



Facultad de Humanidades
Instituto de Sociología
Carrera de Sociología

Tratando la Enfermedad: El aumento de las MCA.

Experiencias de los pacientes en el Tratamiento de sus enfermedades con Medicina Alópata y Medicinas Complementarias Alternativas, usuarios del “Centro Clínico”, comuna de Villa Alemana, Región de Valparaíso.

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciado en Sociología y título profesional de Sociólogo.

Eduardo Arturo Olivares Riffo

Profesor Guía:

Jorge Chuaqui Kettlun

Julio 2017

Agradecimientos

Agradezco con sincero afecto a mis Abuelo y Abuela: Eliodoro Riffo y Ana González y a mis Madre y Padre: Ivette Riffo y Blas Olivares, por ser los cuatro pilares fundamentales en el desarrollo de mi vida. Por acompañarme en este proceso académico estando presentes de todas las formas posibles a lo largo de mi formación con profundo amor y apañe. Cada uno fue una pieza fundamental y fuente de inspiración en el transcurso de la investigación presente; mi Abuelo con la experiencia de su enfermedad e historial clínico, y mi abuela, por enseñarme que las plantas también curan y sanan.

Quiero agradecer al profesor Jorge Chuaqui por aceptar con gran compromiso ser el guía en este proyecto de investigación y entregarme la confianza suficiente para el desarrollo de éste que, al no ser un tema recurrente, requirió de un trabajo investigativo de mayor esfuerzo.

Finalmente agradezco al Centro Clínico por permitirme entrar a conocer experiencias que enriquecen no sólo el quehacer investigativo de la sociología desde una perspectiva profundamente cercana, sino la vida en general desde planos más humanos y menos instrumentales. Agradecido especialmente de su terapeuta M. Seguel y su noble colaboración y disposición para conmigo. También agradezco a sus pacientes por el tiempo y la profundidad de las experiencias concedidas y con quienes, además, nos hemos adentrado en un viaje que trae respuestas para la vida, cura para los males y luz para el vacío.

Resumen

Durante los últimos años, podemos observar un aumento revelador en la gama de servicios que ofrecen métodos no oficiales respecto al tratamiento de las enfermedades. Este incremento, es suscitado por la demanda que las personas han hecho respecto a la utilización de estos métodos terapéuticos. Con el fin de esclarecer las razones, sucesos o hechos que los pacientes aluden para justificar su uso es que el proyecto de investigación presente aborda, en específico, el tratamiento de las enfermedades tanto con Medicina Alópata como con Medicinas Complementarias Alternativas, con el fin de caracterizar dicho proceso. Para lograr el acometido principal es que la investigación se vale de la herramienta teórica, y metodológica, desarrollada por F. Dubet bajo el concepto de Experiencia. Así, la tarea esencial, se dirige a caracterizar la experiencia de los pacientes en el tratamiento de sus enfermedades con ambos métodos con el fin de establecer diferencias, similitudes, complementariedades y resultados en términos de tratamiento. Otro fundamento para trabajar desde la Experiencia remite a la importancia y validación que se le da al relato del sujeto al ser considerado factor principal en el fenómeno estudiado, así volvemos a afirmar que el estudio trata el fenómeno de los tratamientos desde la óptica de pacientes y no desde los equipos médicos.

Luego de establecer los postulados básicos para abordar la enfermedad de la Medicina Complementaria Alternativa, y esclarecer los fundamentos de la Medicina Alópata en donde el aspecto social y el paciente (experiencia) se ven reducidos al tratar una enfermedad, y a través de las nociones de experiencia y experiencia social, se tratarán unidades de análisis e interpretación propias de la sociología como lo son el Rol del Enfermo desarrollado por Talcot Parsons, y la Carrera moral del paciente descrita por Erving Goffman para dotar de sentido sociológico a la experiencia de los pacientes en el tratamiento de sus enfermedades.

*¿De qué me sirve el cuerpo que me obliga a comer,
y a dormir, y a gozar, si todo se reduce
a palpar los placeres en la sombra
a morder en los pechos y en los labios
las formas de la muerte?*

Gonzalo Rojas

*Se rompe la piel de la cara, eso duele,
se rompen las manos, se hacen tajos igual como con bisturí,
tajos lacerantes, se rompen las plantas de los pies,
se rompe la mucosa bocal, se rompe la nariz, se escama la espalda.
A mí me paso eso, se me cayó el pelo.*

