



Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales

Anthropological analysis of use patterns and the profile of users of complementary oriental therapy

Paloma Echevarría Pérez

Directora del máster oficial en Ciencias Sociosanitarias. Universidad Católica San Antonio. Murcia.
pechevarria@pdi.ucam.edu

RESUMEN

Es una realidad el aumento del interés de la población occidental por las terapias alternativas o complementarias y el rechazo hacia las mismas por parte de la medicina oficial biomédica. El análisis social demuestra cómo las personas y los grupos toman decisiones acerca de su salud, y si el sistema oficial no se lo facilita, no por ello desisten. Este estudio cualitativo analiza los patrones de uso de los usuarios españoles que acuden a las terapias complementarias y aporta datos sobre su proceso de búsqueda de salud. Esta investigación forma parte de una tesis doctoral que aborda la articulación y grado de convivencia de los modelos de salud oriental y occidental en España y Japón desde todos los ángulos.

ABSTRACT

The increasing interest of the population in the complementary or alternative therapies is a demonstrated fact together with the rejection of the official biomedical system. The social analysis demonstrates how individuals and groups make decisions about their own health, and they not give up in spite of the official system. This qualitative study analyses patterns of the users of complementary or alternative therapies and provides data on their search process for health. This investigation is a part of a doctoral thesis about the articulation and degree of coexistence of eastern and western health models in Spain and Japan from all angles.

PALABRAS CLAVE | KEYWORDS

antropología médica | perfil del usuario | terapias complementarias o alternativas | medicina oriental | medical anthropology | user outline | complementary or alternatives therapies | oriental medicine

Introducción

Los modelos explicativos y el proceso de búsqueda de salud

Uno de los objetivos de la Antropología médica o de la Salud es estudiar cómo el hombre se enfrenta al continuum salud-enfermedad desde el punto de vista social. El sentido o explicación que se le de a la enfermedad orientará el sentido de la búsqueda del restablecimiento de la salud perdida, y por ello ambos conceptos van íntimamente unidos. Kleinman (1981) define los modelos explicativos como las nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento que es empleado por aquéllos que se ocupan del proceso clínico. En este proceso están inmersos distintos actores: el enfermo, la familia y los profesionales de salud. La interacción de los modelos explicativos es componente central de los cuidados de la salud. Los modelos explicativos necesitan ser distinguidos de las creencias generales sobre la salud y la enfermedad; tales creencias generales pertenecen a la ideología de la salud de los diferentes sectores y existen independientes y antes de cualquier episodio concreto de enfermedad. Aún influenciados por estas creencias, los modelos explicativos se dan en respuesta a episodios concretos de enfermedad, y por ello deben ser analizados en situaciones particulares.

Podemos conceptualizar la relación médico-paciente como una transacción del modelo explicativo del paciente y del modelo explicativo del médico. Además, las explicaciones del paciente frecuentemente son distinguidas de las explicaciones de los familiares, con las cuales pueden entrar en conflicto o ser divergentes.

Pues bien, una vez que un individuo analiza el por qué de su enfermedad, pasa a intentar solucionar ese

problema escogiendo entre el abanico de posibilidades que se le ofrecen dentro de los tres sectores en los que Kleinman divide el sistema de salud: el popular, el profesional y el folk. Es lo que llamamos el proceso de búsqueda de salud.

a) El sector popular se define como el más grande y el menos estudiado, es el medio de la cultura popular profana, no profesional, no especialista, en el cual la enfermedad es definida primero y se inician las actividades de cuidado a la salud, y contiene diferentes niveles: individual, familiar, redes sociales y actividades y creencias comunitarias (concepto de autocuidado-autoatención).

b) El sector profesional comprende las profesiones organizadas de la curación. En la mayoría de las sociedades es simplemente la medicina moderna científica, aunque por ejemplo en China e India también se encuentran profesionalizados los sistemas médicos indígenas: medicina tradicional china y medicina ayurvédica respectivamente.

c) El sector folk, por último, es una mezcla de muchos componentes diferentes, algunos relacionados con el sector profesional, pero otros están más relacionados con el sector popular: entran los curanderos, sanadores rituales y sacros, los lectores de fortuna, astrólogos... a veces el sector folk es clasificado en sus partes secular y sacra, pero esta división es en ocasiones borrada en la práctica, y las dos se solapan usualmente. Los herbolarios también se encuentran clásicamente incluidos en este grupo, aunque en la medicina oriental la fitoterapia o curación mediante las hierbas es un componente esencial de la medicina profesional, equivaldría a los productos farmacéuticos del sistema biomédico.

Vemos que en occidente los límites entre el sector profesional y el folk a veces están difusos, porque hay terapias profesionales como la acupuntura o el *shiatsu* (digitopuntura) que sin embargo por desconocimiento o por otras razones se considera al mismo nivel folk que los curanderos.

Causas del auge de las terapias complementarias: Crisis del modelo biomédico como hegemonía

Existe un creciente interés por parte de las sociedades de los países occidentales en la utilización de las llamadas terapias naturales o complementarias por distintas razones, fundamentalmente porque los medios que se ofrecen dentro del sistema de salud no satisfacen todas las expectativas. La medicina occidental, biomédica o alopática ha avanzado espectacularmente en algunos aspectos, como la cirugía, los trasplantes o la reducción de enfermedades infecciosas, pero sin embargo, según numerosos autores, se encuentra con que las dolencias crónicas y degenerativas no las aborda como debiera. También son muchas las personas que tienen un enfoque diferente de la vida y de la salud, con la necesidad de una mejor relación con el entorno y con lo natural, y con un rechazo a la excesiva tecnificación y medicalización (Menéndez 1986; Foucault 1975).

El interés por el papel de la mente en la curación está volviéndose algo general hoy en día, en gran medida por el enfoque predominantemente materialista de la medicina occidental. Las historias de curaciones por la fe (como las que se registran en Lourdes), la investigación en el efecto placebo y el innegable beneficio de reducción de estrés, humor y la imaginación positiva para la recuperación de la enfermedad, han desafiado la noción de cuerpo-mente separados.

Prevalencia de uso

Esta insatisfacción con la forma en que la medicina occidental trata las dolencias cardiovasculares o crónicas hace que, como decimos, numerosos occidentales busquen otras terapias. Son numerosos los estudios que así lo avalan, desde los que se iniciaron en las décadas de los 80-90 (Einsenberg 1998 y 1993; Ernst 2000; Tindle 2005).

Especialmente interesante es el de Harris y Rees (2000), que realizan un metaanálisis de los estudios publicados sobre prevalencia de uso de terapias complementarias. Los porcentajes difieren entre los países y resulta difícil establecer comparaciones por problemas metodológicos, pero todos concluyen que la tendencia es al alza.

