

Placer, transformación y tratamiento: uso de las medicinas alternativas para problemas emocionales en la Ciudad de México¹

Pleasure, transformation and treatment. Use of alternative medicines to treat emotional illnesses in Mexico City

Nayelhi Saavedra

Doctora en Antropología Social. Investigadora en Ciencias Médicas en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección: Calzada México-Xochimilco, 101, colonia San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Distrito Federal, México. E-mail: itandehui.saavedra@gmail.com

Shoshana Berenzon

Doctora en Psicología. Investigadora en Ciencias Médicas en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección: Calzada México-Xochimilco, 101, colonia San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Distrito Federal, México. E-mail: berenz@imp.edu.mx

¹ Esta investigación forma parte del proyecto "La medicina tradicional urbana y las terapias alternativas como un recurso para el tratamiento de problemas emocionales: un análisis en la ciudad de México", que recibió financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Resumen

Se presenta un análisis del uso de las medicinas alternativas para la atención de problemas emocionales. La información se obtuvo de 36 entrevistas de investigación social realizadas en la Ciudad de México, se analizó mediante la categorización de significados, y bajo un modelo propuesto por Bishop et al. (2008). Las prácticas y recursos fueron utilizadas como tratamiento complementario, alternativo o convencional, también como experiencias placenteras y procedimientos de transformación personal. Con los tres primeros tipos de uso se atendieron padecimientos específicos; como "experiencias placenteras", se buscó obtener bienestar psicológico; y con la última modalidad, se obtuvo orientación para intervenir adecuadamente en alguna situación problemática. La categorización de Bishop et al. (2008) resultó útil para integrar prácticas que aún cuando son ampliamente usadas y cuentan con legitimidad social, se ignoran en el campo de la salud. Con estas prácticas se pretende ampliar el repertorio de recursos de cuidado y satisfacer necesidades que los servicios formales no cubren.

Palabras clave: Medicina alternativa; Salud mental; Bienestar; México.

Abstract

The article analyzes the way alternative medicines are used to deal with emotional problems through a model proposed during a previous study. The information was obtained from 36 social research interviews from Mexico City, it was analyzed using the categorization of meanings, within the model proposed by Bishop (2008). The practices and resources were used as complementary treatment, alternative or conventional, also as pleasurable experiences and procedures involving personal transformation. The first three types were used to treat specific illnesses; like pleasurable experiences, psychological health was sought after and with the last modality, orientation was found to intervene appropriately in a problematic situation. Bishop's Categorization proved to be useful for integrating practices that even though they are widely used and have social acceptance, they are ignored in the health field. With these practices it is pretended to enlarge the repertoire of care resources and satisfy the needs that the formal services do not cover.

Keywords: Alternative Medicine; Mental Health; Wellness; Mexico.

Introducción

El uso de las medicinas alternativas y complementarias (CAM sigla en inglés) ha cobrado mayor visibilidad pues han sido objeto de estudio en diferentes campos del conocimiento; resulta complicado definir las porque reúnen un amplio repertorio de saberes y prácticas sincréticas que se encuentran en constante cambio. El Centro Nacional de Medicinas Alternativas y Complementarias de los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU., las define como un conjunto de sistemas de atención médica, prácticas de curación y productos (hierbas, minerales, vitaminas, etc.) que no son considerados por la medicina "occidental, alopática" o biomédica (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2008). Se le nombra "medicina complementaria" cuando se utiliza en conjunto con la medicina "alopática"; mientras que el término de "alternativa" hace referencia al uso de este tipo de prácticas en lugar de la medicina "occidental".

En la actualidad, un número considerable de personas busca mejorar su salud mediante las CAM y el incremento en el uso se ha documentado entre las poblaciones de países desarrollados como EE.UU., Canadá, Australia, Israel, Alemania y el Reino Unido (Wu et al., 2007; Berthold et al., 2007; Fang y Schinke, 2007; Kirmayer et al., 2007). En los países latinoamericanos se cuenta con algunos reportes sobre la prevalencia de uso: en Chile el 71% de la población ha recurrido a estas prácticas alguna vez en la vida; en Colombia el 40% y en México, entre el 15% y 20% (World Health Organization, 1999; Nigenda et al., 2001).

El interés académico por estas prácticas responde no sólo a su creciente popularización, sino también a la discusión sobre la pérdida del ejercicio monopólico de la biomedicina (Haro, 2000). Al mismo tiempo, la diversidad de formas de uso que presentan dan cuenta de necesidades de atención que no satisfacen los sistemas de salud alópatas y que posiblemente se originan en las condiciones culturales y sociales en las que viven las personas.

