santé. 1992. 419p.
- Fernández-Alvarez, H; Opazo-Castro, R (comp.). *La Integración en Psicoterapia: Manual de Aplicaciones*. Barcelona: Paidós, 2004. 451p.
- Fernández-Álvarez, H.. *Fundamento de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós. 1992. 340p.
- Fernández, M. La articulación de la medicina académica con la tradicional como estrategia de salud. En: *Etnomedicina* Vol. II. Naranjo, P. y A. Crespo compiladores. Quito: ABYA-YALA, UNICEF y Universidad Andina Simón Bolívar, 1997, p.289-310.
- Feyarabend, P. *Contra el método*. Buenos Aires: Planeta-Agostini. 1993. 186p.
- Finkler, K. The Universality of Nerves. En: *Gender Health illness. The Case of Nerves. Health Care for Women. International Publication*. New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1989, p. 79-88.
- Forni, F; Mallimaci, F; Cárdenas, L A.. *Guía de la diversidad religiosa de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos. 2003.430p.
- Foster, G. Hipocrates' Latin American Legacy. Humoral medicine in the new world. New York: Gordon and Breach Science Publishers. 1994. 367p.
- Foucault, M. *El yo minimalista y otras conversaciones*. Buenos Aires: Ed. La Marca.1995. 191p.

Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica, v1,1986. 575p.

Foucault, M. *Las palabras y las cosas*. Madrid: Siglo XXI. 1996. 378p.

Foucault, M. *Historia de la sexualidad*. El uso de los placeres. México: Siglo XXI. 1996. 238p.

Frake, Ch. The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao. *American Anthropologist*, 63 (1961):13-132.

Frank, E; Kupfer, D; Perel, J; *et al*. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*, 47, (1990):1093-9.

Frank, E; Anderson, B; Reynolds, C F; Ritenour, A; Kupfer, D J. Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype. *Arch Gen Psychiatry* 51, (1994):519-24 .

Frank, E. Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for patients with recurrent depression. *Psychotherapy*, 28, (1991):259-266.

Franks, C M. Orígenes, Historia Reciente, Cuestiones Actuales y Estatus Futuro de la Terapia de Conducta: Una revisión conceptual. En:Caballo, V E Comp. *Manual de técnicas y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI, 1998. p3-26

Freeman, H L. Psyiatric aspect of environmental stress. *International Journal of Mental Health*, 17,(3) (1998): 13-23.

Freud, S. (1890): *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. *Obras completas*, vol. I. Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979: 111-132.

Freud, S. *Manuscrito G*. *Obras completas*, vol. I. Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979, (1895):112-211.

Freud, S. *La interpretación de los sueños*. *Obras completas*, vols. IV-V, Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979, (1900): 1-54.

Freud, S. *Fragmento de un caso de histeria* [1901]. *Obras completas*, vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979, (1905): 1-108.

Freud, S. *Duelo y melancolía* [1915]. *Obras completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979, (1917): 235-255.

Freud, S. *Más allá del principio de placer*. *Obras completas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979, (1920): 1-62.

Freud, S. *Psicología de las masas y análisis del yo*. *Obras completas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979, (1921): 63-136.

- Freud, S. *Fragmentos de la correspondencia con Fliess* [1892-1899]. *Obras completas*, vol. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1976-1979, (1950): 211-322.
- Funes, M. Cuando la biomedicina no cura. Opciones y complementariedades terapéuticas en búsquedas de salud (Área Metropolitana). En Tomo II. Anitilde Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 217-252.
- Gabbard, O., Gunderson, J., Fonagy, P.. The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 59, (2002): 505-510.
- Galli, E. La Depresión hacia una nueva conceptualización dimensional. En *Alcmeon* Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 22 , vol VI , N° 2, (1997): 148-155.
- Gangdev, P S. Faith-assited cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, (1998): 575-578.
- Garay, C. (2002) *Ateneo Clínico. Hospital General Dr. Cosme Argerich*, p15. Inédito
- Garay, C; Korman, G; Soler, V. *Guía psicoeducativa para paciente con depresión. Material de la cátedra de Psicoterapias*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires, 2004.
- Garay, C; Fabrissin, J y Korman, G *Tratamientos combinados y complementariedad*. Inédito. 2008.
- Garay, C y Korman, G. *Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina*. Inédito. 2008.
- Garfield, S L; Bergin, A. E; *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4° Ed, New York: Willey, 1994. 612p.
- Gatere, S G. Traditional healing methods in psychiatry, Kenya. En: *The future of mental health services*. Kiev, A., W. Muya y N. Sartorius (comps.). Amsterdam: Excerpta Medica, 1980. 327p.
- Geertz, C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa. 1992. 485 p.
- Geertz, C. *Conocimiento local*. Barcelona: Paidós. 1994. p288.
- Gianni, C F; Feldman, F; López, N; Luxardo, H; Manzelli, L; Monza, M; Ponce, L; Sánchez de la Vega, J. El papel de la ética en el campo de la investigación en salud. *Trabajo presentado en las VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población del Instituto Gino Germani en julio de 2005*.

- Gomez, S. Dando sentido a la enfermedad: Oraciones, rituales tradicionales y explicaciones biomédicas en un itinerario terapéutico del Área Metropolitana. En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 199-222.
- Good, B. A body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain. En: M. J. del Vecchio et al. (comp.). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press. 1992, p. 29-48.
- Good, B. A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain. En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. M. Del Vecchio, P. E. Brodwin, B. J. Good y A. Kleinman (Eds). Berkeley: University of California Press, 1994, p.85-110.
- Good, B.. Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 20, (1996): 127-132.
- Good, C. *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press. 1987. p. 354.
- Green, E. Can Collaborative Programms between Biomedical and African Indigenous Health Practioners Succeed? En: J. Cadwell y G. Santow (comps). *Selected Readings in Cultural Social and Behavioural Determinants of Health*. Health Transition Workshop Book Nº 1. Canberra: The Australian National University Press, 1989, 165-191.
- Grimberg, M. En defensa de la salud y la vida. Demandas e iniciativas de salud en agrupamientos sociales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. *Avá. Revista de Antropología*, 7, (2005):11-30.
- Guarnaccia, P; DeLaCancela, V; Carrillo,E. Multiple Meanings of Ataque de Nervios in the Latino Community. *Medical Antropology*,11. (1) (1989):47-62.
- Guggino, E. Es el “mago” quién tiene que creer. En: *Creer y Curar la Medicina Popular*. González Alcantud y Rodríguez Becerra editores. Biblioteca de Etnología. Diputación Provincial de Granada: Granada, 1996.,143-160.
- Hamdi, E; Amin, Y; Abou-Saleh, M T. Performance of the Hamilton Depression Rating Scale in depressed patients in the United Arab Emirates. *Acta psychiatricaScandinavica*, 96, (1997): 416-423.
- Hayes, S C; Wilson, K G; Gifford, E V; Follette, V M; Strosahl, K. Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (1996):1152-1168.
- Hayes, S C; Strosahl, K D; Wilson, K G. *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press. 1999. 298p.

- Hayes, S C. Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, (2002): 58-66.
- Healy, D. *The Antidepressant Era*. London: Harvard University Press, 1997. 307p.
- Healy, D. The three faces of the antidepressants: a critical commentary on the clinical-economic context of diagnosis. *J Nerv Ment Dis*, 187, (3) (1999): 174-80.
- Healy, D. The engineers of human souls & academia. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 16, (3) (2007): 205-11.
- Heerlein, A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*, vol.40, supl.1, (2002):21-45.
- Heine, S J; Lehman, D R. Culture, self-discrepancies, and self-satisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*,25 (8), (1999): 915-925.
- Hellerstein, D J; Little, S A S; Samstag, L W; Batchelder, S; Muran, J C; Fedak, M; Kreditor, D; Rosenthal, R N; Winston, A. Adding Group Psychotherapy to Medication Treatment in Dysthymia. A Randomized Prospective Pilot Study. *J Psychother Pract*, 10(2) (2001): 93-103.
- Henderson, S; Byrne, D G; Duncan-Jones, P; Adock, S; Scott, R; Steele, G P. Social bonds in the epidemiology of neurosis. *Br J Psychiatry*,132, (1978):463-6.
- Brown, G W; Harris, T O; Hepworth, C. Life events and endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*; 51, (1994): 525-34.
- Hermesh, H; Masser-Kavitzky, R; & Gross-Isseroff, R. Obsessive-compulsive disorder and Jewish religiosity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, (2003): 201–203.
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill. 2003. 705p.
- Hernández, A M. Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista Asociada Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVIII nº68, (1998):644-59.
- Higgins, E T. Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? En Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*. San Diego: Academic Press, (Vol.22), 1989, p.93-136.
- Hillert, A; Sandmann, J; Ehmig, S C; Weisbecker, H; Kepplinger, H M; Benkert, O. The general public's cognitive and emotional perception of mental illness: an alternative to attitude-research. In *The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Edited by: Guimon J., Fischer W., Sartorius N. Basel: Karger;1999, p.56-71.

