

“Hay que aceptar que existen otras realidades, hay que probar otras terapias y maneras de curar”

Experiencias y narrativas de usuarios de salud que recurren a un modelo de atención a la salud alternativo.

Andrea Ramos Fernández

andreamos92@hotmail.es

Curso 2014-2015

Tutora: Mariona Rosés Tubau

Resumen

Este artículo consiste en una aproximación etnográfica a usuarios de salud que recurren a las terapias alternativas. Mediante sus experiencias y narrativas intentaremos abordar los principales motivos por los cuales los itinerarios terapéuticos de algunos pacientes pasan por un modelo de atención a la salud alternativo. Querremos poner de relieve el auge de las terapias alternativas y su uso cada vez mayor por parte de unos usuarios de salud que, sobretodo, para determinados padecimientos o enfermedades muestran descontento con el modelo médico convencional, el de la biomedicina.

Palabras clave: Usuarios de salud, terapias alternativas, narrativas, itinerarios terapéuticos, biomedicina.

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Datos etnográficos y metodología	2
3. Algunas consideraciones sobre las terapias alternativas	3
4. Marco teórico	5
5. El proceso de búsqueda de salud	6
6. Experiencias y narrativas del enfermo	8
- Críticas a la medicalización y fracasos terapéuticos	
- Sobre los padecimientos cotidianos y dolor crónico	
- El cuerpo como representación	
7. Atención médica alternativa	15
- La relación médico-paciente	
- La eficacia terapéutica y eficacia simbólica	
8. Conclusiones	18
9. Bibliografía	19

1. Introducción

El presente artículo es una aproximación etnográfica a usuarios de salud que recurren a terapias alternativas. El objetivo es plantear algunos aspectos que explicarían por qué algunos itinerarios terapéuticos pasan por o terminan en modelos de atención a la salud alternativos.

Como línea central de la investigación recurriremos a las experiencias y narrativas de los pacientes que nos ayudarán a entender las decisiones en los itinerarios terapéuticos. Además, las experiencias y narrativas, nos aportarán conocimiento sobre qué ofrecen, qué caracteriza o quién recurre, más algunos motivos, al modelo de salud alternativo. Cabe tener en cuenta, que adoptaremos una perspectiva relacional (Menéndez, 1994) con otros modelos de atención a la salud.

Para resolver la cuestión inicial presentaremos el contexto en el que se ubican y se desenvuelven las distintas opciones terapéuticas, poniendo de relieve el lugar que ocupan las terapias alternativas así como el papel que juegan. Después, podremos abordar el análisis resultante de las experiencias y narrativas de los pacientes –que conforman el trabajo etnográfico- que recurren a esta alternativa terapéutica. En este análisis prestaremos atención a las enfermedades y padecimientos que en mayor medida afectan a los pacientes, así como a las percepciones o representaciones de los pacientes acerca de la misma enfermedad o padecimiento. También plantearemos un análisis de la atención médica alternativa y la relación de los pacientes con ésta y con el terapeuta. Finalmente, llegaremos a la comprensión de por qué algunos itinerarios terapéuticos incluyen la atención a la salud alternativa.

2. Datos etnográficos y metodología

La información que se presentará es el resultado del análisis de mi trabajo de campo realizado en la consulta Energevital¹, en Sant Boi de Llobregat, entre diciembre de 2014 y abril de 2015. Fue desde finales de enero que empezaría a ir a la consulta de manera regular, una vez por semana. Durante el mes de abril sólo me dediqué a

¹ Consulta particular de terapias alternativas –Iridología, naturopatía, homeopatía, acupuntura y reiki-. Además dispone de un stock de productos de farmacia y parafarmacia. Claudio es el terapeuta titulado que ejerce todas las terapias a excepción de reiki, de la cual se encarga su hijo Óscar.

realizar algunas entrevistas a pacientes que acudían o habían acudido a la consulta.

Como herramientas metodológicas en Antropología recurrí a la observación participante y a la entrevista. Con respecto a las técnicas “sus pautas se van construyendo a lo largo de la investigación. Esto es, se subordinan a la reflexividad de la relación entre los miembros de la situación de campo” (Guber, 2004:56). En la etnografía realizada, los actores y el campo también determinarían las técnicas utilizadas. El terapeuta me invitó a participar de las consultas con sus pacientes mientras los diagnosticaba y/o trataba, por eso, en la sala de la consulta recurrí a la observación participante. Fuera de ésta –en la sala de espera o en las habitaciones de acupuntura y reiki- a las entrevistas no dirigidas. Con otros pacientes se puso en práctica la entrevista semiestructurada, estos últimos entrevistados fueron hombres y mujeres de distintas edades y localidades que tienen en común haber recurrido en contadas ocasiones y de manera alternativa a la consulta Energevitel, como última opción en sus itinerarios terapéuticos. Además, añadir las diferentes entrevistas que se fueron realizando con el terapeuta durante el trabajo de campo.