Entre las necesidades de atención insatisfechas destacan aquellas relacionadas con los problemas emocionales. La literatura internacional sugiere un alto uso de estas prácticas para el tratamiento de trastornos mentales y problemas emocionales

(Collinge et al., 2005; Weze et al., 2006; Rodrigues-Neto et al., 2008; Russinova et al., 2009; Heiligers et al., 2010) particularmente para atender depresión y ansiedad (Kessler et al., 2001; Gallagher et al., 2001). En México, las encuestas han reportado que un porcentaje importante de la población con trastornos emocionales recurre a las CAM. Las prevalencias de uso para trastornos depresivos oscila entre el 18% y el 26% y para trastornos de ansiedad de 8% a 26% (Medina-Mora et al., 1997; Medina-Mora et al., 2003; Berenzon et al., 2009).

Existen numerosas razones por las cuales las personas deciden recurrir a las CAM, entre otras, la búsqueda de bienestar, la insatisfacción con la medicina convencional y la percepción de que son inocuas (Barnes et al., 2008). Además, las experiencias previas que se tengan con los profesionales de la medicina convencional y con los practicantes de las CAM delimitarán el uso de este tipo de prácticas (Furnham, 2007). La decisión de utilizar las CAM también está vinculada con las opciones de atención que están disponibles y las vías que se utilizan para pedir asesoramiento o ayuda (consejos de amigos y/o familiares, farmacéuticos, médicos generales, etc.). Existen otras razones más complejas que se relacionan con las creencias personales y culturales y con los puntos de vista filosóficos que se tienen sobre la vida y la salud (Kristoffersen et al., 2008). Lo anterior, podría explicar en una medida importante la aceptación y el uso de las CAM entre la población mexicana pues debido a procesos culturales de larga data, se han acogido, adecuado y mantenido vigentes saberes y prácticas de culturas distintas (indígena, africana, asiática) y de marcos epistemológicos diversos (religión, ciencia, gnosticismo).

Bishop et al. (2008), a partir de un estudio etnográfico realizado en Inglaterra, plantea cuatro maneras en que la población utiliza las CAM: “experiencia placentera” (treat), uso alternativo, complementario o convencional. La experiencia placentera se refiere a una actividad disfrutable que no está asociada con un problema específico de salud. El uso complementario se refiere al utilizado para fortalecer los efectos de otros tratamientos, básicamente, los biomédicos o convencionales. La modalidad alternativa consiste en tratar entidades patológicas mediante terapias que sustituyen a la

biomedicina y el uso convencional ocurre cuando las personas piensan que las terapéuticas de las CAM son consistentes con la biomedicina o que incluso forman parte de ella. Los usos complementario, alternativo y convencional quedan reunidos dentro de “tratamientos” (treatment).

El propósito de este trabajo fue analizar las formas en que un grupo de habitantes de la Ciudad de México utilizó las medicinas alternativas para atender problemas emocionales; el análisis se realizó mediante las formas de uso propuestas por Bishop et al. (2008), señaladas en el párrafo anterior. Se eligió este modelo porque permite incluir prácticas que generalmente se excluyen aunque sí son utilizadas para obtener algún tipo de bienestar emocional o psicológico.

Metodología

Población

Se entrevistó a 12 hombres y a 24 mujeres que habitaban en seis colonias de la Ciudad de México; todos utilizaron una o más CAM para atender un malestar emocional. La selección de los informantes se realizó mediante un muestreo teórico (Sierra, 1998), donde el número de personas entrevistadas no es lo más importante, sino la información que aporten para interpretar el tema de interés.

La información se recopiló mediante una guía de entrevista, con este instrumento se establece una lista de tópicos y áreas generales necesarias para la interacción verbal que el entrevistador sistematiza con los propósitos de reflexionar sobre la prosodia del habla del entrevistado y para organizar los temas que abordará (Sierra, 1998). Los temas clave de la guía fueron: i) historia clínica del padecimiento; ii) carrera o trayectoria de búsqueda de atención, iii) características de los recursos y/o tratamientos utilizados; iv) percepción social y cultural de la salud mental; v) percepción hacia el profesional y hacia el servicio otorgado (relación médico-paciente) y vi) eficacia terapéutica.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en las viviendas de los participantes; la mayoría realizadas en una sesión y en aproximadamente 90 minutos. En algunos casos fue necesario más de un encuentro para tratar todos los temas. Se solicitó

autorización para grabar las conversaciones y se utilizaron seudónimos para proteger la identidad de los participantes. Cada entrevista fue audio grabada y transcrita en papel.