- Hoffmann, S G; Asmundson, G J G. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clin Psychol Rev*, Jan;28(1) (2008):1-16.
- Hollon, S D; DeRubeis, R J; Shelton, R C; Amsterdam, J D; Salomon, R M; O'Reardon, J P; Lovett, M L; Young, P R; Haman, K L. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, Apr;62(4) (2005):417-22.
- Hollon, S D; Thase, M E; Markowitz, J C. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3 (suppl. 2), (2002): 39–77.
- Hsia, C C; Balow D H. On the Nature of Culturally Bound Síndromes in the Nosology of Mental Disorders. *Transcultural Psychiatry*, vol 38(4) (2001): 474-476.
- Hughes, C C. The Glossary of «Culture Bound Syndromes » in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*, 35, (3) (1998): 412-421.
- Hugo, C J; Boshoff, D; Traut, A; Zungu-Dirwayi, N; Stein D J. Community attitude toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, (2003):715-719.
- Hunsley, J; Dobson, K; Johnston, C; Mikail, S. Empirically supported treatments in psychology: implications for Canadian professional psychology. *Can Psicol.*; 40, (1999):289-302.
- Husserl, E. Ideas relativas a una fenomenología pura y filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económico. 1985. p231.
- Hwu, H G; Chang, I; Chang, C J; Yeh, L L. Major depressive disorder in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (8), (1996):497-502
- Idoyaga Molina, A. Ethnomedicine and world-view. A comparative analyzis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology and Medicine*, 4 (2), (1997):64-79.
- Idoyaga Molina, A. Núcleos de conflicto entre la medicina científica y las medicinas tradicionales en la Argentina. *The Intercultural Journal of Intercultural Studies*,25, (1998): 98-123.
- Idoyaga Molina, A. La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnologica*, XXI, (1999 a.):121-145.

Idoyaga Molina, A. El simbolismo de lo cálido y lo frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre criollos de San Juan (Argentina). *Mitológicas*, XIV, (1999 b):1-46.

Idoyaga Molina, A. La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnologica*, XXII, (2000 a): 21-86.

Idoyaga Molina, A. Natural and Mythical Explanations on the taxonomies disease in Northwestern Argentina (NWA). *Acta Americana*, 8 (1), (2000 b):76-98.

Idoyaga Molina, A. *Shamanismo, brujería y poder en América Latina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET. 2000 c. 233p.

Idoyaga Molina, A. Etiologías, síntomas y eficacia terapéutica. El proceso diagnóstico de la enfermedad en el Noroeste Argentino y Cuyo. *Mitológicas*, XVI, (2001):65-111.

Idoyaga Molina, A. Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina. Buenos Aires: CAEA-CONICET. 2002a. 319p.

Idoyaga Molina, A. The Illness as ritual Imbalance.in Northwestern Argentina. *Latin American Indian Literatures Journal*, 18 (2) (2002 b):54-62.

Idoyaga Molina, A. Entre los nervios, el mal-hecho y la locura. Las vivencias de enfermedad de una inmigrante mexicana en Chicago. En: *Folklore Latinoamericano*, Tomo V. Buenos Aires: Confolk , 2003, p.43-46.

Idoyaga Molina, A. Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, XXVII (2005): 117-147.

Idoyaga Molina. La salud la terapia y la diversidad. En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 5-87.

Idoyaga Molina, A; Korman, G. Alcances y límites de la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires. *Scripta Ethnologica*, Vol. XXIV. (2002):173-214.

Idoyaga Molina, A; Korman, G. Síndromes dependientes de la cultura (DSM-IV) en el NOA (Noroeste Argentino). *Memorias de las X Jornadas de Investigación. Salud, Educación, Justicia y Trabajo*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA, tomo I, (2003): 69-72.

Idoyaga Molina, A; Korman, G. Los Nervios. ¿Un Taxon Biomedico o un Síndrome dependiente de la Cultura? *Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Salud, Educación, Justicia y Trabajo*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA (2004):48-50.

- Idoyaga Molina, A; Korman, G. Los nervios, las antiguas teoría biomédicas y las concepciones actuales en contextos socioculturales de Argentina. Memorias de las XII Jornadas de Investigación. Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología (2005):42-44.
- Idoyaga Molina, A; Korman, G. De la locura sagrada a los síndromes dependientes de la cultura. Reflexiones sobre los cambios entre cultura, mente y enfermedad. En evaluación (2008).
- Idoyaga Molina, A; Krause, C. The pathway of healing of a Creole adolescent from San Juan. *Bulletin of Urgent anthropological and Ethnological Research*. 47,(2002): 211-218.
- Idoyaga Molina, A; Luxardo, N. Los pacientes con cáncer y la complementariedad terapéutica en Buenos Aires. *Kallawaya*, 10-11, (2003): 67-85.
- Idoyaga Molina, A; Luxardo, N. Experiencia de nervios entre mexicanos residentes en Estados Unidos. *Scripta Ethnologica*, XXVI. CAEA-CONICET. (2004): 117-187.
- Idoyaga Molina, A; Luxardo, N. Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina*, 5 (2), (2005): 390-94.
- Idoyaga Molina, A; Brandi, A; Saizar, M; Viotti, N; Korman, G; Alfonso, Y. Migración y complementariedad terapéutica. El desarrollo de estrategias adaptativas en la atención de la salud entre la población de origen rural en el Gran Buenos Aires. *Signos*, XXII N° 39, (2003): 171-199.
- Jackson, S W. *Melancholia & Depression*. Yale University Press, New Heaven, 1986. p321.
- Jacobson, N S; Dobson, K; Fruzzetti, A E; Schmaling, K B; Salusky, S. Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 ,(1991): 547-557.
- Janzen, J M. The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems. *Social Science and Medicine* 12, (1978):121-9.
- Jenkins, J H; Cofresi, N. The sociomatic course of depression and trauma: A cultural analysis of suffering and resilience in the life of a Puerto Rican woman. *Psychosomatic Medicine*, 60, (1998):439-447.
- Jenkins, J H. Subjective experience of persistent schizophrenia and depression among U.S. Latinos and Euro Americans. *British Journal of Psychiatry*, 171, (1997): 20-25.
- Jenkins, J. Conceptions fotómetro Schizophrenia as a problem of Nerves. *Social Science and Medicine*, 12, (1988a):1233-243.

Jenkins, J H. Etnopsychiatric Interpretations of Schizophrenic Illness: The problem of Nervios within Mexican American Families. *Culture Medicine and Psychiatry*, 12 (3) (1988b):301-329.

Jilek, W G. Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 245, (1995): 231-238.

Johnson, M. *The Body in the Mind: the bodily basis of meaning, imagination and reason*. Chicago: University of Chicago Press, XXXVIII, 1987. 233p.

Johnson, W B. Christian rational emotive therapy: a treatment protocol. *Journal of Psychology and Christianity*, 12, (1992): 254-261.

Jorm, A F; Korten, A E; Jacomb, P A; Christensen, H; Rodgers, B; Pollitt, P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 166, (1997a):182-186.