3. Algunas consideraciones sobre las terapias alternativas

En la actualidad las medicinas alternativas representan un panorama diverso y heterogéneo ya que resulta difícil determinar qué prácticas terapéuticas se engloban en su definición. Debido a que el presente trabajo pretende abordar algunas cuestiones relativas a las terapias alternativas intentaremos, en primer lugar, aportar algunas características que las definen. Bajo la misma definición se incluyen prácticas diferentes como la homeopatía, la naturopatía, la medicina tradicional china o la ayurvédica, entre otras. Esto se debe a que, como afirman algunos autores, las denominadas medicinas alternativas tienen características en común. Por ejemplo, Mary Douglas afirma que “la medicina holística toma en consideración de manera global el conjunto de la personalidad y el ambiente espiritual del paciente” (1998:40). En esta misma línea, Ballvé sostiene que “todas las modalidades de medicinas complementarias (...) suelen interesarse por aspectos psicológicos y sociales de los pacientes” (2003: 35).

Otro aspecto que ponen de relieve estos autores es que las terapias alternativas sostienen principios opuestos a los de la medicina científica. Como veremos, en el presente trabajo la mayoría de los usuarios de salud que recurren a estas terapias buscan precisamente una alternativa curativa a la biomedicina. Con esta observación, podemos subrayar que existen diferentes modelos de atención a la salud que son utilizados por los usuarios de salud cuando estos los requieren o precisan.

Ahora bien, ¿por qué terapias o medicinas *alternativas*? Para responder a este interrogante adoptamos la perspectiva relacional de Menéndez (1994) que asume las relaciones existentes entre los diferentes modelos de atención a salud². Adoptamos también su enfoque estructuralista e historicista según el cual el proceso histórico del proceso de salud, enfermedad y atención³ está caracterizado por las relaciones de hegemonía y subalternidad de los diferentes modelos de atención a la salud, por eso para abordar este proceso es necesario atender a los fenómenos sociales y culturales, así como individuales, que lo envuelven. Volviendo a la pregunta inicial, las terapias o medicinas alternativas son alternativas en relación con la biomedicina. Según el autor la biomedicina conforma el Modelo Médico Hegemónico -hegemonía que resulta del proceso histórico capitalista- que “intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos” (Menéndez, 1983: 14). También, para la mayoría de pacientes en mi etnografía las terapias alternativas son alternativas al ser la “otra” opción terapéutica con respecto a la primera opción, la biomédica.

Para finalizar este apartado abordaremos las últimas consideraciones que nos ayudarían a comprender la situación de las terapias alternativas en la actualidad. Podemos preguntarnos acerca del cómo o por qué el auge de las terapias alternativas en las últimas décadas. Algunos autores como Obach (2004) afirman que el auge y la difusión comercial de las medicinas alternativas tuvo lugar en Occidente a partir de los años sesenta del siglo pasado debido al contexto de crisis del modelo biomédico y debido al contexto social y movimiento contracultural que empezó en los Estados Unidos. Aunque en España no se evidenció tal auge hasta la década de los ochenta

² Mencionaremos únicamente la relación entre dos modelos de atención a la salud el de la biomedicina y el de las terapias alternativas pero cabe tener en cuenta que existe otro modelo de atención donde se ejercen cuidados más básicos y elementales para la promoción y prevención de salud: el modelo de autoatención/autocuidado (Haro, 2000).

³ Proceso estructural y universal. Entender este proceso implica aceptar que existen diferentes maneras de representar e intervenir sobre la enfermedad y los enfermos.

(Perdiguero, 2004). Además, cabe destacar el cambio de rumbo de la Organización Mundial de la Salud que elaboró un primer programa en 1978 sobre la Medicina Tradicional⁴ -que reconocía el papel de las medicinas tradicionales en el mundo y pretendía la promoción de la cobertura total en salud- lo que reforzaría el auge y la visibilización de las terapias alternativas.

Por otro lado, el auge experimentado de las terapias alternativas no siempre ha ido acompañado de su regulación y legitimación. Este hecho impide, en algunos países o comunidades como España y Cataluña, el desarrollo u oficialización de un modelo de salud alternativo (Pardo, 1997). Es habitual que la única opción que tengan los usuarios de salud que quieren recurrir a las terapias alternativas sea la de dirigirse a consultas privadas-particulares de profesionales médicos cuya formación o cuya práctica terapéutica no estaría regulada ni bien definida.

4. Marco teórico

Como ya hemos dicho, el presente estudio se basa en un enfoque interpretativo que pretende abordar algunos motivos por los que algunos usuarios de salud recurren a un modelo de atención alternativo. Consecuentemente, me baso en la antropología interpretativa de Kleinman (1988) y tomo como línea de investigación las narrativas y experiencias del enfermo. También, examinaré la aportación sobre el dolor y el cuerpo de Le Breton (1990; 1999) como elementos importantes para la reflexión y representación de la enfermedad que hacen los propios enfermos.

Respecto a las aportaciones de Kleinman los conceptos principales que utilizo son las narrativas de la enfermedad (illness narratives) y los modelos explicativos. Aunque también adoptamos la definición de enfermedad entendida como “illness” que se refiere a la experiencia de los síntomas y el sufrimiento, a cómo la persona enferma y los miembros de la familia o una red social más amplia representan, conviven y responden a los síntomas y a la misma enfermedad. Las narrativas de la enfermedad (illness narratives) nos aportarán información sobre cómo los enfermos representan sus problemas de salud, los controlan o afrontan. Además, según el autor, las

⁴ El último programa de la Organización Mundial de la Salud es la “*Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional 2014-2023*” (Organización Mundial de la Salud, 2013)

narrativas reflejan valores culturales y sociales, la forma en que percibimos e intervenimos nuestros cuerpos, en que etiquetamos y categorizamos los síntomas, en que expresamos nuestras experiencias corporales.