Análisis de la información

Se aplicó la técnica de “categorización de significados” (Kvale, 1996) para codificar el contenido de cada entrevista en una serie de categorías mutuamente excluyentes. Lo anterior permitió estructurar las narraciones en unidades de información que facilitaron la comprensión de un determinado fenómeno así como su ocurrencia a lo largo de la entrevista. El primer criterio para establecer las categorías fue los tópicos propuestos en el instrumento y conforme el material fue codificado, se obtuvieron subcategorías. Dos personas codificaron el mismo material por separado y posteriormente se compararon las categorizaciones obtenidas. Hubo una consistencia en la categorización superior al 90% y las discrepancias en la codificación se resolvieron con la discusión y con una revisión conjunta de los relatos originales.

Posteriormente se realizó una codificación y análisis más específico de las CAM utilizando las categorías propuestas por Bishop et al. (2008): a) experiencias placenteras; b) uso complementario, c) uso alternativo y d) uso convencional. También se incluyó una categoría

que se denominó “procedimientos para la transformación personal”, si bien no forma parte del modelo de Bishop, se estableció para incorporar prácticas que mencionaron los entrevistados.

Las prácticas, recursos y servicios analizados fueron los siguientes:

- Medicina tradicional mexicana: es un conjunto de métodos y recursos inspirados principalmente en las culturas prehispánicas que, de manera paulatina, se fueron combinando con elementos médicos españoles y africanos. Estos saberes y prácticas se transmiten generacionalmente y los más extendidos son la herbolaria y las limpias. Estas últimas son procedimientos rituales utilizados para prevenir, diagnosticar y/o aliviar múltiples enfermedades; dependiendo de la persona que limpia, se utilizan huevos, ramos de yerbas, oraciones o cantos.
- Prácticas curativas adaptadas de otras culturas: las

técnicas y recursos derivados de sistemas médicos tradicionales, por ejemplo, los masajes propios de la medicina tradicional china o la alimentación vegetariana basada en los conocimientos del ayurveda. También fueron consideradas otro tipo de prácticas como las Flores de Bach, la iridología, ciertas formas de imaginería, la lectura corporal y todas las combinaciones entre las mismas.

- Homeopatía: Es un sistema médico integral que busca estimular la capacidad del cuerpo para curarse a sí mismo. Se emplean dosis muy pequeñas de sustancias altamente diluidas que, en dosis mayores, producirían en el individuo una enfermedad o síntomas asociados a la misma. Este sistema médico se rige, principalmente, por la “ley de similitud” (lo similar se cura con lo similar).
- Prácticas adivinatorias: lectura de cartas.
- Consejos espirituales: son las recomendaciones que ofrecen los representantes de las diversas religiones como sacerdotes, pastores, rabinos, etc.

Consideraciones éticas: El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. De acuerdo con las normas estipuladas por este comité, se consideró que el proyecto no implicaba riesgos mayores y por lo tanto se podía obtener el consentimiento informado de manera verbal. Para solicitar el consentimiento informado de los participantes se les mencionaron los objetivos y motivos de la investigación, el carácter confidencial de los datos y se les pidió autorización para grabar las entrevistas y divulgar la información recolectada.

Resultados

Quiénes utilizaron las prácticas populares y servicios informales

Participaron doce hombres y veinticuatro mujeres; diecinueve de nivel socioeconómico medio alto y diecisiete de bajo. El promedio de edad entre los hombres fue de 40 años y 43 entre las mujeres, para conocer otros datos se puede ver la cuadro 1. Algunas terapias fueron utilizadas en dos o más modalidades (ver Cuadro 2).

Quadro 1 - Datos socio demográficos de los participantes: edad ocupación, nivel educativo y estado civil

Seudónimo	Edad	Ocupación	Educación	Estado civil
Héctor	25	Empleado	Primaria	Unión libre
Mireya	54	Hogar	Primaria	Divorciada
Hernán	78	Retirado	Licenciatura	Casado
Mariana	67	Hogar	Licenciatura	Viuda
Ernesto	32	Auto empleo	Secundaria/preparatoria	Casado
Amanda	49	Hogar	Secundaria/preparatoria	Casada
Gabriela	36	Empleado	Licenciatura	Soltera
Greta	43	Empleado	Posgrado	Casada
Dulce	22	Empleado	Secundaria/preparatoria	Casada
Miriam	33	Auto empleo	Secundaria/preparatoria	Casada
Alejandra	46	Empleado	No respondió	Viuda
Lourdes	55	Hogar	Primaria	Viuda
Liliana	42	Hogar	Primaria	Casada
Blanca	58	Hogar	Secundaria/preparatoria	Divorciada
Rebeca	46	Empleado	Licenciatura	Divorciada
Griselda	38	Hogar	Primaria	Unión libre
Esteban	38	Empleado	Primaria	Casado
María	60	Hogar	Primaria	Divorciada
Abraham	50	Empleado	Secundaria/preparatoria	Casado
Amalia	38	Empleado	Primaria	Divorciada
Mercedes	39	Hogar	Primaria	Casada
Guadalupe	39	Empleado	Posgrado	Soltera
Rocío	37	Empleado	Licenciatura	Soltera
Elizabeth	35	Hogar	Primaria	Casada
Carmen	37	Hogar	Primaria	Unión libre
Cristina	62	Hogar	Primaria	Viuda
Bertha	29	Hogar	Primaria	Casada
Violeta	43	Empleado	Primaria	Viuda
Omar	48	Empleado	Secundaria/preparatoria	Casado
Soledad	46	Hogar	Primaria	Casada
Eduardo	34	Empleado	Posgrado	Soltero
Alfredo	36	Empleado	Licenciatura	Soltero
Arnoldo	35	Auto empleo	Estudios técnicos	Soltero
Rafael	32	Empleado	Licenciatura	Soltero
Joaquín	33	Empleado	Licenciatura	Soltero
Heberto	47	Autoempleo	Licenciatura	Unión libre