Jorm, A F; Korten, A E; Rodgers, B; Pollitt, P; Jacomb, P A; Christensen, T; Jiao, Z. Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, (1997b): 468-473.

Jorm, A F; Korten, A E; Jacomb, P A; Rodgers, B; Pollitt, P; Christensen, H; Henderson, S. Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public. *Br J Psychiatry*, 171, (1997c): 233-237.

Jorm, A F; Korten, A E; Jacomb, P A; Rodgers, B; Pollitt, P. Beliefs about the helpfulness of interventions for mental disorders: a comparison of general practitioners, psychiatrists and clinical psychologists. *Aust N Z J Psychiatry*, 31, (1997d): 844-851.

Jorm, A F. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*, 177, (2000):396-401.

Jorm, A F; Angermeyer, M; Katschnig, H. Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews G, Henderson AS (eds) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, p. 399-413.

Jorm, A F; Christensen, H; Griffiths, K M; Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Med J Aust*, 176, (2002):84-96.

Jorm, A F; Christensen, H; Griffiths, K M; Parslow, R A; Rodgers, B; Blewitt, KA. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Med. J Aust*, 181, (7) (2004):29-46.

- Jorm, A F; Nakane, Y; Christensen, H; Yoshioka, K; Griffiths, K; Wata. Y. Public beliefs about treatment and outcome fo mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *NMC Med*, (2005): 3-12.
- Jorm, A F; Griffiths, K M. Population promotion of informal self-help strategies for early intervention against depression and anxiety. *Psychol Med.*, 36,(1) (2006):3-6.
- Jorm, A F. Characteristics of Australians who reported consulting a psychologist for a health problem: an analysis of data from the 1989-90 National Health Survey. *Aust Psychol*, 29, (1994): 212-215.
- Josephson, A M; Peteet, J R. *Handbook of spiritually and worldview in clinical practice*. American Psyquiatric Publishing. 2004. 179 p.
- Judo, L L; Paulus, M J; Schettler, P J; Akiskal, H S; Endicott, J; Leon, A C; Maser, J D; Mueller, T; Solomon, D A; Keller, M B. Does Incomplete Recovery From First Lifetime Major Depressive Episode Herald a Chronic Course of Illness? *Am J Psychiatry* 157, (2000):1501-1504.
- Jufe, G. *Psicofarmacología Práctica*. Buenos Aires: Polemos. 2001. 334p.
- Kabat-Zinn, J. *Full Catastrophe Living : Using the Wisdom of your mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell Publishing. 1990. 512p.
- Kaelber, Ch T; Moul, D E; Farmer, M E. Epidemiology of Depression. En Beckham E.E. & Leber W.R. (eds.): *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press, 1995, p3-35.
- Kalinsky, B; Arrúe W. *Claves Antropológicas de la Salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores. 1996. p. 304.
- Kardiner, A. (Ed.). *The individual and his society*. New York: Columbia University Press, 1939. 389p.
- Katz, M M; LeBars, P; Itil, T M; Prilipko, L; De Giralamo, G. A cross-national case study of depresión: Video análisis of symptoms and expressive behavior by clinicians from fourteen national settings. *Integrative Psychiatry*, 10, (2) (1994):117-190.
- Kazez, R. El Algoritmo David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (2003): 140-152.
- Keegan, E. Trastornos de la ansiedad: la perspectiva cognitiva. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. IX. No. 33. (1998):197-209.
- Keegan, E. El abordaje cognitivo de los trastornos de los estados de ánimo. El inicio de una nueva era en la psicoterapia. En *Actualidad Psicológica*. No. 292 (2001):13-16.

Keegan, E. *El papel de la cultura en la terapia cognitiva*. Comunicación al Por Congreso Latinoamericano de Terapias Cognitivas, ALAPCO, Buenos Aires Argentina, 5 al 7 de Mayo de 2006.

Keegan, E. *Ensayos de Terapia Cognitiva*. Buenos Aires: EUDEBA. 2007. 197p.

Keegan, E; Korman, G. El papel de las creencias en la teoría y la terapia cognitiva. En *Escritos de Psicoterapia cognitiva*” comp. Dr. Eduardo Keegan. Buenos Aires: Eudeba, 2007, p.85-97.

Keller, M B; Lavori, P W; Mueller, T I; Endicott, J; Coryell, W; Hirschfeld, R M; Shea, T Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Archives of General Psychiatry*,47, (1990): 519-526.

Kelly, G. *Psychology of personal contracts* New York: Norton & CO. 1955. 764p.

Kernberg, O.. Psychoanalytic Contributions to Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 59, (2002): 497-498.

Kessler, R C; MacGonagle, K A; Zhao, S; Nelson, C B; Hughes, M; Eshleman, S; Wittchen, H U; Kendler, K S. Lefetime and 12-Month prevalence of DSM-III-R psyquiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51 (2) (1994):8-10.

Kichik, R. *Introducción a las intervenciones psicológicas basadas en evidencia*. Ficha de cátedra, Clínica Psicológica y Psicoterapias: Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas, Cát. II, Universidad de Buenos Aires. 2004. 56p.

Kiev, A. *Curanderismo: Mexican-American Folk Psychiatry*. New York: Free Press, 1968. 243p.

Kirmayer, L J. The Fate of Culture in DSM-IV. *Transcultural Psyquiatry*, 35, (3) (1998):339-343.

Kirmayer, L J. Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety Implications for Diagnosis and Treatment. *J Clin Psyquiatry* , 62 ,(suppl 13)(2001): 22-28.

Kirsch, I; Sapirstein, G. Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Andidepressant Mecidaction. *Prevention and Treatment*, nº1, 1998, artículo 0002a. Disponible en www.journals.apa.org/prevention/volume1/pre0010002a.html. Acceso en Junio del 2007.

Klappenbach, H. Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología*, 27, (1) (2006): 109-164.

Kleinman, A. Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, (1978): 63-75.

Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press. 1981. 427p.

Kleinman, A. Neurasthenia and depression: A study of socialization and culture in China. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 6(2), (1982): 117-190 .

Kleinman, A. Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China. New Haven: Yale University Press, 1986. p344.

Kleinman, A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Free Press. 1989. 304 p.

Kleinman, A. *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. California: University of California Press. 1997. 300 p.

Kleinman, A; Brodwin, B J; Good, B J; Del Vecchio Good, M J. Pain as Human Experience: An introduction. En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (eds) DelVecchio Good, M J; Brodwin, P E; Good, B J; Kleinman, A. Berkley: University of California Press, 1994. p.6-75.

Klerman, G L; Weissman, M M. New applications of Interpersonal Psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press. 1993. 184p.

Klerman, G L; Weissman, M M; Rounsaville, B J; Chevron, E S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984. 231p.

Koenig, H G. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice [Essay]. *JAMA*, 284,(13) (2000):1708.

Koenig, H G. Religion and Medicine II: religion, mental health and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 31(1) (2001):97-109.

Korman, G. Trastornos Mentales, Taxa Vernáculos en la atención de la salud en contextos interculturales.2004a. 209 p.

Korman, G. Cultura y modelos psicopatológicos. Ansiedad y estrés desde una perspectiva transcultural. *Folklore Latinoamericano, Volumen V* Editorial Confolk, Argentina, 2004b. 201-213 p.

Korman, G. Herramientas teóricas para el profesional de la salud mental en contextos interculturales. *Clepios, Revista de residentes de salud mental*. N°3 –volumen XI-. Septiembre del 2005, pp124-129.

Korman, G. Depresión y Taxa Vernáculos en la Atención de la salud en contextos interculturales. Tesis Doctoral IUNA-CAEA-CONICET.A. 2006a. 318p.