La Organización Mundial de la Salud se refiere al éxito de las terapias complementarias en los siguientes términos:

"En muchos países desarrollados el popular uso de las medicinas complementarias y alternativas está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria. Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes la medicina complementaria y alternativa parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática" (Organización Mundial de la Salud, 2002: 2).

La OMS en este estudio aporta el dato de que en los países industrializados el porcentaje de población que utiliza las terapias complementarias al menos una vez oscila según el país entre el 40 y el 70% (Francia incluso 75%). Un estudio muy conocido realizado en 1993 en Estados Unidos habla de un 34% de población, que en 1997, y tras realizar un seguimiento, había aumentado hasta el 42% (Einsenberg 1998).

En España, según datos del Ministerio de Hacienda, se llevan a cabo 300.000 consultas diarias por parte de personal no médico que trabaja bajo el epígrafe de profesiones parasanitarias no reconocidas salvo por dicho organismo. Este dato no incluye, por tanto, a los médicos o profesionales sanitarios que las practican (Ballvé Moreno 2003). Otro interesante estudio realizado en Cataluña (Bassols 2002) concluyó que la estrategia terapéutica más comúnmente utilizada cuando se padece un dolor es visitar al médico (66,3%), seguida de la automedicación (27,6%) y medicinas alternativas (20,5%). La farmacología fue el primer tratamiento utilizado por los médicos (86,5%) seguido a distancia por la terapia física (18,1%). El tratamiento, sin embargo, del dolor en las extremidades, espalda y cuello fue a menudo infructuoso.

En otro estudio (Suárez 2002), una de las conclusiones que se aporta es que el grado de satisfacción de los usuarios de terapias complementarias es alto, lo que queda asentado con el dato de que el 100% de las personas estudiadas recomendaría la terapia a la que se está sometiendo y al 92% les gustaría que lo ofreciera la Seguridad Social. En un estudio multicéntrico nacional [\(1\)](#) realizado en España, se afirma que uno de cada 4 enfermos de cáncer utiliza o ha utilizado alguna forma de terapia complementaria sobre todo para reforzar su estado físico y tolerar o contrarrestar los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos convencionales.

En la prensa se observa también un creciente interés por estas terapias, que se ve reflejado en numerosos artículos que reflejan la demanda de la sociedad por temas que la medicina occidental no resuelve.

Dado que queda demostrado que la prevalencia de uso es alta, el objetivo de este estudio es otro: estudiar el perfil del usuario de Terapias complementarias orientales y sus patrones de uso desde un punto de vista antropológico.

Metodología

Si la finalidad del estudio es, por un lado, comprender cómo las personas experimentan y reconstruyen los significados intersubjetivos de su cultura y, por otro, construir una Teoría Fundamentada sobre un momento social, todos los autores sostienen que la metodología más adecuada es la cualitativa, constructivista o interpretativa (Rincón 1995; Sierra Bravo 1998; Álvarez Roldán 1994).

Puesto que dentro de las denominadas Terapias complementarias y alternativas coexisten un amplio número de ellas, delimitaremos nuestro objeto de estudio a los usuarios de medicina oriental: acupuntura y *shiatsu* (digitopuntura de origen japonés), por conformar un grupo que podríamos denominar profesional pero fuera del sistema oficial, aunque a veces, como hemos comentado, se incluye en el sector folk erróneamente. Otros investigadores de la Antropología de la Medicina han estudiado el sector de la medicina popular y folk, así como el profesional oficial, pero creemos que está menos desarrollado el sector profesional que podríamos denominar "semioficial".

Además de una exhaustiva revisión bibliográfica, como técnica de investigación se ha utilizado la

entrevista semiestructurada. Se han realizado a dos grupos: 23 entrevistas a usuarios que acudieron a terapeutas de acupuntura y *shiatsu* de España, y 20 entrevistas a estos terapeutas o sanadores. Se ha atendido al criterio de heterogeneidad hasta saturación, buscando la heterogeneidad en aspectos como edad, sexo, Comunidad autónoma de origen o formación ([tabla 1](#)). En algunos casos los terapeutas eran privados y en otros formaban parte del sistema público ([tabla 2](#)). En tres casos eran niños, por lo que la entrevista se ha realizado a las madres.

También se ha realizado observación participante en las diferentes consultas donde se han realizado las entrevistas.

Para el análisis del contenido de los datos recogidos en las entrevistas se utilizó el Programa informático *Maxqda 2*, y se establecieron las siguientes categorías:

En cuanto a los usuarios:

1. Patrones de uso
 - 1.1. Tipo de problema de salud
 - 1.2. Motivación. Factores predisponentes
 - 1.3. Itinerario terapéutico
 - 1.4. Simultaneidad tratamientos
 - 1.5. Alternancia por conveniencia
 - 1.6. Medicina popular
 - 1.7. Proceso búsqueda salud. (Aspectos expresivos. Modelos explicativos)
 - 1.8. Percepción eficacia/Resultado tratamiento
 - 1.9. Estereotipos/imágenes sociales
2. Relaciones sociales
 - 2.1. Familia/red social
 - 2.2. Relación con sanador
 - 2.3. Respuesta sanador oficial/Interacción medicina oficial

En cuanto a los sanadores, aunque en el estudio completo se establecieron múltiples categorías, en relación al objetivo del presente artículo desarrollaremos únicamente la de "perfil del usuario que acude".

La recogida de datos se realizó entre octubre 2005 y febrero 2006, en Andalucía (Sevilla y Córdoba), Madrid y Murcia .

Resultados

Patrones de uso. Motivaciones

Hay distintos tipos de motivaciones que guían a las personas a acudir a las terapias complementarias (Granero Xiberta 2003): una *razón ideológica*, es decir, la creencia en la eficacia en la inocuidad de las terapias complementarias, o una *razón pragmática*, a saber, la decepción ante los tratamientos y los cuidados de la medicina oficial.

Efectivamente, entre los del primer grupo hay pacientes "convencidos", es decir, que filosóficamente se encuentran en sintonía con el enfoque alternativo y holístico, y se encuentran francamente a disgusto con el alopático:

"En situaciones de estrés tengo herpes en una pierna, fui a una doctora y definitivamente pensé que no era eso lo que quería, porque me dijo que tenía un herpes, y yo le dije: "ya lo se, no me tiene que decir que tengo un herpes porque ya me lo estoy viendo, lo que quiero saber es por qué me ha salido". Y me dijo: "tome esta crema y váyase a su casa", y me fui con mucha rabia, me acuerdo que iba con mi novio y le dije que era una imbécil, que no me había dicho nada y que además me había atendido en dos segundos" (U-2).