Fuente: elaboración propia con base en la información recopilada en las entrevistas

Quadro 2 - Recursos y servicios categorización en experiencias placenteras, tratamientos (complementario, alternativo y convencional), y procedimientos para la transformación personal

Recursos y servicios	Experiencia placentera	Tratamientos			Procedimientos para la transformación personal
		Complementario	Alternativo	Convencional	
Medicina tradicional mexicana		X	X		
Meditación			X		
Reiki	X		X		
Flores de Bach			X		
Ejercicios de relajación		X	X		
Ejercicios de respiración				X	
Aromaterapia		X			
Yoga	X				
Masaje	X				
Cuerpo en movimiento	X				
Bioenergética				X	
Homeopatía		X	X		
Consejero religioso		X	X		
Lectura de cartas					X
Lectura corporal					X

Fuente: elaboración propia, basada en la información proporcionada por los entrevistados.

Experiencias placenteras

En esta categoría se incluyeron el yoga, masaje, reiki y las clases de cuerpo en movimiento. Con estas actividades los entrevistados no pretendieron aliviar ni curar algún padecimiento sino que buscaron obtener algún bienestar, por ejemplo, sentirse relajados. Consideramos que esta forma de uso responde, principalmente, al advenimiento de un fenómeno sociocultural relacionado con el consumo de bienes y servicios para la salud y el bienestar. La particularidad es que el bienestar se entiende como la obtención de sensaciones íntimas de relajación, equilibrio y tranquilidad. Mediante un conjunto de prácticas y hábitos, las personas pretenden satisfacer sus demandas de bienestar psicológico y cubrir las expectativas construidas en el imaginario del bienestar (Lipovetsky, 2007).

El yoga y las clases de cuerpo en movimiento fueron actividades que se practicaron con cierta regularidad e implicaron la idea de que sostener una disciplina trae beneficios físicos y mentales. Cuando una de las entrevistadas habló sobre los

beneficios que suele obtener después de la clase de yoga, mencionó, “...pues mire yo cuando salgo de ahí de mi clase, me siento muy relajada, muy a gusto como que se le acaba a uno el estrés. Sí, ¡ay sale uno riquísimo!”

El masaje y el reiki se percibieron, principalmente, como una forma de consentirse, Greta dijo acerca del masaje, “Yo creo que uno debe de consentirse con esas cosas ¿no?...la verdad es que siempre, o sea, las manos siempre tendrán un efecto mágico ¿no? Las manos de otras personas sobre todo si tiene cierto conocimiento. Es una combinación como de masaje y digito puntura; entonces es muy, muy relajante”.

Cabe señalar que las personas quienes reportaron esta forma de uso se ubicaron en los niveles socioeconómicos bajo y medio alto; aunque predominaron entre los entrevistados que gozaron de mayores ingresos. De acuerdo con los participantes, la realización de estas actividades demanda disponibilidad de ánimo, tiempo y dinero, si no se cuenta con alguno de éstos, entonces no es posible realizarlas.

Tratamientos

En esta categoría se agruparon los usos complementario, alternativo y convencional, todas las prácticas reunidas tuvieron el objetivo de atender y/o prevenir algún padecimiento o los problemas relacionados con éste. Es decir, los tratamientos respondieron a una demanda de salud específica.