Paciente Cárdenas

Contenido

1. Planteamiento del problema.....	8
Tratando la Enfermedad: El aumento de las MCA.....	8
Las medicinas complementarias alternativas	8
Contexto Mundial y auge de las MCA.....	11
La Medicina Alópata.....	13
La caída de la “Golden Age”	13
Chile y el uso de las MCA.....	14
2. Pregunta de investigación.	16
3. Objetivos.....	16
Objetivo General:.....	16
Objetivos Específicos:	16
4. Relevancias.....	16
Relevancia práctica.....	16
Relevancia Teórica.....	17
5-Marco Teórico.....	17
Introducción.....	17
A) Supuestos y fundamentos básicos de cada medicina para el tratamiento de la enfermedad.	18
1. La Medicina Complementaria Alternativa.....	18
La no separación	20
2. Medicina Científica.....	21
Modelo Médico Hegemónico	22
El biologismo	22
La (consecuente) disminución de lo social.....	22
El espacio de la enfermedad	23
El carácter nosológico: la medicina clasificadora.....	24
Las funciones de la medicina alópata	25
La medicina como construcción social.....	26
Cuadro básico: fundamentos de cada medicina	28
B) El Rol del Enfermo	29
El comportamiento “predecible”	30
La obligación de elegir.....	31
La elección del tratamiento	33
Transformaciones en el Rol del Enfermo	35
La salud como responsabilidad individual en las MCA	35
La salud como responsabilidad individual en las MA	37
Responsabilidad normada	37

La relación médico-paciente.....	39
C) La Experiencia.....	40
La experiencia social.....	42
La experiencia en los tratamientos médicos.....	44
La carrera.....	45
La Carrera del Enfermo.....	47
D) El factor económico y los tratamientos.....	48
6-Marco Metodológico.....	52
Tipo de estudio.....	52
Tipo de diseño.....	52
Universo y Muestra.....	53
Técnicas de producción de datos.....	54
Técnica de análisis de datos.....	54
Calidad del diseño.....	55
Condiciones éticas.....	55
7-Plan de Trabajo.....	56
8-Análisis.....	56
Contexto del Centro de Salud al cual pertenecen los pacientes.....	57
Tratando la Enfermedad.....	58
1-Experiencia en el tratamiento de la enfermedad con MA.....	58
1.1La enfermedad como objeto de estudio científico.....	60
1.1.1Etiología y Diagnóstico médico.....	60
1.1.2La actividad Terapéutica: El Tratamiento.....	65
1.2Tener una enfermedad: La carrera del enfermo y su tránsito interminable en la MA.....	69
2-El rol del enfermo: de las Medicinas Alópatas a las Medicinas Complementarias Alternativas.....	72
2.1-El paciente activo.....	74
2.1.1El conocimiento disponible.....	75
2.2- La relación médico-paciente en la Medicina Alópata.....	78
2.3- La eximición de las funciones sociales.....	83
3-Experiencia en el tratamiento de la enfermedad con Medicinas Complementarias Alternativas.....	85
3.1La otra parte del fenómeno: La voz del paciente.....	87
3.2Lo Holístico como metodología.....	89
3.3El paciente participativo y la colaboración mutua.....	90
3.4La eficacia de las MCA: resultados beneficiosos para la salud.....	93
3.5La responsabilidad y el Autocuidado.....	96
4-El factor económico.....	97
Conclusiones y Reflexiones Finales.....	99

A la luz de los resultados	99
La experiencia con Medicinas Complementarias Alternativas	102
Aporte al campo de la sociología y la medicina.....	104
Tareas de la Medicina Alópata	107
Bibliografía	108
Anexos	112
Consentimiento Informado.....	112
Pauta entrevista.....	115
Transcripción Entrevistas	119

Siglas

MA= Medicina Alópata

MCA= Medicinas Complementarias Alternativas

1. Planteamiento del problema.

Tratando la Enfermedad: El aumento de las MCA

Durante los últimos años podemos observar un aumento revelador en la gama de servicios que ofrecen métodos no oficiales respecto al tratamiento de las enfermedades. Este aumento no ha pasado inadvertido en el quehacer médico, razón por la cual ha sido definido como significativo por las autoridades pertinentes. Aun así, lo verdaderamente importante es reconocer que el incremento de los servicios referidos a este tipo de terapias no se caracteriza por un aumento de la oferta *per se*, o por una integración total efectuada desde la medicina oficial para con éstos métodos en términos de validación, sino, y sobre todo, este incremento es suscitado por la demanda que las personas han hecho respecto a la utilización de éstos métodos terapéuticos. ¿Cómo es que las personas deciden tratarse con métodos no oficiales en términos medicinales? ¿Expresa, el uso de las medicinas complementarias/ alternativas, una disrupción en referencia al paradigma médico-científico y su *verdad absoluta*? O, como se lo pregunta Bryan Turner es ¿El fin de la medicina científica? (Turner, 2003)

El caso de la utilización de las Medicinas Complementarias Alternativas (MCA) por parte de la población representa un hecho paradigmático en tanto –sino se contrapone- si cuestiona la particular forma de abordar y ejercer los conocimientos terapéuticos por parte de la medicina científica; la oficial. Es el hecho de la utilización de las MCA la expresión concreta del cuestionamiento o desconfianza hacia los métodos que han dominado el campo de la medicina moderna. Ahora bien, es necesario aclarar que no es el fin de esta investigación tratar un fenómeno de resistencia social, pues aquello no está sucediendo en la actualidad respecto a las medicinas. Lo que sí es evidente es que el crecimiento de las MCA representa una transformación de la relación entre los doctores y sus pacientes, entre la medicina científica (alópata) y la comunidad y entre los doctores y la amplia comunidad científica. (Turner, 2003).