- Korman, G. Los síndromes dependientes de la cultura, los *taxa* vernáculos y la atención de la salud mental. *Perspectivas Latinoamericanas, Cuadernos de Investigaciones del Mundo Latino*, N3, (2006b): 173-197.
- Korman, G. Psicoterapias para el Tratamiento de los Trastornos Mentales. Deconstruyendo mitos sobre exclusividades teóricas del psicoanálisis. *Mitológicas*. Vol. XXI , (2006c):97-110.
- Korman G; Garay C. Prácticas terapéuticas con alusión a lo sagrado y su relevancia para el psicólogo clínico de orientación cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XIII N° 3. (2005a): 45-52.
- Korman, G; Garay, C. La envidia, el contexto social, la terapéutica ritual y sagrada en el área metropolitana de buenos aires. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, tomo II, (2005b):401-403.
- Korman, G; Garay, C. Terapia cognitiva y yoga. La inclusión del yoga como terapia complementaria de la psicoterapia cognitiva en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Investigaciones en Psicología*, (2007):85-96.
- Korman, G; Saizar, M. Reflexiones en torno a la inclusión del yoga como terapia complementaria en los tratamientos psicoterapéuticos cognitivos en Buenos Aires. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*. Vol. 5 n. 13, (2006): 97-110.
- Korman, G, Garay, C; Etchevers, M. Impacto de las categorías culturales de la Asociación Americana de Psiquiatría en las Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. *Premio Facultad de Psicología* Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.. Ed. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología (2007), p. 11-28.
- Korman, G; Garay, C; Etchevers, M; Sarudiansky, M. Religiosidad y psicoterapia. Conocimiento de la diversidad religiosa en psicoterapeutas de la Argentina. 2008. Inédito.
- Koss-Chioino, J. Experience of nervousness and anxiety disorders in Puerto Rican women. *Health Care of Women International*, 10 (2-3) (1989):245-72.
- Koss-Chioino, J D. Depression among Puerto Rican women: Culture, etiology and diagnosis. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21(3)(1999): 330-350.
- Krause, L B. Sinking heart: A Punjabi communication of distress. *Social Science and Medicine*, 29, 4, (1989): 563-575.
- Kriz, J. *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu. 2002. 410p.

- Kunitz, S J. Underdevelopment, demographic change, health care on the Navajo Indian Reservation. *Social Science and Medicine*, 15A, (1981):175-92.
- Kupfer, D J. Psychological treatment in prevention of relapse. In: Montgomery SA, Ruillon F (eds). Longterm treatment of recurrent depression. *J Affective Disorders*, 27, (1993):139-45.
- Kupfer, D J; Frank, E; Perel, J M; Cornes, C; Mallinger, A G; Thase, M E; McEachran, A B; Grochocinski, V J. Fiveyear outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, (1992):769-773.
- Lakoff, G; Kovecses, Z. The Cognitive Model of Anger Inherent in American English. En: Holland, D.; Quinn, N. *Cultural Models in Language an Thought* , Cambridge: Cambridge University Press, 1987, p.195-221.
- Lambert, M J. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. En Norcross, J C; Goldfried, J. (eds). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books, 1992. p 46–93.
- Laplantine, F. Estudio Etnológico de las representaciones etiológicas y terapéuticas en la Sociedad Occidental Contemporánea. Buenos Aires: Ediciones del Sol. 1999. p. 369.
- Larson, D; Pattison, M; Blazer, D; Omran, A; Kaplan, B. Systematic analysis of research on religious variables in four major psyquiatric journals, 1978-1982. *American Journal of Psychiatry*, 143, (1986):329-334.
- Larson, D; Donahue, M; Lyons, J; Benson, P; Worthington, E; Blazer, D. Religious affiliations in mental health research samples as compared with national samples. *Journal of Nervous and mental disease*. (1989): 177, 109-111.
- Lau, M A. Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Integrando la Conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para reducir el riesgo de la recaída en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XIII Nº 3, (2005): 7-15.
- Le Vine, R A. Culture, Behaviour, and Personality. Chicago: Aldine Publishing, 1973. p.212.
- Leahy, R.. Cognitive Therapy Techniques. A practitioner´s guide. 2003. New York: Guilford Press. p.339.
- Leichsenring, F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21 (3) (2001): 401-419.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E.. The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, (2004): 1208-1216.

- Lepine, J P; Gatspar, M; Medlewicz, J; Tylee, A. Depression in the community: The first pan-European Study Depres (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*,12, (1997):19-29.
- Leslie, C. Medical pluralism in world perspective. *Social Science and Medicine*, 14B, (1980):39-44.
- Lewinsohn, P M; Gotlib, I H. Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression*. Nueva York: Guilford, 1995, 352-375.
- Lewinsohn, P M; Allen, N.B., Seeley, J.R. y Gotlib, I.H. First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychological risk. *Journal of Abnormal Psychology*,108, (1999):483-489.
- Lewinsohn, P M. The behavioral study and treatment of depression. In *Progress in Behavior Modification*, vol. 1. New York: Academic Press, 1975 p. 19-64.
- Lewinsohn, P M; Hoberman, H; Teri, L; Hautzinger, M. An integrative theory of depression. En Reiss, S; Bootzin, R R., eds., *Theoretical issues in behavior therapy* Orlando: Academic Press, 1985, p.331-359.
- Lewis-Fernandez, R. Cultural formulation of psychiatric diagnosis.. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 20, (1996):133-144.
- Lewis-Fernandez, R. A Culture Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section. *Transcultural Psychiatry*, 35 (3) (1998):387-400.
- Lewis-Fernandez, R; Kleimann, A. Culture, personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*,103 (1)(1994):67-71.
- Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.:Disponible en <http://www.buenosaires.gov.ar/>. Acceso en Enero del 2008.
- Liggan, D Y; Kay J. Some Neurobiological Aspects of Psychotherapy. A. review. *J Psychother Pract Res* 8(2) (1999): 103-118.
- Lin, K M; Lau, J K; Yamamoto, J; Zheng, Y P; Kim, H S; Nakasaki, G. *Hwa-byung*: A community study of Korean Americans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (6) (1992):386-391.
- Lineham, M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. 1993. p. 558.
- Linton, R. *The Cultural background of personality*. New York y London: Appleton Century Co, 1945. 548p.

Lock, M; Dunk, P. My Nerves are Broken. En: *Health and Canadian Society : Sociological Perspectives*. Coburn, D; D'Arcy, C; Torrance, G.; Toronto: News, eds, 1987, p.47-51.

Lock, M. & M. Nichter 2002. Introduction: From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices. En *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*. London and New York: Routledge.

López Ibor, J J. En Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud N° 10 (CIE-10). Meditor, Madrid, 1994, p. XI-XII.

Loustaunau, M; Sobo E J. *The Cultural Context of Health, Illness, and Medicine*. Westport: Bergin and Garvey. 1997.365p.

Low, S M. Meaning of *Nervios*: A Sociocultural Analysis of Symptom Presentation in San José, Costa Rica. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 (1) (1981):25-47.

Low, S M. Embodied Metaphors: nerves as lived experience. En: *Embodiment and Experience*. Csordas, C. (comp.) Cambridge University Press, 1994, p.23-65.

Luborsky, L; Singer, B; Luborsky, L. Comparative studies of psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 32, (1975):995-1008.

Lukoff, D; Lu, F; Turner, R. Toward a more culturally sensitive *DSM-IV*: Psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 180, (1992): 673-682.

Lutz, C A. Depression and the translation of emotional worlds. En Kleinman, A. ; B. Good (Editors), *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press, 1985, p. 63-100.

Luxardo, N. El Cientificismo y las modalidades de atención en los centros de salud del Gran Buenos Aires. *Scripta Ethnologica*, XX, (1998): 34-58.

Luxardo, N. Los centros de Salud: Equilibrios y desequilibrios en la oferta y la demanda de servicios. En: *Folklore Latinoamericano*, Tomo III. Buenos Aires: Confolk. 2002, 1999, p. 112-119.

Luxardo, N. *Cáncer: Historia, Representaciones y Terapia*. Tesis de Maestría de FLACSO. Inédito, 2005. p.152.

Luxardo, N. Las "alternativas" del cáncer. Configuración y dinámica de un campo de búsqueda y acciones terapéuticas (no formales). Tesis Doctoral de la Universidad Nacional de Buenos Aires, 2007. p.254.