Este tipo de pacientes no utiliza las terapias complementarias solo terapéuticamente, sino también de

una manera preventiva, con una alimentación adecuada, un estilo de vida sano, etc., al que podía estar incorporado antes del padecimiento o a raíz de él:

"Tú tienes que cambiar tu filosofía de vida, sino no puedes estar haciendo aquí auriculoterapia y luego tratar mal a tu organismo con otras cosas, porque entonces lo que te puedan ayudar aquí luego lo tiras a la basura. Tienes que ser una persona consciente de que tu vida ha cambiado y que tú tienes que cambiar con ella y adaptarte a la nueva situación" (U-18).

Por el contrario, según el estudio de Astin (1998) la mayoría de los pacientes "convencidos" que acuden a las terapias complementarias no están especialmente insatisfechos con la medicina convencional.

Dentro de este tipo de pacientes lo utilizan también de una manera más preventiva que sanadora los que reciben *shiatsu*, y no así los de acupuntura. El *shiatsu* se asocia a relajación, masaje, desestrés... y se aplica no solo en centros terapéuticos sino también en balnearios, hoteles de descanso, etc.

En este grupo y tal y como argumentaba Kleinman, se corrobora que la explicación que el individuo hace de su enfermedad es la que condiciona la elección de la terapia:

"Me voy explorando, yo estoy convencida de que parte de lo que te ocurre en la enfermedad viene como consecuencia de la relación entre tu cuerpo y tu mente, y se manifiesta como enfermedad porque hay algo dentro de ti psíquico o emocional que no está bien. Entonces trato de hacerlo, pero hay veces que también el autoanálisis no te sirve porque tú también te dices mentiras. Entonces ahí ya acudo a mi terapeuta de *shiatsu*" (U-02).

Sin embargo, la mayoría de los que acuden son los del segundo grupo, los pragmáticos. Habitualmente no se lo habían planteado o no conocían las terapias complementarias, sino que han llegado a ellas después de realizar un itinerario terapéutico tortuoso, con mucho tiempo acudiendo a una gran cantidad de médicos que no les dan solución a su problema. Una razón frecuentemente aducida para explicar las consultas a terapeutas alternativos es la agresividad de la medicina convencional, el miedo a los efectos secundarios de los tratamientos convencionales. Diversos estudios en Estados Unidos demuestran cómo el 10% de los ingresos hospitalarios se produce a causa de factores yatrogénicos (2). Las intervenciones quirúrgicas y algunas pruebas diagnósticas entrañan riesgos y no todos los pacientes están dispuestos a correr con ellos:

"Yo, mire, a lo que le tengo más miedo es a las pastillas que mandan de calmantes, porque me estropean el estómago. A veces me pongo malísima, vomitando, y entonces a estas cosas le tengo más afecto" (U-09).

"El médico de rehabilitación me mandó a la unidad de dolor, pero los parches me producían unos vómitos que no podía soportarlo, y ya no podía tampoco con las pastillas, me destrozaban el estómago" (U-10).

Percepción de la eficacia y grado de satisfacción

Como ya hemos comentado, en muchas de las encuestas citadas previamente y en otras (Kitai 1998; Sparber 2000), así como en los datos cualitativos que se desprenden de este estudio, la percepción de la eficacia es muy alta entre los usuarios. Lo hacen porque les ha ido bien a familiares o amigos previamente, o bien "por probar", pero tanto si van o no condicionados previamente obtienen resultados satisfactorios. Consiguen aliviar los dolores y los síntomas, se sienten mejor e incluso consiguen otros efectos adicionales de relajación:

"Cuando estás con mucho dolor, por mucho que tú quieras, no puedes hacer cosas, entonces emocionalmente te puedes venir un poco abajo, tus relaciones afectivas, psicológicas, con tus familiares, con tu pareja, con tus amigos. Entonces cuando se te está aliviando eso te reactiva" (U-18).

"He notado que he dejado la medicación, que tomo menos, bueno, casi ninguna, y sobre todo lo más importante era dormir, y ese dolor en el brazo, esa pesadez que no podía... el dolor de la

muñeca... no podía con él. Todo eso se me ha ido, y tocaré madera para que no vuelva" (U-12).

Precisamente es la alta percepción de la eficacia y los buenos resultados uno de los argumentos que más fervientemente utilizan los partidarios de estas terapias, frente a los que exigen una mayor validación científica.

El grado de satisfacción es elevado debido también a la buena relación que se establece con el terapeuta, especialmente con los de *shiatsu* porque hay contacto físico:

"Hay contacto, y eso implica más relación. Es más frío tratar al paciente con una receta, con un bolígrafo, que aunque lo tengas que explorar, se explora poco, hay veces que ni siquiera llegas a tocar al paciente, que cuando estás tocando, masajeando durante media hora que a lo mejor dura la sesión de *shiatsu*. Pienso que es mejor, hay más relación" (U-12).

El paciente en general se siente escuchado y comprendido:

"El trato superamable, demuestra empatía al paciente, que no se cae en el tópico del médico que te trata por encima del hombro y que te trata como a un número y eso. Son personas bastantes humanas, un trato fabuloso" (U-19).

Factores predisponentes

El sexo, por ejemplo, lo es, ya que por lo general hay más mujeres que hombres, y hay estudios que así lo avalan (Hedderson 2004). Las explicaciones de por qué es así suelen tener relación con una mayor sensibilidad por parte de las mujeres o unas necesidades psicológicas diferentes.

En cuanto a la *edad* no hay diferencias, suele haber de todas las edades, aunque Flaherty (2004) realiza un interesante estudio sobre la utilización de terapias complementarias entre las personas mayores en diversos países.

Reflexión aparte merece el *nivel socioeconómico*. Ballvé (2003) analiza las investigaciones que se han realizado para definir el nivel de educación del usuario de las terapias complementarias (3), y en todos se concluye que existe un mayor nivel de educación en estos usuarios. La explicación podría estar en que existe entre estas personas un mayor acceso a información sobre las diferentes terapias disponibles y también una mayor tendencia a cuestionar la autoridad y los conocimientos de los médicos convencionales. Sin embargo, el hecho de que no estén cubiertos por el sistema público ni por las aseguradoras privadas reconoce que puede ser un sesgo económico que desvirtúe la variable del nivel cultural, ya que entonces sólo las personas con poder adquisitivo alto pueden tener acceso a estas terapias. ¿Qué ocurre entonces cuando SÍ están cubiertas, que es el caso de algunas experiencias de integración en la medicina pública? La respuesta es que cuando se les facilita, todos los niveles culturales se incorporan. Como se aprecia en la tabla que expresa los datos de formación y culturales de los usuarios que he entrevistado, hay de todo: desde humildes pensionistas hasta médicos (incluso una psiquiatra). Los más humildes reconocen que no podrían acudir a estas terapias si no estuvieran cubiertas por el seguro nacional:

P: "Si tuviesen que costeárselo fuera del seguro, ¿podrían?"