Para explicar las concepciones y representaciones que los usuarios de salud y los médicos o terapeutas construyen en torno a la enfermedad recurriré al término que propone Kleinman de los modelos explicativos (explanatory models). Los modelos explicativos son las nociones que los pacientes, las familias y los profesionales de salud tienen alrededor de una enfermedad, o de un episodio específico de enfermedad (Kleinman, 1988). Normalmente los pacientes expresan informalmente lo que para ellos supone su enfermedad o estar enfermos, atender a estos razonamientos será clave para que la comunicación entre médico y paciente sea satisfactoria y, el tratamiento y la curación efectivos, sino el paciente-enfermo, como veremos, puede buscar alternativas médicas. Los modelos explicativos, de los pacientes y los diferentes profesionales médicos –el médico convencional y el alternativo–, nos ayudarán a entender por qué para determinadas enfermedades los pacientes prefieren recurrir al terapeuta alternativo.

De David Le Breton, a través de las narrativas de los pacientes, abordaré su aportación sobre la ambivalencia del dolor en la enfermedad y la eficacia simbólica. La ambivalencia del dolor mostraría cómo la realidad del cuerpo hace referencia a significados inconscientes, sociales, culturales e individuales, atribuyendo al dolor y al cuerpo una dimensión simbólica (Le Breton, 1999). La eficacia simbólica está arraigada en la dimensión simbólica del dolor y el cuerpo, esta última tiene un papel fundamental para la cura del individuo enfermo ya que tiene en cuenta aspectos representativos para él y también para la comunidad. Veremos cómo se ponen de manifiesto estas concepciones en los relatos de los pacientes y cómo opera la eficacia simbólica en las experiencias de éstos.

5. El proceso de búsqueda de la salud

“The illness process begins with personal awareness of a change in body feeling and continues with the labeling of the sufferer by family or by self as ‘ill’.” (Kleinman, Eisenberg y Good, 2006:140).

Según los autores, el proceso en que los enfermos dan respuesta a sus enfermedades y padecimientos comienza cuando éstos se sienten, están y son reconocidos como enfermos. En el momento en que la enfermedad invade la cotidianidad del individuo éste tendrá que iniciar un tratamiento y/o decidir cuándo buscar atención profesional o alternativa, iniciando así un itinerario terapéutico: una secuencia de actividades que serán emprendidas para la resolución del padecimiento (Pasarín, 2011). Una paciente entrevistada que acudió a la consulta de Claudio, el terapeuta, podría servirnos de ejemplo: “Tenía mucha ansiedad y acabé yendo ahí porque ya estaba un poco desesperada, no sabía dónde ir y la verdad es que si ahora estuviera igual, volvería a ir. Y claro, la ansiedad, el miedo, afectaban mucho a mi vida diaria, me consumían.” (Esther, 06/04/15). El itinerario terapéutico de esta paciente se inició por la aparición de un problema que afectaba a su vida diaria y consideró que recurrir a la atención alternativa podría ayudarla. Esther es una chica de treinta años explicaba que llevaba mucho tiempo pasándolo mal tenía muchos nervios y ansiedad, pasaba por una mala etapa personal y laboral, no sabía a qué médico acudir debido a que su dolencia no estaba bien definida y localizada, hasta que sus familiares le hablaron de la consulta de Claudio y tomo la decisión de ir a probar.

Cabe añadir, que como en el caso de Esther la decisión acerca de las actividades que se emprenden para restablecer la salud, en muchos los casos se ve influenciada por los individuos que acompañan al enfermo. La trayectoria del itinerario terapéutico no es solitaria sino que involucra a las redes sociales de individuos y/o a las familias del individuo enfermo (Pasarín, 2011). Por tanto, otras personas intervienen en las decisiones a la hora de elegir un tratamiento o un modelo de atención a la salud. Podemos visualizar esto último, recurriendo de nuevo a la entrevista de Esther: “fui a la consulta de Claudio porque me lo recomendó un familiar mío que llevaba yendo mucho tiempo y tiene muchos problemas de salud. También había ido su hija que es mi prima y su nieta y a todos les había ido muy bien. Y claro, me animaron a ir.” (Esther, 06/04/15).

Por último, acerca de los itinerarios terapéuticos o sobre el proceso de búsqueda de salud podemos decir que, en la mayoría de ocasiones, suelen ser recorridos complejos, que articulan diferentes modelos de atención a la salud para el restablecimiento de ésta. Respecto a este apartado introductorio podemos concluir diciendo que los enfermos emprenderían toda una serie de estrategias, tratamientos, actividades y decisiones con el objetivo de retornar a su estado normal de salud. La opción terapéutica que escojan dependerá de la situación particular del enfermo. También, como hemos visto, es habitual que se vea influenciada por las redes sociales cercanas a éste y/o sus familiares.

Una vez abordado el proceso de búsqueda de salud o los itinerarios terapéuticos, intentaremos abarcar algunas razones que abocan a muchos pacientes a recurrir a un modelo de salud alternativo –terapias alternativas-.