Las razones que los entrevistados mencionaron para recurrir a este tipo de tratamientos fueron las siguientes: sentirse triste, estresado o ansioso; tener problemas financieros, conflictos familiares, la inseguridad percibida y “nervios”. Este último es un síndrome cultural frecuente entre la población latinoamericana, se manifiesta como dolor físico y emocional derivado de los conflictos en varios ámbitos de la vida. Algunos de los síntomas son dificultad para respirar, náuseas, diarrea, vómito, dolores de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, temores y desesperanza (Guarnaccia y Farias, 1988).

Complementario

En este caso, las terapias se utilizaron para fortalecer otros tratamientos, principalmente, los biomédicos e incluyeron: relajación, medicina tradicional mexicana (limpias), homeopatía, consejero religioso y aromaterapia. Diversos entrevistados dijeron que cuando tuvieron una enfermedad orgánica o un trastorno mental, se sintieron mal emocionalmente y estresados; y aun cuando recibieron tratamiento biomédico, los profesionales de los servicios formales no les dieron ayuda para atender el malestar emocional, el estrés ni otras consecuencias que les trajeron las enfermedades. Una de las entrevistadas narró la forma en cómo atendió uno de los problemas asociados con un trastorno mental.

Rocío presentó un trastorno bipolar y afirmó que desde la primera crisis recibió tratamiento farmacológico. Al mismo tiempo y en diferentes periodos de su vida, buscó la ayuda de un sacerdote católico para aliviar la pérdida de amigos y la estigmatización por parte de sus conocidos. “...la primera vez que me dio la crisis, ya estando un poquito mejor ¿verdad? Le comenté a mi mamá que quería ir a ver al sacerdote porque yo no sabía qué había pasado con mis compañeros, o sea, porqué se habían alejado y porqué decían que mi enfermedad era contagiosa.

Yo me sentía inquieta....me convertí en una persona que iba más a la iglesia”.

Otro tipo de malestares derivaron de situaciones problemáticas como el divorcio y el duelo porque provocaron ansiedad, preocupación, vergüenza y otros sentimientos incómodos. Fue común que, durante el proceso de separación, algunas mujeres sintieran ansiedad porque pensaban que al separarse de su pareja, confrontaban las normas de la religión que profesaban. En estos casos, los consejeros religiosos fueron las principales fuentes de ayuda.

Una de las mujeres entrevistadas recurrió a la “aromaterapia” para complementar un tratamiento psicológico. Ella utilizaba las velas aromáticas y los inciensos para reducir la “neurosis” doméstica y no alterarse dentro del ambiente en el cual percibía que estaban sus problemas. “Con inciensos, con velas aromáticas, con cosas así. Entonces empecé a probarlo y sí funcionó”. Guadalupe.

Alternativo

Con este tipo de uso las personas remplazaron a la biomedicina, se incluyeron los ejercicios de relajación, el reiki, la homeopatía, los recursos de la medicina tradicional mexicana, las flores de Bach, la meditación y las consultas a los consejeros religiosos. Esta sustitución se observó cuando los participantes comentaron que acostumbraban tomar tés o infusiones para calmar los “nervios” o para sobrellevar alguna situación difícil como la muerte de un familiar, los problemas de pareja o laborales.

Este fue el caso de Mercedes quien enfrentó la tristeza y ansiedad, preparándose los tés recomendados por su abuela, “Ella me decía que cuando no conciliáramos el sueño o así, nos tomáramos el té de azahares y ya de antaño pues ya sabemos que si tenemos nervios o algo, ya nos daban el té, el té de azahares... para estar un poco más tranquilos y ya”.

Otros participantes las utilizaron porque se encontraban insatisfechos con la deshumanización y tecnificación de la medicina occidental; también porque pensaban que estos recursos curativos eran inocuos y al usarlos evitaban la medicación; esto confirma las aseveraciones planteadas en otros estudios (Barnes et al., 2008; Furnham, 2007). Por ejemplo, la meditación y las Flores de Bach, según algunos entrevistados, tienen un efecto sobre el

alma y las emociones e influyen positivamente sobre las relaciones interpersonales.

Amanda, platicó que tenía alrededor de quince años utilizando las Flores de Bach para atender los sentimientos de inseguridad y tristeza derivados de problemas que tuvo en la infancia, así como aquellos ocasionados por la menopausia, "...las flores de Bach son... bueno, al menos a mi criterio, me han servido de mucho para emociones. Las emociones del alma, del cuerpo y todo eso...estoy utilizando medicinas alternativas para no saturar tanto al cuerpo de medicamentos".

Convencional

En esta modalidad se agruparon los ejercicios de respiración y la bioenergética. Quienes los utilizaron pensaban que ambas eran consistentes con la biomedicina o que formaban parte de ésta; aunque en sentido estricto ninguna cuenta con un reconocimiento oficial. Consideramos que tuvieron esta percepción porque observaron que algunos profesionales de la salud como médicos generales y sobre todo, psicólogos, utilizaron las CAM.