R: "No, qué va. Con 400 euros que gano ahora al mes no podemos comer, entonces venimos aquí, sino no podríamos" (U-15).

Hay muchos que hacen el esfuerzo económico, o lo harían si no estuviese cubierto, una vez que han descubierto que es efectivo. Por encima de todo valoran la calidad de vida, hay que tener en cuenta que la mayoría sufre dolores y enfermedades crónicas de mucho tiempo:

P: "Si lo tiene que pagar aparte, ¿lo habría hecho?"

R: "Pues no se lo que vale, pero a lo mejor no puedo".

P: "En los privados puede ser entre 20 y 30 euros por sesión".

R: "Pues a lo mejor lo pagaba, quitándomelo de lo que sea, ya sabiendo que me va bien" (U-09).

De hecho, también hay otros estudios que aseguran que el mayor índice de demanda de servicios sanitarios está ligado a las personas con menores niveles de estudios, lo que parece confirmar que la mayor educación suele conllevar una mayor atención a los cuidados de la salud y a las actitudes preventivas (Mompart 2001).

Las diferencias entre clases sociales se perciben más bien en la actitud y abordaje que hacen sobre las terapias. Uno de los sanadores entrevistados tenía experiencia de trabajo en una clínica de dolor integrada en un hospital público y posteriormente pasó a trabajar en lo mismo a una clínica privada en la misma ciudad. Comenta que el paciente privado es más "tecnócrata" que el público:

"El paciente privado suele pedir un gran nivel de eficacia y un gran nivel de profesionalidad, mientras que en el paciente de ingresos más bajos prima más la calidad de vida y el trato humano que tenga dentro del servicio. El paciente privado quiere que le digan qué último aparatito con qué última corriente tal sobre un nervio muy concreto, con un superespecialista formado en Estados Unidos... . El de la Seguridad Social dice: no puedo ir a misa, no puedo ir a tomar una cervecita con los amigos, ¿qué hay que yo pueda ... ?¿sabes? probablemente tenga una visión menos atomista, una manera más amplia de ver la salud que el de aquí. El privado conoce de la salud más por lo que ha visto en Internet, por el telediario, más por el médico como un tecnócrata científico, perfecto, que puede solventar todos los problemas" (S-17).

Tipo de problema de salud

Los usuarios de terapias complementarias se ven a sí mismos con un peor estado de salud que los no usuarios (Borkan 1994; Astin 1998). Las razones son evidentes, porque son pacientes con dolor, con enfermedades crónicas con una larga evolución. Otro tipo de pacientes dentro de este grupo son los enfermos terminales. Los datos son elocuentes: hasta un 63% de los pacientes con cáncer incluidos en ensayos clínicos utilizan alguna medida alternativa (Sparber 2000). Es el área donde se encuentra el mayor número de publicaciones.

Quienes también pueden tener una percepción pobre de su estado de salud son los pacientes somatizadores y con problemas psicológicos de ansiedad, depresión, estrés... que forman también un grupo importante dentro de los usuarios. Estos pacientes a menudo reciben un trato inadecuado por parte de algunos médicos convencionales que no pueden evitar ver con disgusto a un paciente que no se ajusta a un cuadro clínico conocido y para el que no tienen un protocolo concreto de tratamiento científico. El único tratamiento posible sería precisamente la empatía, que es lo que ofrece la medicina no convencional, pero esto choca con la falta de tiempo y la masificación de la medicina pública (García Campillo 2000):

"Siempre tengo la sensación de que no me gusta cómo me tratan, me quedo insatisfecha con la atención. Si encuentro otras posibilidades..." (U-02).

"Me hizo una entrevista de contacto extraordinaria, y luego es siempre muy atento, muy amable, estoy muy contenta... el estado de ánimo, a la persona que sea nerviosa y así, ya le hace estar más relajada y ver las cosas de otro punto de vista. Si estás alterado y el médico es así, pues te viene mejor, te relaja más" (U-14).

Las terapias orientales a menudo se perciben en esta línea "antiestrés", y saltan de los centros estrictamente sanitarios para introducirse en gimnasios o en centros de belleza, y por ello también es frecuente el patrón de uso de simultaneidad de tratamientos y alternancia por conveniencia

Simultaneidad de tratamientos y alternancia por conveniencia

El pluralismo asistencial ha existido a lo largo de la historia, y dentro de los procesos de búsqueda de salud el ser humano es capaz de simultaneizar acciones en los distintos sectores de atención: el popular, el profesional y el folk, o de utilizar en distintos momentos cualquiera de ellos.

En cuanto a la simultaneidad, en la actualidad los pacientes no lo ven como un problema, no lo ven como alternativo sino realmente como complementario, algo que les ayuda por ejemplo, en el caso del dolor, a ir bajando las dosis de analgésicos:

"Llevo cinco sesiones (de acupuntura), estoy a mitad del ciclo y ya me he quitado un gramo de paracetamol y 400 mg de ibuprofeno, lo cual no está mal, porque de 3 gramos estoy en 2 y de 1200 estoy en 800, cosa que antes había intentado y no había podido" (U-16).

Tampoco ven problema en simultanear no solo con la medicina convencional, sino también con naturistas, herboristerías, etc.:

"Simultaneo lo que me tomo de tratamiento mínimo de osteoporosis, me mandó el médico el calcio como prevención. La semanal que me tomo para los huesos y la del colesterol. Aparte de lo que me suelo tomar, por ejemplo el ajo... Pero eso ha surgido a raíz de que como yo veía que con la medicina tradicional no lograba mejorarme, le atacé por la herboristería y la verdad que lo noté, bastante bien. Empecé a tomarme para los dolores espatofito, que son unas plantas que van muy bien para el reuma" (U-14).

"Lo último que hice fue ir a un herbolario y me dio el teléfono de una naturista.. A esta mujer le comenté que estaba yendo a acupuntura y me dijo que genial, que entonces sería todo mucho más rápido. Me mandó un tratamiento de hierbas y cuando lo terminé me vino la regla (que ése era mi problema)" (U-03).

En cuanto a la alternancia, la gran mayoría de los usuarios entrevistados tienen una mentalidad abierta, y pasan de una terapia a otra sin problemas, en el caso de los "pragmáticos" buscando algo que les solucione el problema:

"Yo voy probando, y si me va mal, cambio. He hecho homeopatía, acupuntura, yoga. Bueno, el yoga he estado practicándolo, aunque ahora no porque acabo de dar a luz, pero quiero volverlo a hacer porque me gusta mucho. Pero otra cosa... .no, (risas) ah, si, las flores de Bach, pero eso sí que no me dio resultado, tampoco. Reiki, ¿es así como se llama? También, pero no lo veía. Yo creo que el reiki es para una persona que está bien, pero una persona con ansiedad, que está mal... no lo sé. Yo lo probaba todo, todo lo que podía ser natural" (U-01).