6. Experiencias y narrativas del enfermo

- Crítica a la medicalización y fracasos terapéuticos

“Fui al médico, le dije qué me pasaba y le expliqué mi problema, tenía ansiedad. Mi médico de cabecera me dio un medicamento una especie de ansiolítico, bueno miento, me dio una especie de antidepresivos porque me decía que la ansiedad también se trata con antidepresivos. Entonces, yo no me las quise tomar, le dije que eso yo no me lo iba a tomar.” (Elías, 26/01/15)

El rechazo ante un medicamento concreto que explicaba Elías es bastante común entre los casos que se presentan en mi etnografía. Algunos autores coinciden en que la medicina es considerada por muchos usuarios de salud como una invasión al cuerpo (Obach, 2003). Para Elías, un chico de 20 años, tratar su ansiedad con antidepresivos era una solución terapéutica propuesta por su médico de cabecera que no esperaba oír, ni se había planteado. Empezar a tomar antidepresivos suponía abandonar su independencia respecto a cualquier tipo de medicación, para depender de una medicación que él consideraba como muy fuerte o desmesurada. Además, que su médico de cabecera como primera opción de tratamiento propusiera a Elías esa medicación provocó que éste estigmatizara su padecimiento. El rechazo de algunos

pacientes a determinados medicamentos parece agravarse cuando hablamos de enfermedades y padecimientos que requieren medicación diaria y/o permanente. Sin embargo, ante la prescripción de un medicamento homeopático que le mandó tomar Claudio, el terapeuta, así responde Elías: “me dio unas bolitas que son para dormir bien, para ayudarte a relajar, etc. Estas pastillas no tuve inconveniente en tomármelas porque eran naturales.” (Elías, 26/01/15). Un medicamento homeopático, no representaba tal invasión para Elías ya que las pastillas eran naturales y no iban a hacerle nada más que relajarle o ayudarlo a dormir.

Otra paciente de Claudio durante la consulta explicaba: “Yo creo en la otra medicina y creo que se complementan pero tal y como están las cosas hoy día...se habla de timos y engaños, de los muchos efectos secundarios, de medicamentos sintéticos o tóxicos...todo esto hay que conocerlo.” (Lucía, 31/03/15). Como decíamos, para un paciente que tenga que estar en constante medicación o que deba tomar una medicación ‘más agresiva’, un tratamiento así favorecería la resistencia y no cooperación con el médico y el tratamiento. Por ejemplo, Greenwood (2000) afirma que los pacientes a menudo recurren al médico naturalista después de una experiencia poco satisfactoria con la medicina científica, además, los tratamientos suelen ser menos radicales. En el ejemplo de otra paciente se presenta un caso similar:

“Si a la tercera sesión no lo eliminaba me quedaba con el helicobacter pylori⁵. Porque no me podían dar más antibiótico por la Organización Mundial de la Salud que no permite dar más tandas de antibiótico. Tres tomas con tres antibióticos al día durante 3 meses. Era mucho...No podía tomar más medicamentos y tenía que hacer algo”.
(Elena, 7/04/15)

Eso explica Elena una paciente de 54 años que ante su frustración de, a pesar de haber estado medicándose, no poder solucionar su problema de salud. También, explicaba que a raíz de las tomas de antibióticos empezó a estar baja de defensas porque el antibiótico “se las mató”; y ahora, debía a recurrir, en ocasiones, a

⁵ Bacteria que infecta y afecta al sistema gástrico. Si se desarrollan los síntomas provoca ardores, dolores estomacales y puede conllevar a algunos tipos de gastroenteritis y úlceras en el estómago.

medicamentos para subir las defensas. El efecto secundario es otro aspecto que preocupa a los usuarios de salud.

Hay que identificar otro aspecto relevante que provoca que los itinerarios terapéuticos de los usuarios de salud se desvíen de la medicina convencional para buscar otras soluciones, este es el fracaso en los diagnósticos o el fracaso terapéutico. Cuando el padecimiento o enfermedad de los pacientes no es fácilmente identificable o localizable en su fisiología suele ocurrir que el diagnóstico fracase. Ponemos como ejemplo a José Miguel, un paciente de 40 años que no sabía qué tenía pero sí que le estaba pasando, qué le dolía y que síntomas experimentaba:

Me encuentro mal en general, me hacen pruebas y nada. Me dan mareos, temblores, sobre todo en los brazos. A parte, tengo molestia en el pie también y un tic nervioso en el ojo. No sé si tiene relación todo. Y claro, los médicos me dicen que no tengo nada” (José Miguel, 20/02/15)

José Miguel le contaba esto a Claudio en la consulta. No podía creer que con todo lo que le pasaba no le encontrarán nada, no le diagnosticaran nada. Tras su frustración decidió probar con las terapias alternativas que tenía entendido que le podían ayudar, no sólo con un diagnóstico más satisfactorio, también con una solución.

Presentaremos ahora el caso de otra paciente con la cual se pudo realizar un mayor seguimiento en su tratamiento. Paquita es una mujer de 65 años que llevaba más de veinte años con grandes dificultades para dormir. Ella lo asociaba con problemas personales que había sufrido, como la muerte de su padre, y con situaciones de mucho estrés a lo largo de su vida. Recurrió en varias ocasiones al médico de cabecera y especialistas pero en las pruebas no salía nada significativo. Así, le fueron dando diferentes medicamentos para dormir. Llevaba años medicándose con éstos y su problema en vez de mejorar se agravó, decidió recurrir a la consulta de Claudio. Desde hacía medio año no conseguía dormir más de dos horas al día. Paquita había experimentado tanto el fracaso en el diagnóstico como el fracaso terapéutico antes de tomar la decisión de recurrir a las terapias alternativas de la consulta de Claudio.