Mireya comentó que cada vez que sentía nervios realizaba unos ejercicios de respiración que le enseñó el personal de enfermería de una clínica a la cual había acudido años atrás, y describió esta actividad. "Comienza una a concentrarse, uno mismo se va guiando. Por ejemplo yo, en esto porque se me hace una bola aquí [sobre los hombros] porque tengo los nervios muy tensos. Me concentraba yo en esa parte y lo repetía tres veces. Y así se va concentrando en cada uno de los lugares que le duelen hasta llegar a los dedos gordos del pie...y se concentra de tal manera que ya después siente como si no estuviera, como si estuviera flotando".

Procedimientos para la transformación personal

Esta categoría no forma parte del modelo de Bishop et al. (2008). Sin embargo, se estableció para dar cabida a prácticas que los entrevistados mencionaron y que les proporcionaron una forma de bienestar u orientación para intervenir en aspectos o situaciones que les causaba insatisfacción, ansiedad, baja autoestima o un estado emocional incómodo. La categoría incluye dos procedimientos diagnósticos, la lectura de cartas (una modalidad adivinatoria) y la lectura corporal.

La lectura de cartas y los ritos que implica están relacionados con dimensiones emocionales como el amor, la muerte y la enfermedad. En general, las personas recurren a la lectura porque experimentan confusión y pasan por una situación percibida como problemática ante la cual no se encuentran soluciones concretas o efectivas. Por lo demás, en México, existe un vínculo estrecho entre las prácticas adivinatorias como forma de diagnóstico y el curanderismo vigente en las zonas urbanas (Domínguez, 2009).

Uno de los participantes, Rafael, recurrió con una "bruja" y las explicaciones que ella le dio acerca de experiencias pasadas y otras por venir, le ayudó a mejorar su actitud: "Le pregunté cosas generales [a la lectora] y sí, la verdad sí es muy buena ella, sí me decía cosas de mi pasado que todavía no había superado o que estaba en proceso de superación de una relación ¿no?"

La lectura corporal consistió en conocer las experiencias vitales, sensaciones, pensamientos, forma de ser y de actuar de una persona mediante la exploración visual de su estructura corporal. La idea fundamental es que todas las experiencias, incluso las emociones o sentimientos modelan cada parte del cuerpo. Dos de los entrevistados acudieron a la lectura corporal y esperaban que la información les ayudara a modificar aspectos personales que no les gustaban. Alfredo narró su experiencia,

"Pues para mí fue muy revelador...sí me queda muy claro cómo mi historia personal se ha visto en el cuerpo y aparte cómo lo puedes ir mejorando. A mí me dijo [la lectora] que yo no pisaba bien, o sea, has de cuenta que yo pisaba con el canto de los pies... Entonces he mejorado [la forma] en que apoyo y ya cuando apoyas como que eres más estable, físicamente eres más estable y yo me imagino que mentalmente también como que te relajas un poco ¿no?"

Acudir a cualquiera de los dos tipos de lecturas implicó la idea de que el bienestar es un estado variable que depende de diversos aspectos como las experiencias pasadas, las relaciones personales, la economía, incluso la suerte o el destino. Observamos que los entrevistados atribuyeron un valor importante a la posibilidad de contar con información o herramientas que les ayudara a fomentar un cambio positivo ya sea en la situación que viven o en su comportamiento.

Conclusiones

Entre las bondades que presentó el modelo propuesto por Bishop et al. (2008) para analizar los diversos usos de las CAM en la población mexicana con malestares emocionales, encontramos que muestra la complejidad con la cual se estructura el uso de estas terapias, pues una misma puede ser utilizada, en un momento, de manera alternativa y en otro, de manera complementaria.

Consideramos que los diferentes usos cumplen con dos funciones; una es maximizar los recursos curativos y asegurar el acceso a un conjunto de opciones potenciales. Esto es de suma importancia si se toma en cuenta que existe una cantidad considerable de personas que no siempre cuenta con servicios médicos proporcionados por el Estado ni con los recursos suficientes para acceder a los servicios privados (Frenk et al., 2006; Acuña y Bolis, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2009; Dirección General de Información en Salud, 2009).

En vista de lo anterior, resulta pertinente enfatizar que el uso alternativo de un recurso o terapia que en determinados contextos (países desarrollados o clases medias y altas de países periféricos) podría denominarse alternativa a la biomedicina, entre algunos grupos con menores ingresos se convierte en la única opción médica. De tal forma que la flexibilidad del uso de cada una de las CAM confirma las dificultades para establecer generalizaciones o categorías excluyentes (Kelner y Wellman, 2000).