Y en el caso de los "convencidos filosóficamente" porque van buscando el equilibrio a través de diferentes terapias:

"Como que voy mezclando. Lo que yo creo que aprendes con este tipo de medicina es a escuchar el cuerpo. Uno no siempre cumple todo lo que el cuerpo le está pidiendo, porque a veces te manda descansar y tú no descansas, pero por lo menos sabes que algo está pasando. Es la búsqueda de la unidad y del equilibrio lo que te vas llevando en este tipo de trabajo" (U-02).

Los que no han utilizado otras terapias del sector profesional ha sido por motivos económicos, pero han utilizado remedios de herboristería:

"No había utilizado antes nada porque no me lo podía costear. Solo fui a un homeópata, pero me dijo que había venido tarde y ya no podía hacer nada por mí, que incluso si me hacía algo me podía poner peor. Me cobró un dineral por la visita, aunque el hombre reconozco que fue honesto y no me engañó" (U-10).

Lo que está claro es que el usuario toma decisiones, participa de forma activa en su proceso, por más que el sistema quiera obligarlos a ser pasivos. Una de los aspectos que los entrevistados tienen en común es precisamente éste, el ser activos, y ser ellos los que en numerosas ocasiones cuestionan los tratamientos que les proponen:

"Yo se lo dije cuando me dijo que como último recurso me tenía que infiltrar, pero como la C6 y C7 están muy mal y era mejor no operarme, pues claro yo, antes de que me infiltren, se lo comenté, que por qué no me mandaba aquí (a la acupuntura), y me dijo que sí, me dio el informe y al mes vine, hablé con el médico acupuntor y me aceptó" (U-12).

Estereotipos/imágenes sociales

La imagen social de las terapias complementarias no puede desvincularse del poderoso efecto monopolístico de la medicina biomédica o alopática, lo cual lleva a darle mayor legitimidad delante de los pacientes cuando los sanadores son médicos y más aún dentro del sistema público. Lógicamente esto ocurre debido al vacío legal que tradicionalmente ha existido en estas profesiones, y que ha llevado en ocasiones al abuso y a terapeutas con escasa preparación:

"El que sea médico te da como una seguridad de que tiene una formación básica, porque te da miedo, todos se llaman médicos alternativos o salud alternativa... por lo menos sabes que éste tiene seis años de medicina y luego le ha interesado lo alternativo" (U-02).

En este punto sí que se nota la diferencia en la formación de base o nivel social de los pacientes, porque los de formación más alta ponen más reparos a los "no titulados", tienen más prejuicios de partida, aunque se rinden ante la efectividad:

"Cuando oigo la palabra terapias alternativas me pongo un poco en alerta, porque a veces puede ser un cajón de sastre. Si que... (dudando) tengo buenas referencias de algunos tratamientos alternativos por profesionales bien formados, como puede ser la unidad de acupuntura de aquí, o algún otro profesional homeópata que he tenido referencias de él, los naturistas o médicos... me da más garantía si son médicos formados u osteópatas" (U-16-médico).

El poder legitimador del sistema hace que a veces los estereotipos no se cambien ni siquiera después de una curación. Esto no le ocurre habitualmente al paciente sino a su entorno familiar:

"Yo siempre le digo a mi acupuntor que en España somos muy escépticos, no nos fiamos ante este tipo de terapias orientales, creemos que son cuentos chinos, para la mayoría de la población... Creo que la gente joven es más abierta, o la que se ha interesado, pero la gente como mi abuela o mis padres, y eso que mis padres son bastante abiertos" (U-03).

Analizaremos a continuación precisamente las relaciones de los pacientes en tres niveles: por un lado con su red social inmediata, lo que denominábamos el sector popular o el sector de autocuidado-autoatención, por otro lado su relación con el sanador de terapias complementarias y por último la interacción con el médico oficial y la respuesta de éste frente a la opción plural del usuario.

Las relaciones sociales

Familia / red social

El concepto de autocuidado/autoatención resulta ser el más importante dentro de todas las formas de atención de salud, porque según Haro (2000) todas ellas requieren de la colaboración y confianza de los usuarios para mantener la eficacia práctica y simbólica que implica todo proceso de curación. Es el individuo junto con su grupo social el que toma las decisiones en el proceso de búsqueda de salud. La diferencia estriba en que cuando el individuo se "sale" del sistema oficial lo puede hacer con o sin el consentimiento de su grupo familiar, lo cual va a tener como consecuencia que el paciente viva el proceso con una carga añadida de sufrimiento en el caso de que no lo tenga, o que por el contrario se encuentre reconfortado y apoyado. Tenemos ejemplos de ambos casos:

P: "¿Su familia la apoyó?"

R: "No, siempre me han dicho que son los nervios, igual que muchos médicos, pero no son los nervios. Pero mi hija siempre me dice que tengo que poner de mi parte... Ahora dice que mejoro porque estoy más tranquila y porque pongo de mi parte, pero ahora estoy mejor y más animada porque me duele menos. Nadie entiende mis dolores, que no me dejan hacer nada, ni usar del matrimonio... (llora)" (U-10).

"La actitud de mi familia muy buena porque me han visto darme brotes sin parar, sin parar, con una

cantidad de indometacina increíble, y ha sido empezar la terapia y ver cómo los brotes me han disminuido muchísimo, los dolores muchísimo, entonces están encantados de ver que estoy muchísimo mejor" (U-11).

Mención especial hay que hacer de los casos en los que el paciente es un niño. En las tres entrevistas realizadas a madres, la decisión de acudir a una terapia complementaria no había sido de las madres, sino que les había venido dada ya que el centro en el cual estaban ingresados los niños realizaba un programa de sesiones de *shiatsu*. En los tres casos estaban francamente satisfechas con la efectividad de la terapia, e incluso dos de ellas, junto a uno de los maridos, se trataban también con *shiatsu* (4):

"Mi hijo lleva mucho mejor la hemodiálisis con el *shiatsu* que sin él. Yo lo noto bastante. Tiene tensiones muy altas, 14/9 hoy, y si no fuera por el *shiatsu* ya desde la mitad de la diálisis tendría calambres" (U-21).