Esta paciente explicaba:

Yo es que soy la única persona que sin dormir puedo vivir y según los médicos estoy sana, no lo entiendo. Porque yo creo que tendría que salir en los análisis que tengo algo ahí...de los nervios que no van o que los tengo cogidos, no lo sé. ¡Es que no se cómo me los van a sacar! ¡Más medicamentos no puedo tomar! (Paquita, 25/03/15)

Un último ejemplo de fracaso terapéutico que nos servirá de reflexión para el apartado siguiente es el caso ya visto de Elena que explicaba porque había acabado en la consulta de Claudio: “fui porque tenía la helicobacter pylori y con sesiones y antibiótico no me lo pudieron eliminar”. Explicaba que como no podían medicarla más la bacteria se le quedaría en el estómago hasta que pudieran volver a recetarle los antibióticos después de un periodo de reposo. Elena contaba lo que para ella suponía que le dejaran su problema sin solucionar:

Me producía malestar de estómago, acidez, ardores, todos los días. A parte, tuve un ataque de ansiedad y estuve una noche muy mala me tuvieron que llevar de urgencias y se ve que todo venía de lo mismo, tenía que ver con la bacteria. (...) Era muy incómodo tenía mucho malestar, además siempre he sufrido del estómago y tenía miedo de que me produjera una úlcera” (Elena, 07/04/15)

Las narrativas de estos pacientes podemos ver que tienen mucho en común -no querían o podían tomar más medicamentos, los médicos habían fracasado en el diagnóstico, o bien, en el tratamiento- pero, además, sus padecimientos eran cotidianos -sufrían en el día a día- y/o sus enfermedades crónicas.

- **Sobre los padecimientos cotidianos y dolor crónico**

La gran mayoría de individuos que recurren a la consulta de Claudio tienen en común sufrir padecimientos cotidianos o enfermedades crónicas, para las que los médicos alópatas⁶ no tienen respuesta, más allá de la medicalización. Si las alternativas médicas no tuvieran cabida, la gran mayoría de estos padecimientos o

⁶ Así se denominan a los profesionales médicos que forman parte del modelo biomédico.

enfermedades serían intratables y/o incurables, al menos a largo plazo. Debemos tener en cuenta que para muchas personas que padecen molestias o dolor, los objetivos de la vida cotidiana están alterados por el predominio del dolor (Good, 2003). Veremos algunos ejemplos de pacientes que hacen frente a la enfermedad y al dolor en su cotidianidad y qué soluciones buscan.

Dolors es una paciente de 70 años, en la consulta de Claudio explicaba: “cada día tengo nauseas si no como, pero si como también, vomito muchas veces. Me duele el estómago, bueno medio como cuando tenía cáncer.” (Dolors, 18/03/15). Esta paciente recurre a Claudio para tratar su padecimiento que, como dice, tiene miedo de que derive en otro cáncer. En su caso complementa la biomedicina con las terapias alternativas ya que le estaban realizando pruebas para comprobar que no se estuviera produciendo metástasis en algún otro órgano de su cuerpo. Dolors prefería recurrir a Claudio para su padecimiento actual porque su dolor en el estómago es algo más que un dolor puramente fisiológico debido a la asociación que ella hace con el miedo de volver a tener cáncer. Explicaba que para ella Claudio es la persona adecuada para tratarla mientras le hacen pruebas porque “la entiende mejor”. Este es un elemento importante de reflexión, la paciente “se entiende” con el terapeuta alternativo. Como en el caso de Dolors, para muchos pacientes con padecimientos cotidianos y/o crónicos los profesionales alternativos serían la opción adecuada para abordar su enfermedad ya que se pone de relieve una mayor concordancia de modelos explicativos entre el terapeuta y paciente que, normalmente, conlleva a una mejora o mayor eficacia en los tratamientos.

En otras ocasiones, algunos individuos llegan a la consulta de Claudio para ver qué pueden hacer con una enfermedad crónica que les han diagnosticado los biomédicos. Este es el caso de Antonio, un hombre 44 años, que comparte su preocupación con Claudio porque le diagnosticaron fatiga crónica⁷. El terapeuta al examinarle, explicaba a Antonio que la causa de su fatiga se debía a un fallo en el sistema nervioso pero que tenía cura y que iría recuperando su fuerza. La respuesta del

⁷ “El síndrome de fatiga crónica (SFC) es un trastorno debilitante y complejo que se caracteriza por un cansancio intenso que no mejora con el descanso en la cama y que puede empeorar con el esfuerzo físico o mental. Las personas con SFC a menudo realizan actividades a un nivel sustancialmente menor de lo que eran capaces antes de la aparición de la enfermedad. La causa o causas del SFC no se han identificado y no se dispone de pruebas de diagnóstico específicas”
URL: http://www.cdc.gov/cfs/es/general/definicion_de_caso/index.html

paciente fue: “¿Enserio esto se cura? Es la primera vez que vengo a un médico y me da esperanzas, me dijeron que no tenía cura la fatiga crónica y que poco a poco iría apagándome” (Antonio, 25/03/15). El caso de Antonio podría ejemplificar como existen unas concepciones determinadas y generalizadas sobre la enfermedad y el dolor crónico, el paciente se asombraba cuando el terapeuta alternativo le afirmaba que la fatiga crónica podía curarse porque “los médicos no le habían visto bien las causas” (Claudio, 25/03/15). No toda diversidad de profesionales y saberes médicos define de la misma manera la enfermedad y el dolor crónico, incluso, dichas categorías pueden no existir. Autores como Otegui (2009) afirman que nuestra experiencia del dolor pasa inevitablemente por las definiciones que del mismo hacen aquellos que se han convertido en los especialistas en su definición: los profesionales biomédicos.