- Madrid, L. Intoxicaciones y Prevenciones: estudio preliminar desde una perspectiva antropológica. *Kallawaya*, 3,(1989): 132-143.
- Maizes, V. The principles and challenges of integrative medicine. More than a combination of traditional and alternative therapies. Disponible en: www.integrativemedicine.arizona.edu/publications/ Fecha de acceso: marzo de 2007.
- Maldavsky, D. *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988.
- Maldavsky, D. y otros. *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*. Buenos Aires: UCES, 2005. p310.
- Maldavsky, D. Categorías e instrumentos diagnósticos en la clínica psicoanalítica. La detección de la fijación libidinal y la defensa con el algoritmo David Liberman. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (2006): 73-203.
- Maldavsky, D. Un análisis de tres niveles (estructura psíquica, intrasesión, intersubjetividad) de una primera sesión de 15 años atrás (Ms. Smithfield) usando el algoritmo David Liberman. *Revistas del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, (2008): 79-116.
- Malinowski, B. *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje*. Barcelona: Ariel. 1973. p.153.
- Mamtani, R; Cimino A: "A primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems." *Psychiatr Q*. Winter;73, 4 (2002):367-81.
- Manson, S M; Kleinman, A: DSM-IV, Culture and Mood Disorders: A Critical Reflection on Recent Progress. *Transcultural Psychiatry*, 35, (3) (1998): 377-386.
- Markus, H R; Kitayama, S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98 (2) (1991):224-253.
- Martinez, G J. "Llotaique Nachalaataxac" o "Buscando vida": Escenarios, actores e itinerarios en el sistema etnomédico Toba (Río Bermejito, Chaco).En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 401-424.
- Mason, O; Hargreaves, I. A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology* 74,K(2001) 197-212.
- Mauss, M. La cohesión social en las sociedades polisegmentarias. En: *Obras*, Tomo II. Barcelona: Seix Barral, 1972. 437p.

- Mazure, C M; Bruce, M L; Maciejewski, P K; Jacobs, S C. Adverse Life Events and Cognitive-Personality Characteristics in the Prediction of Major Depression and Antidepressant Response *Am J Psychiatry* 157, (2000):896-903.
- Mbiti, J S. 1970. *African religions and philosophy*. New York: Anchor Books.p.197.
- Mc Guire, M. *Ritual Healing in Suburban America*. New Jersey and London: Ed Rutgers University Press. 1998. p.324.
- McKeon, P; Carrick, S. Public attitudes to depression: a national survey. *Ir J Psychol Med*, 8, (1991):116-121.
- McMullin, R. E.. *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York: Norton professional books. 2000. p.487.
- Mead, M. Sexo y temperamento en las sociedades primitivas. Barcelona: Laia. 1973. p.435.
- Mehl, L. El shamanismo moderno: Integración de la biomedicine con las visiones tradicionales del mundo. En: *EIL viaje del Chamán*. M. Harner,. Barcelona: Kariós. 1989. p.532.
- Mendlewicz J. Optimising antidepressant use in clinical practice: towards criteria for antidepressant selection. *Br J Psychiatry* 179, (2001): s1-s3.
- Menéndez, E. Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En *La antropología médica en México* (comp.) R. Campos. México: Antologías Universitarias. Nuevos enfoques en ciencias sociales. 1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? U.A.M. Iztapalapa: Alteridades ,1992, p.71-83.
- Mera, C. La Inmigración Coreana en Buenos Aires. Multiculturalismo en el Espacio Urbano. Buenos Aires: Eudeba. 1998. P182.
- Merikangas, K R; Eaton, J; Canino, G; Rubio-Sitipepec, M; Wacker, H; Wittchen, H; Andrade, L; Essau, C; Whitacherm A; Kraemer, H; Robins, L N; Kupfer, D J. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorder and substance misuse: Results of international task force. *British Journal of Psychiatry* , 30 (1996):58-67.
- Merleau Ponty, M. *La Fenomenología y las Ciencias del Hombre*. Buenos Aires: Biblioteca NOVA de Psicología, 1969. 109 p.
- Meyer A. *Psychobiology: a science of man*. Springfield: Thomas, 1957. p.233.
- Ministerio de Salud. Dirección general de salud mental (DGSM). Ministerio de salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Programa de investigación y vigilancia epidemiológica en salud mental. Disponible en :

044/ss/2004.http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/programas/smp_pivesam.php. Fecha de acceso en Marzo del 2006.

Ministerio de Salud del Perú. Taller de Validación de las Guías de Práctica Clínica en Salud Mental. 2006. Disponible en: <http://www.colegiopsicologosperu.org/consejonacional.htm/>. Fecha de acceso en Julio del 2007.

Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud 2001. *Estadísticas Vitales. Información Básica año 2000*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/anuario00.pdf>. Fecha de acceso: julio de 2002.

Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Serie Guías Clínicas MINSAL N° XX, 1° edición. Santiago: Disponible <http://www.minsal.cl/pdf/al/>. Fecha de ingreso Junio del 2007.

Morón, F; Jardines, J. La medicina tradicional en las universidades médicas. En: *Etnomedicina* Vol. II. Naranjo, P. y A. Crespo compiladores. Quito: ABYA-YALA, UNICEF y Universidad Andina Simón Bolívar, 1997, p.346-356.

Muñoz, Pablo. *Génesis y delimitación del concepto de pasaje al acto en la primera parte de la obra de J. Lacan*. Tesis de Maestría de Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 2006. p156. Inédita

Muñoz, R; Hollon, S; McGrath, E; Rehm, L; VandenBos, G. On the A.H.C.P.R. Depression in Primary Care Guidelines. *Am Psychol*, 49 (1) (1994): 42-61.

Murphy, J M; Olivier, D C; Monson, R R; Sobol, A M; Federman, E B; Leighton, A H Depression and anxiety in relation to social status: A prospective epidemiologic study. *Archives of General Psychiatry*, 48(3) (1991):223-229.

Murray, O L; Lopez, A D. *The global burden of disease*. 1998. Cambridge: Harvard University Press. 462p.

Nahin, R; Straus, S.. Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. *BMJ* 322, (2001):161-4.

Nathan, T. *El sermón del Diablo. Elementos de psicoterapia*. Buenos Aires: Losada, 1991. 126p.

Nathan, T. *La influencia que cura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1997. 200p.

National Institute for Health and Clinical Excellence. '*The guidelines manual*'. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/>. Fecha de ingreso Enero del 2008.

Nations, M L;. Canino, L; Walter, F. «Nerves» Folk Idiom for anxiety and Depression. *Social Science and Medicine*, 26, (1989):1245-59.

- Nemirovsky, M. Farmacoeconomía y su relación con los psicofármacos en Salud Mental. *Psicofarmacología* N°5, (2000): 8-12.
- Nezu, A.M. A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, (1987):121-144.
- Nicholi, A.M. Introduction: Definition and Significance of a Worldview. En Josephson, A.M. & Peter, J. R. (comp.): *Handbook of Spirituality and Worldview in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc, 2004, p.2-22.
- O'Connor, B. Healing traditions, Alternative Medicine and the Health professions. University of Pennsylvania Press. 1995. p.287.
- O'Connor, S. & Vanderberg, B. Psychosis or Faith? Clinicians' Assessment of Religious Belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 73, N 4, (2005): 610-616.
- Obeyeskere, G. Depression, Buddhism, and the work of culture in Sri Lanka. In Kleinman A.; Good, B. (editors), *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1985, p.134-152.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Declaración de Alama ATA, 1978. Disponible en [HTTP://WWW.INCLUSIONA.ORG/ESPA%F1OL/NORM/ALMAATA-02-1.PDF](http://www.inclusiona.org/ESPA%F1OL/NORM/ALMAATA-02-1.PDF). Fecha de ingreso Enero del 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10). Versión multiaxial para adultos. Madrid: Meditor, 1992. 315p.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias para la Medicina Tradicional 2001-2005. Genova: Organización Mundial de la Salud. 2002. 612p.
- Pages Larraya, F. "El complejo cultural de la locura en los moro-ayoreos", *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 19, 1973, p253-264.
- Palma, N. Reflexiones acerca de la enseñanza de la medicina en la Universidad de La Plata. Cátedra: Salud, Medicina y Sociedad. *Kallawaya*, 2. (1995):75-84.
- Pang, K Y C. Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: narration and the healing process. *Culture Medicine and Psychiatry*. 22(1) (1998):93-122.
- Patel; A; . Kleinman, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization.*, 81 (8) (2003): 609-615.
- Patel, V. Spiritual distress: an indigenous model of nonpsychotic mental illness in primary care in Harare, Zimbabwe. *Acta Psychiatr Scand* 92, (1995): 103-107.