En los casos de enfermedad de los niños, la tensión con la que lo viven los padres hace que formen un "todo". Si siempre que existe un proceso de enfermedad toda la familia se ve envuelta, en el caso de que el enfermo sea un niño, los padres, y más especialmente la madre, se encuentran más envueltos todavía, incluso somatizando la tensión, o provocando tensiones familiares que llegan, por ejemplo, a la separación de los padres, como ocurrió en uno de los casos entrevistados

"He estado con medicación prácticamente desde que nació la niña, con ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos para dormir, de todo. Hoy no necesito tomarme absolutamente nada. Sigo con mi tratamiento psiquiátrico y mi psicólogo y todo, pero hoy por hoy no necesito nada. A mí me ayuda a descansar, a dormir... No ha sido solo el *shiatsu*, ha sido un cúmulo de circunstancias. El *shiatsu* ayuda, pero también ha ayudado la mejoría de la niña. Si yo estoy mejor, y la niña está mejor" (U-23- madre de niña ingresada en UCI).

"A raíz de la enfermedad de mi hijo he luchado mucho. Ya te he dicho que soy muy calculadora, y mi vida la he planteado en una mesa, y me he quitado muchas cosas de mi vida por llevar mi vida bien con él. Una de mis cosas fue separarme, y cuando yo me separé estaba mi hijo trasplantado, estaba bien. Pero algunas veces en la vida hay que tomar decisiones, que aunque te duelan, son las mejores. En la pareja o eres uno, o nada" (U-21-madre de niño con enfermedad renal crónica).

Precisamente una de las quejas atribuidas al modelo biomédico es la falta de sensibilidad ante esta afectación del núcleo familiar, y la no aceptación en muchas ocasiones de las opiniones de la madre, que tradicionalmente se ha considerado que es la que tiene un mayor conocimiento de lo que le sucede a su hijo y que es la que toma habitualmente las decisiones con respecto a la salud de sus hijos y de los otros miembros del grupo:

"Yo es que para eso me fío mucho de mi opinión, y si me gustan las reacciones de la niña, no pienso que la del médico sea más concluyente que la mía. Yo conozco a la niña mejor que nadie, y si yo veo que la reacción es buena, para mí es bueno" (U-23- madre de niña ingresada en UCI).

Menéndez (1995) sostiene que el modelo médico hegemónico mantiene una relación contradictoria con el proceso de autoatención, criticándolo en sus aspiraciones de autonomía en términos técnicos (consecuencias negativas del consumo) y profesionales (rechazo a una actividad que puede excluir la intervención del médico), pero no incluyéndolo en la construcción del proceso que cuestiona.

Relación con sanador

Como hemos comentado antes, la empatía, la capacidad de escucha, la humanidad... se presuponen como uno de los reclamos de las medicinas naturales frente al modelo biomédico. Los resultados de este estudio en este punto son rotundamente afirmativos. Todos los usuarios entrevistados han coincidido en la sensibilidad de los terapeutas, independientemente de cuál fuera su formación de base, o si trabajaban en un centro que integra la terapia o no, público o privado... incluso si habían acudido previamente a otros distintos:

"Con mi osteópata tenía también una relación muy buena, y reúnen yo creo que el mismo perfil. Es

curiosísimo, pero los tres que yo conozco tienen el mismo perfil, increíble, el mismo" (U-11).

"Para mí este médico lo es todo. Ahora tengo un médico que ni me mira a la cara, entonces no le puedo dar esa confianza que tendría que tener uno con su médico. Se lo dije: donde esté usted yo me voy. Es buen médico, humano, es una pena que se haya ido de aquí, y como yo pensamos mucha gente" (U-07).

En el caso de los terapeutas de *shiatsu* lo asocian al hecho del contacto físico, aunque también hay alto grado de empatía con los acupuntores:

"Pienso que es un don, tienen que tener un don, sino no servirían para eso, porque la terapia que hacen con sus manos tiene que ser coordinada con sus mentes, si no hay coordinación entre cabeza, corazón y manos, esa sensibilidad, esa forma de darlo no sería eficaz. Pienso que todo es una coordinación"

P: "¿Notas un perfil parecido con el acupuntor que te lo hacía?"

R: "Sí, se parecen bastante, muchísimo, sí."

P: "¿Y la persona que te da los masajes?"

R: "También. Una sensibilidad especial, es que lo palpas. El que toca tiene que tener algo en su mente y en su corazón" (U-21).

Sólo me he encontrado con un caso de falta de empatía de un paciente con un terapeuta en concreto:

"A ella fui dos o tres veces nada más porque no... la ansiedad no me la quitaba. De ahí sí que salía mal. Iba mal y salía peor. No estoy diciendo que sea mala, yo no quiero mal a nadie. Yo estoy diciendo mi experiencia. Al otro al que fui después, aunque sea extranjero, es europeo, y la afectividad y el pensamiento es más parecido. A lo mejor me ponía en los mismos puntos pero yo me encontraba con confianza" (U-01).

La terapeuta era china, yo me entrevisté con ella y percibí también esa falta de conexión, que de hecho anoté como parte de mis observaciones de campo: "Cierta recelo, no transmite cercanía. Está un poco a la defensiva. Hay preguntas que no entiende a pesar de vivir 16 años en España, se detecta barrera cultural-idiomática. No se la nota muy integrada". Se puede hacer una lectura, por tanto, en términos de diferencias culturales.

Respuesta del sanador oficial e interacción con la medicina oficial. Percepción de los profesionales de salud sobre las terapias complementarias

"Despreciar las medicinas paralelas, considerándolas poco más que puro charlatanismo, no resuelve el problema, sino más bien lo agrava..." (Guirao, *Rev. Jano*, abril 1995).

La posición ante estas terapias no es unánime. Están los convencidos de ellas y las utilizan, los que consideran que deberían formar parte de los recursos de salud, y también los indiferentes y los que las continúan considerando marginales.

En este estudio hemos podido constatar toda esta variedad de reacciones cuando el usuario ha comentado a su médico oficial que estaba acudiendo a una terapia complementaria: desde el que le parecía bien (generalmente porque el paciente mejora) hasta el que mostraba franco desprecio a pesar de los resultados:

"Le dije que qué sabía de la acupuntura, me dijo que nada, pero que sabía de otra gente a la que le había ido bien, que funcionaba y que no tenía ningún problema en hacerme el volante para que viniera. Él sabe cuál es mi enfermedad, y no tuvo ningún problema, al contrario, si me iba bien, mejor" (U-11).

"Me dijeron 'eso son cuentos chinos. Tú si te lo quieres creer, a lo mejor te autosugestionas y te viene (la regla)'. Como efecto placebo. Yo pensaba que en Europa, que tiene más acogida la acupuntura, no son tontos" (U-03).