En el caso de las terapias alternativas (al menos, las que Claudio ofrece en su consulta) los modelos explicativos de éstas y sus terapeutas no contemplan la cronificación de la enfermedad y el dolor. Por tanto, algunos pacientes como Antonio que recurren a estas terapias se someten a la deconstrucción de ciertos saberes y concepciones relativas a la enfermedad que formarían parte de los modelos explicativos de la biomedicina.

- **El cuerpo como representación**

Como hemos visto en el apartado anterior, en ocasiones, el itinerario terapéutico del paciente se convierte en una búsqueda de un modelo de atención a la salud que pueda reconocer y significar su padecimiento o enfermedad ya que la biomedicina -que suele ser la primera opción terapéutica- no identificaba un dolor o lesión en el plano fisiológico. Debemos subrayar la aportación sobre el dolor de Le Breton que sostiene que: “el dolor no es un hecho fisiológico, sino existencial. No es el cuerpo el que sufre, sino el individuo entero.” (1999:50). Veremos cómo estas afirmaciones de Le Breton sobre el dolor y el cuerpo tienen significado en las narrativas de los pacientes que usan su cuerpo para representar su dolor, un dolor que va más allá de lo fisiológico.

Volvemos a poner el ejemplo de Paquita, la mujer de 65 años que padece de falta de sueño, que explicaba:

Yo ya me encontraba mal, antes de que me dieran las pastillas para dormir, con una ansiedad con un “run run”, y me dolía como en el esternón o como en el corazón, tenía una tristeza muy grande, no la podía sacar. Y fue pasando el tiempo, yo pensaba que se me iría sacando poco a poco y lo llevo llevando años, todavía llevo esa tristeza. Mejor estoy pero vamos todavía la tengo y se me ha resentido el sistema nervioso, es lo que más me ha afectado. Y entonces, bueno, “ahí estoy” no me lo han hecho bien tendrían que haberme hecho otras terapias o psicólogos o algo pero que me hubieran ayudado, no simplemente darme pastillas. (Paquita, 25/03/15)

El dolor de Paquita no se trata de una dolencia física. Su sufrimiento, en cierta medida, es experimentado en el cuerpo pero no puede desvincularse de su conciencia, de sus emociones. Además, parece ser su dolor emocional el que provoca la patología del sueño. Para Paquita y otros pacientes la enfermedad y el dolor se experimentan en el cuerpo pero no pueden desvincularse de sus problemas personales –la situación laboral, los problemas familiares o de pareja, las dificultades económicas, las situaciones de estrés o la pérdida de algún ser querido como más destacables-. Si el médico convencional, la biomedicina, no atiende estas dimensiones para abordar o significar el dolor y enfermedad de los pacientes, éstos probaran alternativas terapéuticas.

Presentamos a otra paciente que acude a la consulta de Claudio. Su nombre es Montserrat, es una mujer de 73 años que principalmente acude a la consulta por un persistente dolor en la rodilla izquierda. Hace años tuvo un accidente de coche tras el que casi pierde la mitad de la pierna que ella explicaba que los médicos se la salvaron porque se la lograron reconstruir⁸. Retomando la reflexión sobre el dolor y el cuerpo Montserrat en una conversación con el terapeuta, Claudio, aborda su dolor en relación con diferentes eventos de su vida:

⁸ Con esta afirmación podemos apreciar que Montserrat y también la mayoría de usuarios de salud no niegan la eficacia de la medicina científica pero no siempre la consideran adecuada o beneficiosa. También es cierto que una minoría de pacientes que recurren a la consulta de Claudio sí rechazan casi por completo la biomedicina a no ser que se trate de una situación o intervención urgente.

Claudio no quiero que me de otra embolia. (...) Jo he viscut amb molt dolor sempre. A més, la mort del meu pare i el meu germà per tuberculosi i després l'accident de cotxe així tinc el genoll. (...) Jo fa anys que volto totes les medicines, lo pruebo todo, a ver si me arreglas el corazón partido. (Montserrat, 18/03/15)

El dolor que experimenta Montserrat no tiene sentido sin su historia de vida, si ella no puede significarlo. El cuerpo para estas pacientes es la experiencia de un dolor que representa la totalidad de su persona, también el cuerpo y la mente –como una sola cosa-, tal y como ellas lo conciben. La concepción que los pacientes hacen de su dolor o enfermedad y de ellos mismos como una totalidad coincide con la concepción o con los modelos explicativos del modelo médico alternativo y del terapeuta al que recurren, como sucede en nuestro caso.

Finalizamos este apartado con una reflexión y es que los diferentes saberes y prácticas médicas no se refutan mutuamente, son de orden diferente y no se interesan en el ‘mismo cuerpo’. Claudio, el terapeuta, en una de las conversaciones que tuvimos explicaba: “hay que cambiar la objetividad y la observación, también la subjetividad. Claro está que existen otras interpretaciones del cuerpo y hay que saber diferenciarlas pero también englobarlas o aprovecharlas para que sean útiles.” (Claudio, 04/03/15). El terapeuta alternativo se interesará en el ‘mismo cuerpo’ que representan los pacientes sobre determinadas dolencias y enfermedades por eso una atención médica alternativa es considerada mejor, más adecuada y eficaz en determinadas circunstancias.