- Patel, V; Araya, R; de Lima, M.; Ludermir, A.; Todd, C. Women poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, 49, (1999):1461-1471.
- Pérez de Nucci, A. Magia Chamanismo en la Medicina Popular del Noroeste Argentino. San Miguel de Tucumán: Editorial Universitaria de Tucumán. 1989. p.156.
- Piaget, Jean. *Seis estudios de Psicología*. Barcelona. Seix Barral. 1973. p.238.
- Pillsbury, B L K. *Traditional health care in the Near East*. Washington: Near East Bureau, Health Nutrition Division, United States Agency for International Development, 1978. 311p.
- Pitluk, R. El shiatsu. Efectos terapéuticos e impacto cosmovisional en pacientes urbanos. *Scripta Ethnologica*, XXIV, (2002): 63-75.
- Priest, R G.; Vize, C; Roberts A; Roberts, M; Tylee, A. Lay people's attitudes to treatment for depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ*, 313, (1996):858-859.
- Plotkin, M. B. *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana, 2003. p320.
- Propst, L R, Ostrom, R, Watkns P, Dean, T, Mashburn D. "Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals." *J Consult Clin Psychol*. Feb; 60, 1, 1992: 94-103.
- Regier, D A; Hirschfeld, R M A; Goodwin, F K; Burke, J D; Lazar, J B; Judd, L L. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry*, 1988, 145: 1351-1357.
- Ribert, K. Al médico o a la curandera. Uso de las distintas opciones de curación en un pueblo de Andalucía oriental. En: *Creer y Curar la Medicina Popular*. González Alcantud y Rodríguez Becerra editores. Biblioteca de Etnología. Diputación Provincial de Granada: Granada, 1996, p. 483-496.
- Richards, P; Bergin, A E. *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington: American Psychological Association. 1997. p. 518.
- Rivers, W H R. *Medicine, magic and Religion*. Londres: Routledge and Kegan Paul.1924. p.211.
- Rock David: Argentina 1516-1983. *Desde la colonización española hasta Raúl Alfonsín*. Buenos Aires: Alianza. 1989. p.327.
- Rogler, L H. Culture in psychiatric diagnosis: An issue of scientific accuracy. *Psychiatry*, 56, (1993): 324-327.

- Roheim, G. *Psicoanálisis y Antropología*. Buenos Aires: Sudamericana, 1973. 660p.
- Rosenbaum, R. *Zen and the heart of psychotherapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel. 1999. p. 320.
- Rossi, N. Nuevas terapias complementarias. La medicina dulce. *Nueva N° 629*, (2003):16-22.
- Roth, A; Fonagy, P.. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford. 2004. p.464.
- Rubel, A. The epidemiology of a folk illness: susto in Hispanic America. *Ethnology*, 3 (3) (1964):268-283.
- Rubel, A; O'neil, C; Collado Ardán, R. Introducción al susto. En: *Antropología Médica en México*. Tomo II R. Campos Navarro (Comp.). México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992, p.105-120.
- Rubel, A J; Hass, M R,. Ethnomedicine. En Sargent, C F; Johnson, T M (Eds.). *Medical anthropology: contemporary theory and method* (revised ed., pp. 113–130). Westport, CT:Praeger.
- Rubin, J B. *Psychotherapy and Buddhism*. New York: Plenum. 1996. 228 p.
- Sacco, W P; Beck, A T. Theory and cognitive therapy. En Beckham, E E; Leber WR (eds.). *Handbook of Depression*. New York, Guilford Press, .1995, p.329- 351.
- Sachs, L. Misunderstanding as therapy: Doctors, patients and medicines in a rural Clinic in Sri Lanka. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 13, 2 (1989): 112-132.
- Saizar, Mercedes. La relación médico paciente. Conflictos cotidianos desde la perspectiva del usuario. *Conceptos, Boletín de la Universidad del Museo Social Argentino*, 77(1) (2002): 23-29.
- Saizar, M. El yoga y los discursos sobre la salud. *Mitológicas*, XVIII, (2003): 45-83.
- Saizar, M. Nuevos caminos en la búsqueda de la salud. El yoga en el área metropolitana. Buenos Aires: tesis de Maestría del Instituto Universitario Nacional del Arte, 2004. 167p.
- Saizar, M. Cuando el Dr Usui meditó en el Monte Kurama. Una aproximación al análisis del mito de origen del Reiki Usui. *Mitológicas*, XX, (2005): 41-68.
- Saizar, M. Reflexiones en torno a la complementariedad terapéutica entre usuarios del Yoga en Buenos Aires, Argentina. *Mitológicas* XXI, (2006): 36-58.
- Saizar, M. Elecciones diferentes y una búsqueda en común. La selección de terapias en sectores medios y urbanos de Buenos Aires. En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp.

Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 223-282.

Sanderson, W.C.: Why we need Evidence-Based Psychotherapy Practice Guidelines. *Medscape General Medicine*, 4(4)(2002). Disponible en www.medscape.com/viewarticle/445080: Fecha de ingreso Enero del 2008.

Sansebastián, M; Goicolea, I. Promotores de salud comunitarios. Una alternativa en la Amazonia ecuatoriana. En: *Etnomedicina* Vol. II. Naranjo, P. Y A. Crespo Compiladores. Quito: ABYA-YALA, UNICEF y Universidad Andina Simón Bolívar, 1997, p. 354-367.

Safran, J D; Geenberg, L S. Feeling, thinking and acting: A cognitive framework for psychotherapy integration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol 2 N°1, (1988): 109-130.

Sartorius, N; Ünstün, T B; Lecrubier, Y, et al. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl.30), (1996):38-43.

Sarudiansky, M. Sexualidad femenina. Las respuestas de las medicinas oficiales y nuevas búsquedas terapéuticas en Buenos Aires. En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 283-296.

Schramm, E. *Psicoterapia Interpersonal*. Ed. Masson, Barcelona. 1998. 340p.

Schutz, A. 1972. Fenomenología del mundo social. Introducción a la Sociología Comprensiva. Buenos Aires: Paidós. 1972. 280p.

Serfaty, E; Andrade, J; D'Aquila, H; Masaútis, A E; Foglia, V L. Depresión grave y factores de riesgo en la ciudad de Buenos Aires (1991). *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 12 vol. 3, N° 4, (1994):290-296.

Segal, Z V, Williams, J M G; Teasdale J D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York (NY): Guilford Press; 2002. 351p.

Semerari, A. Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós. 2002. P.284.

Shafranske, E P; Malony, H.N. Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, (1990): 72-78.

Schieffelin, E. Performance and the Cultural Construction of Reality. *American Ethnologist*, 12, (1985):321-329.