En los centros integrados en los que el terapeuta es un médico, es decir, un igual, y además el proceso está legitimado dentro del sistema, la reacción del médico oficial es, lógicamente mejor, pero una de las cosas que me llama la atención poderosamente es que, aún conociendo los buenos resultados en estos casos y que ese paciente en concreto estaría dentro de los criterios para beneficiarse del programa, aún así, digo, el médico oficial no se lo aconseja o sugiere, sino que es *el paciente* el que de una forma activa descubre la existencia de esa posibilidad y se empeña en utilizarla. Incluso este ha llegado a pasar dentro de la misma unidad de dolor:

"Mi hijo estuvo buscando por Internet y encontró algunos (acupuntores) de pago , y estuvimos en ir a uno, que mi hijo me dijo que me lo pagaba, pero dio la casualidad que yo estaba en la sala de espera para la unidad del dolor y había señoras también para esto, y entonces yo les pregunté. Y me dijeron que no eran para la unidad del dolor sino para la acupuntura. Y dije: 'y yo por qué no?' Se lo dije a la doctora y me preguntó si quería ir y le dije que claro, que estaba desesperada y que a lo que me hacía algo, allí voy. Así que me mandó aquí y el doctor de la acupuntura me hizo la entrevista y me metió" (U-13).

Uno de los motivos de separación precisamente entre los usuarios y la medicina oficial y que ya he comentado es la pasividad que se le presupone a aquél, y que no se corresponde con la realidad. El usuario opina, decide y pone en cuestión muchas veces los tratamientos que le mandan:

"Yo me enteré por una vecina, y por eso fui yo la que le dije al médico que yo quería hacerme acupuntura, que no quería tomar más pastillas y ya no podía mas de dolor. El médico no me escuchaba" (U-10).

Dentro de los médicos oficiales hay diferencias también: los médicos especialistas en enfermedades crónicas e invalidantes parece que muestran más sensibilidad, probablemente porque el tipo de enfermo tiene unas necesidades diferentes, tal y como comenta una de las usuarias que es psiquiatra:

"El traumatólogo me vio como una cadera operable en los próximos tres años y cuando le dije que cuándo volvía me dijo que ya volviera directamente para operarme cuando ya me doliera mucho, sin hacer radiografía ni nada... Entonces fui a un reumatólogo a llorarle un poco, que me escuchara porque, claro, algo me tenía que tomar, me estaba doliendo, y entonces ¿cómo aguanto? Este reumatólogo sí fue más sensible... le pasa un poco a los reumas como nos pasa a los psiquiatras: que bregan con cuestiones psicológicas, crónicas... entonces los reumatólogos son así como muy humanos, son más asequibles, escuchan algo más" (U-16).

Sin embargo, aunque el paciente percibe un trato más cercano y su respuesta ante las terapias complementarias sea más tolerante, sus parámetros siguen siendo biologicistas y les cuesta cambiar sus esquemas: siguen dando mayor peso a los medios técnicos por encima de la realidad del paciente (Furnham 1993):

"Fui por un problema de tiroides la última vez al reumatólogo, y tuve que comentárselo, le conté: 'Además del tratamiento que estoy tomando con vosotros, me pasa esto, y estoy tomando esto por mi separación'. Y ellos prestaron atención a mis análisis, que la PCR estaba muy alta y que no se explicaban cómo no tenía brote con la PCR tan alta. Yo les dije que había empezado la terapia, y me dijeron que me estaría haciendo algo. Está más centrado en la medicina" (U-11).

Las estrategias de relación médico-paciente orientadas a las creencias del paciente dependen de si éste considera que su enfermedad es solo física o también es psicológica. Si es física, la estrategia sólo orientada al tratamiento físico es muy satisfactoria, pero si el paciente considera que hay algo más de orden psicológico -y esto ocurre sobre todo en las enfermedades crónicas-, un abordaje exclusivamente físico y no holístico por parte del médico el paciente lo percibe insatisfactorio (Barry 2001). Se demuestra en este estudio de Barry y col. que hay médicos que tienen la capacidad de trabajar con las dos orientaciones según sea necesario.

Otros estudios como el de Crock (1999) son optimistas y concluyen que la actitud de los médicos no es tan negativa como los pacientes creen, y que éstos deberían abrirse y salvar así los porcentajes tan altos de silencio o falta de comunicación.

En general, se sitúa todo lo que sale del campo de lo estrictamente biomédico dentro de un gran cajón de sastre donde se confunde la medicina oriental con el curanderismo o con prácticas religiosas. Se hacen reducciones simplistas o comparaciones superficiales, hablando en términos como "lavado de cerebro", fuerzas ocultas o "efecto placebo", intentando tratar la curación como si ésta fuera independiente o atemporal.

¿Está cambiando esta percepción en los médicos de los países occidentales, y especialmente en los jóvenes? Parece que en diversos estudios en Estados Unidos se aporta el dato de que el 57% de los médicos utiliza alguna forma de terapias complementarias y el 62% había derivado pacientes, concluyéndose que la actitud era más favorable (Dipierrri 2004). Furnham (1993) realizó una encuesta entre estudiantes de medicina para valorar sus actitudes frente a las terapias complementarias, y los resultados fueron relativamente positivos respecto al establecimiento de las terapias complementarias para determinadas afecciones como problemas mentales, insomnio, etc, pero muy negativos respecto a los terapeutas no médicos. Esta actitud refleja otros problemas más allá de la percepción de la eficacia de las terapias complementarias, y son los relacionados con los conflictos de legitimidad, corporativismo o prestigio social.

Lo que está claro es que la reticencia de los médicos alopáticos al uso de las terapias complementarias no provoca su abandono por parte de los usuarios, sino su *ocultamiento*:

Por citar datos de estudios que analizan esta problemática del ocultamiento, Ballvé (2003) analiza varios y concluye que lo hace el 20-37% de los usuarios, el 42-48% de la población geriátrica y un 36% de los padres de niños que son llevados a consultas de terapias complementarias.

Como resultado de esto, ambas medicinas transcurren en paralelo tras un muro de silencio y desconfianza. Entre los motivos que aducen los pacientes es que su médico "no lo entendería", o que "no le interesa" o que "no se lo había planteado nunca":

"Ni se me pasó por la cabeza... no, no se lo dije. No se lo dije ni a mi familia... a nadie. Porque yo creo que todavía hay prejuicios... que si eso son tonterías, que si tal... yo creo que todavía existe eso."

P: "¿Tu relación con el médico de cabecera es buena?"

R: "Sí, no es mala, pero tampoco es... Hablo poco tiempo con él" (U-01).

Hay veces que si se le cuenta al médico de atención primaria es únicamente porque el paciente necesita de él los trámites burocráticos para acceder a las terapias complementarias dentro de un sistema integrado, o por la baja laboral:

P. "¿Se lo comentaste a tu médico de familia cuando ibas a por las bajas y eso?"

R: "Claro, porque tú llevas informes, se lo comento muchas veces" (U-18- centro integrado).