7. Atención médica alternativa

- La relación médico-paciente

“Lo que la gente busca en las medicinas alternativas –además de nuevas opciones terapéuticas- es otro tipo de contacto con el médico o terapeuta, una relación más estrecha, más humana.” (Obach, 2003: 87)

La relación que los pacientes entablan con el médico que lleva sus tratamientos es un aspecto muy importante y valorado por éstos. Sucede a menudo que los usuarios de

salud se quejen del tipo de atención que reciben de sus médicos de cabecera, no tanto por la relación que tienen con ellos sino por el tiempo que pueden atenderles. Algunos pacientes de la consulta de Claudio hablaban de la buena relación con sus médicos de cabecera ya que los conocían ‘de toda la vida’ –ya que la mayoría de pacientes de la consulta de Claudio eran personas adultas o mayores- pero no tenían mucho tiempo para hablar con ellos ni atenderlos. Pero, además, la mayoría de pacientes que más tarde recurrían a Claudio habían sido derivados a uno o varios especialistas médicos para determinar o analizar sus enfermedades. Este vaivén en sus itinerarios terapéuticos provocaba que, en cierta medida, los pacientes no pudieran tener relaciones tan estrechas con los médicos. Los usuarios de salud que recurrían a Claudio valoraban positivamente tanto la visita integral, que Claudio fuera el terapeuta y especialista de todas las molestias o enfermedades que afectaran a los pacientes, como que éste les escuchara y les dedica tiempo.

Las narrativas de algunos pacientes destacan especialmente el hecho de ser escuchados, así como la relación más personalizada que se establece con el terapeuta. Algunos pacientes expresaban: “Él no escatima en tiempo si se está dos horas contigo pues se está dos horas, no va mirando el reloj para que venga otro” (Elena, 07/04/15); “És tan bona persona, qualsevol cosa que tens li pots parlar sinó li pots trucar i també t’atén” (Eugeni, 20/02/15). Cabe añadir que las visitas en la consulta de Claudio suelen durar media hora aproximadamente aunque es frecuente que muchas se alarguen hasta una hora o más y si se trata de alguna consulta “refuerzo”⁹ o de sólo aplicación de acupuntura pueden durar unos 15 minutos.

Autores como Greenwood (1984) ponen de relieve el diálogo entre médico y paciente y afirman que en el caso de las terapias alternativas el diálogo es más igualitario por lo que la relación y colaboración entre paciente y terapeuta es menos problemática. Podemos ver algunos de estos aspectos con el ejemplo de una paciente: “Me falta energía, me falta ánimo para todo. Ayúdame como sea, estoy desesperada” (Isa, 25/03/15). Esta paciente es una mujer de 45 años y no sabe qué le pasa aunque cree tener depresión. Un día en la consulta con Claudio rompió a llorar y el terapeuta la tranquilizó. Mientras le preguntaba cómo se sentía le ponía unas agujas de

⁹ Una consulta refuerzo tiene lugar cuando los pacientes acuden a la consulta para hacer un seguimiento de un tratamiento que se ha iniciado con anterioridad o un tratamiento que requiere revisión o algún cambio o modificación en el tratamiento.

acupuntura. Respecto a la pregunta de cómo se sentía respondió: “Aquí me siento segura” (Isa, 25/03/15).

Vemos que no únicamente el tiempo es importante para los pacientes. El diálogo es significativo, contra más tiempo dispongan en la consulta el diálogo es más efectivo. El tiempo dedicado hace que se sientan escuchados, válidos y respetados. El tiempo y el hecho de ser escuchados son elementos característicos del modelo de atención a la salud alternativo que los propios pacientes valoran y ponen de relieve.

- **La eficacia terapéutica y eficacia simbólica**

“A mí me funcionó no tanto los remedios que me dio sino las veces que he ido a consulta porque te relaja mucho digamos como habla, como te expresa las cosas que dice, a mí me relajaba eso, me relajaba lo que me decía Román en la consulta. Entonces, la medicina no era como yo esperaba digamos.” [...] cómo habla, cómo tranquiliza, sabe decir las cosas y hacerte sentir bien.” (Elías, 26/01/15)

Para Elías es importante el diálogo con su terapeuta, es importante que Claudio le entienda y sepa tranquilizarle. Lo que valora más es la comprensión, se sentía incomprendido por su médico de cabecera porque éste le daba antidepresivos que no necesitaba¹⁰. El relato que construyó Claudio en torno al problema de Elías ofreció todo un sistema de significaciones representativas para él gracias a las cuales pudo ordenar o resignificar su angustia. Cuando opera la eficacia simbólica, en este caso del relato, puede producirse la eficacia terapéutica (Le Breton 1999). Es el terapeuta quien debe dar sentido a la enfermedad y al dolor del paciente pues a través de su discurso se convierte en un agente terapéutico eficaz. Esta observación sobre el terapeuta puede verse en algunos comentarios que los pacientes de Claudio expresaron sobre éste en algunas consultas: “Claudio hace maravillas”; “Ver a Claudio es ver a Dios” “És venir aquí a la consulta i et cures”.