- Silberman, S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*. vol.44, no.4, (2002): 289-296.
- Simon, G E; Von Korff, M; Piccinelli, M; et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341 (1999): 1329-1335.
- Simon, G E; Goldberg, D; Tiemens B G; Ustun, T B. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *General Hospital of Psychiatry*, Mar-Apr 1999; 21(2) (1999):97-105.
- Simon, G E; Von Korff, M; Piccinelli, M; et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341, (1999):1329-1335.
- Simons, R. *Boo! Culture, Experience and the Startle Reflex*. Oxford University Press: Oxford-New York. 1996. p421.
- Singer, P. *Traditional healing: New science or new colonialism?* Buffalo: New York Conch Magazine. 1977. p.237.
- Singh, B B; Berman, B M; Hadáís V A; Creamer P. A pilot study of cognitive behavioral therapy in fibromyalgia. *Altern Ther Health Med*. Sep; 4, 5 (1998):114,116.
- Spitzer, A; Wilson, W. En; Freedman, H; Kaplan H I; Sadock, B J(Comp.) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Ed. Salvat, 1982, 145-221.
- Stahl, S. Mechanism of Antidepressant Action. *J Clin Psychiatry*, 59, (1998):5-14
- Stanfel, S A; Fuherer, R; Head, J; Ferrie, J. Shipley, M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, (1997):73-81.
- Stein, H. *Envy and the evil eye: An essay in the psychological ontogeny of belief and ritual*: En: *The Evil Eye*. C. Maloney (com.). New York: Columbia University Press, 1976, p. 193-222.
- Stock, R F. Health care behaviour in a rural Nigerian setting with particular reference to the utilization of western type health care facilities. Ph.D. dissertation, Department of Geography, University of Liverpool, 1980.
- Strachey, J. Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Vol.14. pag. 241-257.
- Strauss, B.M., Kaechele, H. The writing on the wall: Comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, (1998): 158-177.

- Strejilevich S. El Costo del Trastorno Bipolar: la situación en nuestro medio. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2001, Vol XII, (2001): 27-32.
- Sturzenegger, O. El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico. *Suplemento Antropológico*, XXIX 1-2, (1994): 42-54.
- Sullivan, H. S *The interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W. W. Norton and Company. 1953.
- Szasz, T S. The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct. New York: Hoeber-Harper. 1961. p.231.
- Taussig, M. Shamanism, Colonialism, and the Wild Man. Chicago y Londres: The University of Chicago Press. 1987. p.357.
- Tealdi, J C. 2002. *Mesa panel: Instituciones de Divulgación, Docencia e Investigación*. Ponencia presentada en el Encuentro Nacional "La equidad en salud, un desafío que nos convoca". Sociedad Argentina para la Equidad en Salud – SAES. Buenos Aires, octubre.
- Teasdale, J D; Segal, Z V; Ridgeway, V A; Soulsby, J M; Lau, M A. Prevention of relapse }recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, (2000): 615-623.
- Thornicroft, G; Sartorius, N. The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*. Nov; 23(4) (1993): 1023-32.
- Tola, F; Salamanca, C. Corporizando el malestar social: brujería y enfermedad entre los Toba (*qom*) del Chaco Argentino. En Tomo I. Anátide Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 425-433.
- Tondo, L; Baldessarini, R J. Suicide: An Overview. En *Psychiatry Clinical Management*. 2001. Disponible en www.medscape.com/Medscape/psychiatry/ClinicalMgmt/CM.v03/public/index- Fecha de ingreso Diciembre del 2007.
- Torres, G; Aprea, C.. Un ejemplo de la vigencia de sistemas médicos paralelos en los estratos marginales del Gran Buenos Aires: La pata de cabra. *Kallaway*, 2, (1995):65-86.
- Torres, G; Rodríguez, S. Antropología y salud en la Argentina. A propósito de las campañas de lucha contra el cólera, *Kallaway*, 1. (1994): 36-54.
- Tousignant, M.; Maldonado, M. Sadness, Depression, and Social Reciprocity in Highland Ecuador. *Social Science and Medicine*. Vol.28, Nº 9, (1989): 899-904.

- Tsai, J; Chetsova-Dutton J. Understanding Depresión across Cultures. En *Handbook of Depression* editado por I. H Gotlib y Constance Hammen. London: Guilford. 2002. p.467-489.
- Turner, V. 1980. *La selva de los símbolos*. Editorial Siglo XXI, Madrid.
- Turner, T. Social Body and Embodied Subject: Bodyliness subjectivity and Sociality among the Kayapó. *Cultural Anthropology*, 10 (2) (1995):143-170.
- Twumasi, P.A. Colonialism and international health; a study in social change in Ghana. *Social Science and Medicine*, 15B, (1981): 147-151.
- Unschuld, P.U. The issue of structured coexistence of scientific and alternative medical systems: A comparison of East and West German legislation. *Social Science and Medicine*, 14B, (1980): 62-76.
- Van der Watt, G; Laugharne, J; Janca, A. *Complementary and alternative medicine in the treatment of anxiety and depression*. *Curr Opin Psychiatry*, 2008 21 (1): 37-42.
- Varner, M S; McCandless, A. Proceedings of a symposium on culture and health: Implications for health policy in rural South Carolina. Charleston: College of Charleston. 1979.
- Vecsey, G. Spiritual healing gaining ground with Catholics and Episcopalians. *New York Times*, June 18, (1978): 76-111.
- Vega, M A; Kolody, B; Aguilar-Gaxiola, S; Alderete, E; Catalano, R; Caravero-Anduaga, J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, Sep, 55 (9) (1998):771-8.
- Vega, A. Tradiciones y cambios en los usos de la Medicina Aymara entre los residentes Bolivianos del Área Metropolitana. En Tomo II. Anatile Idoyaga Molina Comp. *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: CAEA-IUNA. 2007, p. 293-310.
- Vezzeti, H. *Aventuras de Freud en el país de los argentinos*. Buenos Aires: Paidós, 1996.p293.
- Vidal y Benito, M. Psicoterapia en Psicooncología. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13, 51: (2006): 31-56.
- Vidal y Benito, M. *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Buenos Aires: Polemos. 2008. 287p.
- Viotti, N. Nuevas religiosidades, soluciones concretas y contextos de crisis: El caso de un templo Umbanda. *Mitológicas*, XXII, (2002): 25-43.

Viotti, N.: Buscando la sanación en contextos religiosos. Aflicción y terapia entre asistentes a medicinas carismáticas católicas en el área metropolitana de Buenos Aires. Ponencia presentada en las *III Jornadas de Ciencias Sociales y Religión, CEIL*, Buenos Aires, 6 y 7 de Noviembre de 2003.

Visacovsky, S. E. El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina. Buenos Aires: Alianza. 2001. 218p.

Vituro, M Bio and ethnomedicine: Complimentary alternatives from the perspective of the patient. *Scripta Ethnologica* Vol XX, (1998): 90-134.

Wampold, B E; Minami, T; Baskin, T W., *et al.* A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68 (2-3) (2002): 159-165.

Wardwell, W. Limited, Marginal and Quasi-Practitioners. En *Handbook of Medical Sociology*. Freeman, H.; Levine, S. (Eds). Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall, 1972, p. 213-239.

Weissman, M M; Bland, R C; Canino, G J; Faravelli, C; Greenwald, S; Hwu, H G; Joyce, P R; Karam, E G.; Lee, C K.; Lellouch, J; Lepine, J P.; Newman, S C.; Rubio-Stipec, M; Wells, J E; Wickramaratne, P J; Wittchen, H; Yeh, E K. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. Jul 24-31; 276(4) (1996):293-9.

Weissman, M M, Jarrett, R B, Rush, A J. Psychotherapy and its relevance to the pharmacotherapy of depression: a decade later (1976-1985). In: Meltzer H, Coyle JT, Kopin IJ (eds). *Psychopharmacology: the third generation of progress*. New York: Raven, 1987, p311-376.

Wilce, J. I can't tell you all my troubles. Conflict, resistance and metacomunication in Bangladesh illness interactions. *American Ethnologist*, 13, (1995): 145-167.

Williams, J M; Duggan, D S; Crane, C; Fennell, M J. Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psicol.*, In Session 62, (2006): 201-210.

Winkelman, M. Shamans, priests, and witches: A cross-cultural study of magic-religious practioners. Arizona: Arizona States University, *Anthropological research papers*, 44,(1992):67-85.

Zhang, Y; Young, D; Lee, S; Li, L; Zhang, H; Xiao, Z, Hao, W; Feng, Y; Zhou, H; Chang D. Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Contemporary China. *Transcultural Psychiatry*, vol 39(1) (2002): 115-129.

Zieher, L. M. De la neurona a la mente: una aproximación racional para el uso de los psicofármacos. *Psicofarmacología* 1, (1999): 2-6.