Los barreras para una mala o nula comunicación entre médico y paciente por este tema desde el punto de vista del paciente son: la indiferencia u oposición de los médicos al uso de las terapias complementarias, el énfasis de los médicos en la evidencia científica y la anticipación de los pacientes de una respuesta negativa por parte de su médico (Tasaki 2002).

Sin embargo, no se debe interpretar como una falta de confianza en su médico habitual, como hemos comentado anteriormente al analizar las causas por la que acuden a las terapias complementarias, sino que la forma en la que socialmente transcurren ambas medicinas es paralela, y el usuario no percibe la necesidad de inmiscuir una con otra. El riesgo de esta falta de comunicación estriba en la posibilidad de que se produzcan interacciones entre varios tratamientos, y esto es especialmente importante cuando se utilizan hierbas medicinales o terapias vitamínicas (Shumay 2001) [\(5\)](#).

Conclusión

Es una realidad demostrada el aumento del interés de la población por las terapias alternativas o complementarias y el rechazo hacia las mismas por una parte de la medicina alopática o biomédica. El

análisis social demuestra cómo las personas y los grupos toman decisiones acerca de su salud, y si el sistema oficial no se lo facilita, no por ello desisten. Ya hemos visto que se limitan a ocultarlo, pero es necesario profundizar en estos análisis para conocer la realidad social, establecer una necesaria comunicación y adecuar los mecanismos a la demanda.

Notas

1. Revista *Natural*, nº 49, Primavera 2004: 13.
 2. J. S. Gordon, "Medicina alternativa y médico de familia", *American Family Phisician* (edición en español), 1997, 4: 119-130. M. K. Cheng, "¿Por qué la medicina alternativa?", *American Family Phisician* (en español), 1997, 4: 117-118 (citado en Ballvé 2003: 36).
 3. Cita los siguientes: C. Zollman y A. Vickers, "Users and practitioners of complementary medicine", *BMJ*, 1999, 319: 836-838. A. Sparber (y otros) "Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials", *Oncol Nurs Forum*, 2000, 27: 623-630. C. V. Fernández (y otros), "Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in british Columbia: prevalence and reasons for use and nonuse", *J Clin Oncol*, 1998, 16: 1279-1286.
 4. El programa incluía también esta posibilidad de tratamiento a los padres de niños ingresados en la UCI infantil y en hemodiálisis, porque son padres sometidos a un fuerte grado de estrés por la situación.
 5. Citado en Ballvé, 2003.
-

Bibliografía

- Álvarez Roldán, Arturo
1994 "La invención del método etnográfico. Reflexiones sobre el trabajo de campo de Malinowski en Melanesia", *Revista Antropología* 7.
- Astin, J. A.
1998 "Why patients use alternative medicine. Results of a national study", *JAMA*, 279: 1548-1553.
- Ballvé Moreno, J. L.
2003 "¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué?", *Humanitas. Humanidades Médicas*, 1:31-40.
- Barry, Christine (y otros)
2001 "Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice", *Social Science and Medicine*, 53: 487-505.
- Bassols, A. (F. Bosch y Josep-Eladi Baños)
2002 "How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia (Spain)", *Journal of Pain and Symptom Management*, 23: 318-328.
- Borkan, J. (y otros)
1994 "Referrals for alternative therapies", *J Fam Pract*, 1994, 39: 545-550.
- Comelles, J. M.
1997 "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual", *III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud*.
- Crock, R. (y otros)

1999 "Confronting the communication gap between conventional and alternative medicine: a survey of physician's attitudes", *Alternative Therapy and Health Medicine*, 5: 61-66.

Dipierrri, José E.

2004 "Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional", *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, Universidad de Jujuy, Argentina, 22: 241-263.

Eisenberg, David M. (y otros)

1998 "Trends in alternative medicine use in United States, 1990-1997", *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 280: 1569-1575.

1993 "Unconventional medicine in the United States. Prevalence, cost and patterns of use", *The New England Journal of Medicine*, 328: 246-252.

Ernst, E. (y A. White)

2000 "The BBC survey of complementary medicine use in the UK", *Complementary Therapies in Medicine*, 8: 32-36.

Flaherty, Joseph H. (y otros)

2001 "Use of alternative therapies in older outpatients in the United States and Japan: prevalence, reporting patterns and perceived effectiveness", *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A: 650-655.

Flaherty, Joseph H. (y Ryutaro Takahashi)

2004 "The use of complementary and alternative medical therapies among older persons around the world", *Clinics in Geriatric Medicine*, 20: 179-200.

Foucault, M.

1975 *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo XXI.

Furnham, M. A.

1993 "Attitudes to alternative medicine: a study of the perceptions of those studying orthodox medicine", *Complementary Therapies in Medicine*, 1: 120-126.

García Campillo, J. (y C. Sanz Carrillo)

2000 "The use of alternative medicines by somatoform disorder in Spain", *Br J Gen Pract*, 50: 487-488.

Granero Xiberta, Javier

2003 "Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales", *Humanitas. Humanidades Médicas*, 1: 21-30.

Haro, J. A.

2000 "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en los cuidados de salud", en E. Perdiguerro y J. M. Comelles, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra: 101-161.

Harris, P. (y R. Rees)

2000 "The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature", *Complementary Therapies in Medicine*, 8: 88-96.

Hedderson, M. M. (y otros)

2004 "Sex differences in motives for use of complementary and alternative medicine among cancer patients", *Alternative Therapy and Health Medicine*, 10: 58-64.

Kitai, E. (y otros)

1998 "Use of complementary and alternative medicine among primary care patients", *Fam Pract*, 15: 411-414.

Kleinman, A.

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

Menéndez, Eduardo L.

1986 "Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud", *Nueva Antropología*, VIII.
1995 "Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria", en Carles Roersch (y otros), *Medicina tradicional. 500 años después. Historia y consecuencias actuales*. Instituto de Medicina Dominicana.

Mompart, Mari Paz (y Marta Durán)
2001 *Administración y gestión*, DAE (Grupo Paradigma).

Organización Mundial de la Salud
2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*: 1-63.

Rincón, Delio del (y otros)
1995 *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, Dykinson.

Sierra Bravo, R.
1998 *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid, Paraninfo.

Shumay, D. (y otros)
2001 "Why Some Cancer Patients Choose Complementary And Alternative Medicine Instead Of Conventional Treatment", *J Fam Pract*, 50: 12.

Sparber, A. (y otros)
2000 "Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials", *Oncol Nurs Forum*, 27: 623-630.

Tasaki, K. (y otros)
2002 "Communication between physicians and cancer patients about complementary and alternative medicine: exploring patients' perspectives", *Psycho-Oncology*, 11: 212-220.

Tindle, H. A. (y otros)
2005 "Trends in use of complementary medicine and alternative medicine by US adults: 1997-2002", *Alternative Therapy and Health Medicine*, 11: 42-49.