La eficacia terapéutica, más allá del relato o del papel del terapeuta, también se explica por los resultados favorables y convincentes de las terapias alternativas que

¹⁰ Tomar antidepresivos representaba para Elías, un chico de 20 años, agravar su ansiedad y estigmatizarla al tratarla con mayor gravedad y con medicamentos ‘fuertes’.

Claudio ofrece en su consulta. Elena, la paciente que tenía la bacteria de la *helicobacter pylori* decía: “La verdad es que el tratamiento era muy sencillo. Con el primer tratamiento ya quedé contenta porque me la quitó, me quitó algo que la medicina normal no podía.” (Elena, 07/04/15). Por otro lado, otra paciente, Esther, explicaba que el tratamiento le parecía rarísimo y algo difícil de seguir pero que a largo plazo le funcionó bastante.

En este apartado se han abordado algunos casos en los que la eficacia terapéutica y/o simbólica han operado pero también existen casos en que las terapias no han sido efectivas. En estas ocasiones, los pacientes han tenido que seguir su itinerario terapéutico fuera de la consulta de Claudio desviándose del modelo médico alternativo.

8. Conclusiones

En el presente artículo se han querido exponer y analizar algunas cuestiones que nos ayudan a explicar por qué algunos usuarios de salud se decantan por las terapias alternativas o por un modelo de atención a la salud alternativo en sus itinerarios terapéuticos.

Cabe decir que la gran mayoría de pacientes que se han ido presentando en el artículo especialmente recurren a las terapias alternativas como segunda opción, cuando otras opciones terapéuticas fracasan.

Tras el análisis realizado podemos aportar algunas reflexiones. En primer lugar, los usuarios de salud que desvían sus itinerarios terapéuticos hacia un modelo de atención alternativo se justifican mediante la crítica al modelo biomédico, para ellos deficiente. Como hemos visto, los usuarios de salud ponen énfasis en la crítica a la medicalización así como en los fracasos diagnósticos y terapéuticos de los médicos. En segundo lugar, aunque los pacientes no se expresen con esta terminología ponen de relieve la necesidad de un modelo explicativo, necesidad de comprensión para ellos, similar al suyo que se interese en la misma enfermedad, el mismo dolor y el mismo cuerpo para que el terapeuta dote de significado y represente la enfermedad de los pacientes favoreciendo la eficacia y la curación. Se produce por tanto una aproximación de dos modelos explicativos el del paciente y el del terapeuta

alternativo que en un inicio parecían de diferente orden, o incluso incompatible para algunos pacientes. Por último, los pacientes subrayan la relación médico-paciente del modelo de atención alternativo principalmente por el hecho de ser escuchados y el trato personal e individualizado. Estos aspectos, especialmente el primero, resultan eficaces para los tratamientos de los pacientes y son considerados alternativos respecto al modelo médico convencional.

9. Bibliografía

- BALLVÉ, J. L. (2003) ¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué? [En línea] *Humanitas: Humanidades Médicas*, Vol. 1 n. 2. URL permanente: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero2/Articulos/articulo3.pdf>
- GOOD, B. J. (2003) [1994] “*Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*”. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- GREENWOOD, D. (2000) “Medicina intervencionista vs. Medicina naturalista: historia antropológica de una pugna ideológica”. *Arxiu d’Etnografia de Catalunya*, Nº 3: 58-81.
- GUBER, Rosana (2004) “*El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*”. Barcelona: Paidós.
- HARO, J. (2000). “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud” en PERDIGUERO, E., COMELLES, J.M. (ed) (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pág. 101-162.
- KLEINMAN, A. (1988) “*The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*”. United States of America: Basic Books.
- KLEINMAN, A., L. EISENBERG, & B.GOOD (2006) [1978] “Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research”. [En línea]. *Annals of Internal Medicine*. 1988: 251-258. URL permanente: <http://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/ShlavB/culture%20oillness%20and%20care.pdf>
- LE BRETON, D. (1990) “*Antropología del cuerpo y modernidad*”. Barcelona: Nueva visión.
- LE BRETON, D. (1999) “*Antropología del dolor*”. Barcelona. Seix Barral.

- MENÉNDEZ, E. (1994) “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?” *Alteridades*, N° 4 (7): 71-83.
- MENÉNDEZ, E. (1983) “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales” en MENÉNDEZ, E. (1983) “*Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*”, [En línea] México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. URL permanente: <http://goo.gl/pKvWrF>
- OBACH, A. (2004) “*Entre los márgenes y la oficialidad: aproximación antropológica a la introducción de medicinas alternativas en dos Centros de Atención Primaria en la ciudad de Barcelona*”. Barcelona: Universitat de Barcelona, Tesis Doctoral.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2013) “*Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional 2014-2023*” [En línea] Organización Mundial de la Salud. URL permanente: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>
- OTEGUI, R. (2009) “El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor” en GRIMBERG, M. (ed.) (2009) “*Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico.*” Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- PARDO, E. (1997) “Escenaris assistencials del model mèdic homeopàtic a Catalunya” [En línea] *Revista d’Etnologia de Catalunya*, N° 11. URL permanente: <http://www.raco.cat/index.php/RevistaEtnologia/article/view/48870/57067>
- PASARÍN, L. (2011) “Itinerarios terapéuticos y redes sociales. Actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad y atención” *Los aportes del Análisis de Redes Sociales en la Psicología*. Argentina: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- PERDIGUERO, E. (2004) “El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar” *Gac Sanit*, N° 18 (Supl. 1): 140-5.