La segunda función de las CAM es atender distintos aspectos de una misma problemática puesto que un sólo sistema médico no puede satisfacer la complejidad del evento (Bronfman et al., 1997; Benzon y Juárez, 2005). En la población mexicana es común que convivan visiones heterogéneas para explicar la salud y la enfermedad, de tal modo que una persona puede valerse de nociones científicas y al mismo tiempo de concepciones mágico religiosas para darle sentido a un episodio de malestar. Por lo tanto, los recursos y servicios a los que recurra, se ajustarán a los diferentes significados que el individuo le asigne al problema.

Otra ventaja del modelo de Bishop et al. (2008) guarda relación con lo mencionado en el párrafo an-

terior. El modelo hizo visibles algunas necesidades que si bien pueden ser discutibles dentro del campo de la salud y la salud mental, fueron manifestadas de manera recurrente por los entrevistados: la búsqueda de relajación y de una práctica que atienda al mismo tiempo las dolencias orgánicas y los malestares emocionales.

En particular, la información aportada por la categoría “experiencias placenteras” permite explorar lo arriba mencionado y que se manifestó en el interés por realizar actividades (yoga, talleres “psico-corporales”) o recibir un servicio (masaje, reiki, etcétera) que proporcionara una experiencia sensitiva agradable. Encontramos que guarda relación con un fenómeno que Lipovetsky (2007) describe como una marcada disposición para consumir productos, servicios, programas de radio y televisión, artículos, páginas web, guías, etcétera, bajo el argumento decisivo de la salud. De esta forma, diversas esferas de la vida como el turismo, la alimentación, el arreglo personal tienden a adquirir un tinte sanitario, y las CAM suelen entretenerse con este tipo de actividades.

En otro orden de ideas, y con respecto a las prácticas incluidas en la categoría de procedimientos de transformación personal. Nos parece que son formas socialmente legitimadas de satisfacer las inquietudes que implican sentimientos de tristeza, ansiedad y/o estrés, y que generalmente acompañan a los problemas sentimentales, familiares o económicos. De acuerdo con De la Torre y Mora (2001) es común que las personas se acerquen a las CAM con el objetivo de lograr el desarrollo y transformación personal, además del bienestar y la curación. Afirma que el éxito de estas prácticas radica en el uso de un vasto mundo simbólico para acercarse a los conflictos y problemas que conlleva la vida contemporánea de las grandes ciudades. Pensamos que el papel que juegan los procedimientos de transformación personal dentro del repertorio de las CAM debería ser explorado con mayor detenimiento en futuras investigaciones.

Consideramos que los hallazgos presentados mediante la aplicación del modelo de Bishop et al. (2008) aportan información sobre las peculiaridades del uso de las CAM entre la población urbana

mexicana y podría considerarse una aproximación para comprender el papel que juegan las CAM en otras poblaciones latinoamericanas. Entre las limitaciones del estudio es que la información no podría generalizarse hacia poblaciones rurales o de países anglosajones debido al número de participantes, y que todo lo mencionado se relaciona con el área emocional y mental de la salud.

Finalmente, creemos que en futuros estudios es recomendable, por una parte, considerar los aspectos socioculturales que contextualizan el uso de las CAM. Por otro lado, tomar en cuenta que muchas de las prácticas agrupadas como medicinas alternativas y complementarias provienen de marcos filosóficos y cosmovisiones distintas; lo cual plantea dificultades metodológicas para compararlas o para medirlas bajo los términos de la biomedicina. Nos parece que cabría preguntarnos ¿cuáles perspectivas epistemológicas y herramientas metodológicas validadas por la comunidad académica podrían dar cuenta tanto de los aspectos clínicos como la eficacia, la seguridad y al mismo tiempo de las necesidades subjetivas que cubren las CAM?

Referencias

ACUÑA, C.; BOLIS, M. *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas*. París: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 2005.

BARNES, P.; BLOOM, B.; NAHIN, R. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, Atlanta, n. 12, v. 12, p. 1-24, 2008.

BERENZON, S.; ALANIS, S.; SAAVEDRA, N. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad. Resultados de una encuesta en la ciudad de México. *Salud Mental*, Ciudad de México, v. 32, n. 2, p. 107-115, 2009.

BERENZON, S.; JUÁREZ, F. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 619-626, 2005.

BERTHOLD, S. et al. U.S. cambodian refugees' use of complementary and alternative medicine for mental health problems. *Psychiatric Services*, Arlington, v. 58, n. 9, p. 1212-1218, 2007.

BISHOP, F. L.; YARDLEY, L.; LEWIS, G. T. Treat or treatment: a qualitative study analyzing patients' use of complementary and alternative medicine. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 98, n. 9, p. 1700-1705, 2008.