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta es una investigación que se realiza en el marco institucional de la Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científica y Técnicas (CONICET) acerca de la utilización de diversas terapias que utilizan los usuarios del sistema de salud para hacer frente a la depresión. El objetivo de este trabajo es conocer algunos aspectos relacionados con ellos y, eventualmente, diseñar intervenciones que permitan mejorar los tratamientos actuales.

Por este medio solicitamos su autorización para que complete unos cuestionarios que evalúan aspectos relacionados con sentimientos, creencias y actitudes. Los cuestionarios poseen las instrucciones para ser completados, tenga en cuenta que **NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS**. Ante cualquier duda respecto de la realización de los cuestionarios puede consultar al profesional solicitante.

La información que UD nos brinde es **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL**, quedando completamente resguardada su identidad y los datos brindados. Si está de acuerdo le pedimos que firme el consentimiento que aparece más abajo.

Gracias por su valiosa colaboración.

Por la presente, brindo mi libre consentimiento para participar voluntariamente en la investigación mencionada.

He sido informado de que:

- Mis datos personales serán absolutamente confidenciales, es decir, no serán divulgados bajo ninguna circunstancia.
- Una vez completados los cuestionarios se les asignará un número.
- Antes de participar se me brindará toda la información que sea posible sobre los procedimientos y objetivos de la investigación, pudiendo efectuar cualquier pregunta que considere pertinente.
- Una vez concluida mi participación podré pedir más información al profesional que solicitó el consentimiento.

Datos a completar por el sujeto/paciente:

Lugar: Firma:

Fecha:/...../..... Aclaración:

Datos a completar por el investigador:

Lugar: Firma:

Fecha:/...../..... Aclaración:

Anexo II

Encuesta de creencias terapéuticas (Korman, 2007)

La presente encuesta está destinada a explorar las distintas formas de explicar y paliar el padecimiento o el malestar denominado depresión que usted está o ha estado experimentando; ello brindará información útil a su psicoterapeuta.

La respuesta espontánea es la más valiosa.

¿Ha padecido usted de depresión? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, indique quién ha llevado a cabo ese diagnóstico y luego continúe llenando el cuestionario.....

.....

Edad:

Sexo: M F

Profesión:

Lugar de residencia:

Nacionalidad:

¿Es usted religioso? Sí No ¿Qué religión practica?

Las siguientes preguntas corresponden a la pregunta general que guía este inventario de creencias: ¿Qué tipo de prácticas ha realizado usted para enfrentar la depresión? Lo que este inventario intenta describir es todo lo que usted haya considerado que hacía para estar mejor de la depresión. Esto incluye no sólo a los terapeutas a los que concurrió sino también las prácticas de autotratamiento (por ejemplo, la sugerencia de un amigo de consumir un fármaco, la práctica de algún ejercicio, la utilización de sahumerios, la práctica de meditación, etc.).

En muchas ocasiones puede que usted haya realizado alguna práctica que pueda englobarse en dos categorías (usted puede considerar el yoga como una actividad física y no una práctica curativa o considerarla una actividad física y una práctica curativa); en este caso, ubique la práctica en la categoría que a usted le parezca apropiada (puede marcar ambas o sólo una). Las categorías utilizadas son arbitrarias y en muchas ocasiones usted puede decir que tal o cual estrategia no debería ser ubicada en esa categoría. Las categorías tienen la función de poder describir todas las estrategias que utilizó para hacer frente a su dolencia.

1. ¿Hizo alguna vez algún tratamiento médico para hacer frente a la depresión?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, especifique qué tipos de tratamientos realizó y durante cuánto tiempo. Especifique si para usted fue beneficioso y por qué.

Tipos de tratamientos médicos (marque el/los que corresponda):

Psiquiátrico Otros (especificar)

.....
.....
.....
.....
.....

2. ¿Hizo alguna vez algún tratamiento psicológico para hacer frente a la depresión?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, especifique qué tipos de psicoterapias realizó y durante cuánto tiempo. Especifique si para usted fue beneficiosa y por qué.

Tipos de tratamientos psicológicos (marque el/los que corresponda):

Psicoanalítico Sistémico Cognitivo Otros (especificar)

.....
.....
.....
.....
.....

3. ¿Realizó usted alguna práctica propia de las terapias alternativas?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, especifique qué tipos de terapias alternativas realizó y durante cuánto tiempo. Especifique si para usted fue beneficiosa y por qué.

.....
.....
.....
.....
.....

4. ¿Realizó usted prácticas religiosas?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa especifique qué tipos de prácticas religiosas realizó y durante cuánto tiempo. Especifique si para usted fue utilizada para paliar la depresión y si fue beneficiosa por qué.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. ¿Realizó usted alguna práctica que implique Actividad Física?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, especifique qué tipos de Actividad Física y durante cuánto tiempo. Especifique si para usted fue beneficiosa y por qué.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. ¿Visitó usted a algún Curandero?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, especifique qué tipo de curandero era y durante cuánto tiempo. Especifique si para usted fue beneficiosa y por qué.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo – Listado de prácticas religiosas

- Afrobrasileños
- Budistas (Jodo Shinshu, Soka Gakkai, Ha Ma-Um; Asociación Budista China en la Argentina y Kagyu Tekchen Chöling),
- Católicos Apostólicos Romanos (Catolicismo Integral, Catolicismo de la renovación carismática y Catolicismo de la pluralidad)
- Católicos Ortodoxos (Iglesia Ortodoxa Griega, Iglesia Apostólica Rusa en el Extranjero, Iglesia Apostólica Armenia y Iglesia Católica Apostólica Ortodoxa de Antioquía)
- Católicos Protestantes (Iglesia Evangélica Metodista Argentina, Iglesia Evangélica del Río de la Plata, Iglesia Evangélica Luterana Argentina, Iglesia Evangélica Luterana Unida, Iglesia Evangélica Luterana Dano-Argentina, Iglesia Anglicana de la Argentina, Iglesia Evangélica Prebistereana de San Andrés, Iglesia Evangélica Menonita, Iglesia Cristiana Evangélicas, Iglesia Evangélica Bautista, Alianza Cristian y Misionera, Ejército de Salvación, Iglesia Evangélica Congregacional Armenia Santísima Trinidad, Junta Americana de Misiones a Israel, Iglesia Evangélica del Nazarena, Iglesia Evangélica del Nazareno, Iglesia Nueva Apostólica e Iglesia Adventista del Séptimo Día)
- Protestantes Pentecostales (Iglesia Cristiana Bíblica, Asociación Evangélica Asamblea de Dios, Unión de Asambleas de Dios, Movimiento Cristiano y Misionero, Asociación la Iglesia de Dios y Iglesia Visión de Futuro)
- Posprotestantes (Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y Testigos de Jehová)
- Espiritistas (Confederación Espiritista Argentina, Escuela Científica San Basilio y Casa de Oración y Beneficiencia del Culto Cristiano)
- Hinduistas (Sociedad Internacional para la Conciencia de Krishna y Organización Sri Sathya Sai Baba Mundial)
- Islámicos (sunnita y shííta)
- Judíos (Jabad Lubavitch; Yesoth Hadth y Congregación Emanu-El)
- Teosofías y centros de estudio (Sociedad Teosófica, The Summit Lightouse, Fundación Hastinapura, Sociedad Antroposófica, Asociación Cultural Nueva Acrópolis y Movimiento Gnóstico Cristiano Universal de la Argentina).

Anexo – Listado de prácticas alternativas

Acupuntura
Angelología
Aromaterapia
Aromaterapia
Aromaterapia
Auriculoterapia
Ayurveda
Bioenergética
Chi Qung
Cromoterapia
Cura de cristales
Delfinoterapia
Flores de Bach
Flores de Raff
Gemoterapia
Hierbaterapia
Homeopatía
Incensos
Magnetoterapia
Magnifield Healing
Mesoterapia
Musicoterapia
Nutrición natural
Orinoterapia
Ortomedicina
Plantas medicinales
Reflexología
Reiki
Shiatsu
Tai Chi
Técnicas de relajación
Terapia del canto
Terapia de vidas pasadas
Túnel fotónico
Velas
Yoga