BRONFMAN, M. et al. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 39, n. 6, p. 546-553, 1997.

COLLINGE, W.; WENTWORTH, R.; SABO, S. Integrating complementary therapies. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, New York, v. 11, n. 3, p. 569-574, 2005.

DE LA TORRE, R.; MORA, J. Itinerarios creyentes del consumo esotérico. *Comunicación y Sociedad*, Navarra, v. 39, p. 113-143, 2001.

DOMÍNGUEZ, J. *Las prácticas de la adivinación en Zamora y Jacona a finales del siglo XX*. Zamora, Michoacán, México: El Colegio de Michoacán, 2009.

FANG, L.; SCHINKE, S. Complementary alternative medicine use among chinese americans: findings from a community mental health service population. *Psychiatric Services*, Arlington, v. 58, n. 3, p. 402-404, 2007.

FRENK, J. et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, Londres, v. 368, p. 1524-1534, 2006.

FURNHAM, A. Are modern worries, personality and attitudes to science associated with the use of complementary and alternative medicine? *British Journal of Health Psychology*, Londres, v. 12, p. 229-243, 2007.

GALLAGHER, S. M. et al. Six-month depression relapse rates among women treated with acupuncture. *Complementary Therapies in Medicine*, Amsterdam, v. 9, n. 4, p. 216-218, 2001.

GUARNACCIA, P.; FARIAS, P. The social meanings of nervios: A case study of a central american woman. *Social Science and Medicine*, Amsterdam, v. 26, p. 1223-1231, 1988.

- HARO, J. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. *Medicina y cultura*. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra, 2000. p. 101-162.
- HEILIGERS, P. et al. Diagnoses and visit length in complementary and mainstream medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, Londres, v. 10, p. 2-8, 2010.
- KELNER, M. WELLMAN, B.; Introduction. En: KELNER, M. et al. (Ed.). *Complementary and alternative medicine. challenge and chance*. Newark, New Jersey: Harwood Academic Publishers, 2000. p. 1-23.
- KESSLER, R. et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 158, p. 289-294, 2001.
- KIRMAYER, L. et al. Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 52, n. 5, p. 295-304, 2007.
- KRISTOFFERSEN, A. E.; FØNNEBØ, V.; NORHEIM, A. J. Use of complementary and alternative medicine among patients: classification criteria determine level of use. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, New York, v. 14, n. 8, p. 911-919, 2008.
- KVALE, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Londres: Sage Publications, 1996.
- LIPOVETSKY, G. *La felicidad paradójica*. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo. Barcelona: Anagrama, 2007.
- MEDINA-MORA, M. E. et al. El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*, Ciudad de México, v. 20, p. 32-38, 1997. Supl.
- MEDINA-MORA, M. E. et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Ciudad de México, v. 26, n. 4, p. 1-16, 2003.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. Servicios otorgados y recursos sustantivos. Boletín de información estadística, 2009. Volumen III Servicios otorgados y programas sustantivos. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2009. Disponible en: <<http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/>>. Accedido en: Junio 10, 2013.
- NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. *What is complementary and alternative medicine (CAM)?* Bethesda, Maryland, US, Oct. 2008. Disponible en: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>>. Accedido en: Junio 3, 2011.
- NIGENDA, G. et al. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 43, n. 1, p. 41-51, 2001.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Exclusión en salud, estudio de caso, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México, Honduras. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2009. Disponible en: <<http://www.amesp.org/archivos/pdfs/EX-SALUD-V-2-web.pdf>>. Accedido en: Jun. 10, 2013.
- RODRIGUES-NETO, J. F.; et al. Common mental disorders and the use of complementary and alternative medicine -population based survey. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 233-239, 2008.
- RUSSINOVA, Z.; CASH, D.; WEWIORSKI, N. Toward understanding the usefulness of complementary and alternative medicine for individuals with serious mental illnesses: classification of perceived benefits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Baltimore, v. 197, n. 1, p. 69-73, 2009.

SIERRA, F. Función y sentido de la entrevista cualitativa. En: GALINDO, J. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México, D.F.: Addison Wesley Longman, 1998. p. 277-341.

WEZE, C. et al. Healing by gentle touch ameliorates stress and other symptoms in people suffering with health disorders or psychological stress. *Evidence Based Complementary and Alternative*, Oxford, v. 4, n. 1, p. 115-123, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información Base*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1999.

WU, A.; BURKE, A.; LE BARON, S. Use of traditional medicine by immigrant chinese patients. *Family Medicine*, Leawood, v. 39, n. 3, p. 195-200, 2007.

Recebido em: 07/07/2011
Aprovado em: 16/10/2012