Las medicinas complementarias alternativas

Es importante comenzar, a modo de contexto general, por un recorrido sobre la situación actual respecto al uso o no de las medicinas no científicas. Si bien es cierto que se conserva un capital cultural importante de conocimiento y, además, existe una práctica latente por fuera de los sistemas de salud legitimados en referencia al

uso de métodos medicinales no científicos, como por ejemplo en América Latina, este proceso, de reconocimiento científico y legitimización, aún está en crecimiento. Aunque la utilización de la medicina no considerada científica es alta, como lo expresa el comunicado de prensa de la OMS el cual confirma que “la atención primaria de salud de hasta un 80% de la población de los países en desarrollo se basa en la medicina tradicional, por tradición cultural o porque no existen otras opciones” (Bagozzi, 2015). La discusión respecto a la utilización de ésta por parte de las organizaciones pertinentes continua estando centrada en el integrar, sólo ciertas prácticas, y de cómo hacer que aquella inclusión sea de “manera segura, respetuosa, asequible y efectiva” como declara la Dra. Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud, en el prólogo al informe “Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”.

En referencia a las investigaciones sobre temáticas relacionadas con el uso de medicinas no científicas, y a la consecuente teoría y conceptualización que de allí surge, es imperioso aclarar que existen tres fuentes de conocimiento esenciales, citadas mundialmente, frente al tema: La Organización Mundial de la Salud (OMS), La Colaboración Cochrane y el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integral (NCCIH por sus siglas en inglés). Estas tres entidades comparten la responsabilidad de ejercer la mayoría de las investigaciones que revelan la situación actual de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en el mundo. Así, es necesario aclarar que para la conceptualización y el acometido de esta investigación se utilizarán las tres entidades nombradas anteriormente. Esto se debe a tres razones fundamentales; la primera remite a que el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integral produce bastante información respecto al tema a pesar de estar enfocado esencialmente en los Estados Unidos al ser el principal organismo del Gobierno Federal para la investigación científica en los enfoques complementarios de salud e integración (National Center for Complementary and Integrative Health, 2015). La segunda razón está relacionada con el trabajo en conjunto que realizan, desde el 2011, La OMS y La Colaboración Cochrane, al ser ésta incluida con un puesto en la Asamblea Mundial de La Salud, aceptada como Organización No Gubernamental en Relaciones Oficiales con la OMS en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (Cochrane Community, s.f.). Por último, es menester aclarar que las investigaciones profundas desarrolladas en Chile respecto a las medicinas complementarias alternativas, se encuentran bajo el patrocinio del Ministerio de Salud quien, a pesar de pertenecer a la Organización Panamericana de la Salud; organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (Organización de las

Naciones Unidas, 2015), utiliza no sólo la información y el marco conceptual entregado por la OMS y la Colaboración Cochrane, sino que también hacen uso de las conceptualizaciones y categorizaciones que el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integral ha formulado.

Así planteada las cosas, corresponde aclarar qué entenderemos por Medicina convencional, medicina alternativa y complementaria y medicina tradicional. Cuando nos referimos a Medicina Convencional hablamos de la práctica más común desarrollada en un lugar, así “en nuestro país, la práctica integral de salud más convencional es la medicina alópata occidental (MAO), por lo que las otras prácticas son complementarias o alternativas, respecto de ella. Lo que es natural o convencional en un lugar no lo es necesariamente en otro (Nogales-Gaete, 2004). Siguiendo la lógica de lo descrito como medicina convencional, La Organización Mundial de la Salud define:

Medicina Tradicional: La medicina tradicional tiene una larga historia. Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.

Medicina complementaria: Los términos “medicina complementaria” o “medicina alternativa” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional.

Medicina tradicional y complementaria (MTC): Medicina tradicional y complementaria fusiona los términos “medicina tradicional” y “medicina complementaria”, y abarca productos, prácticas y profesionales. (OMS, Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2013, 2014)

Es necesario aclarar la distinción entre la conceptualización realizada por la OMS y la realizada por la Colaboración Cochrane respecto a la medicina tradicional. Mientras la OMS incluye a la medicina tradicional dentro de la misma categoría que las complementarias; abreviada como MTC, la Colaboración Cochrane indica que se entiende como Medicinas Complementarias/Alternativas (MCA) a ... “un amplio dominio de recursos de sanación que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud, teorías y creencias que los acompañan, diferentes a aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad particular en un período histórico dado”. En otros términos, se trata de un variado conjunto de

teorías y prácticas diferentes a las medicinas oficiales, trasplantadas e insertas en una sociedad que “tradicionalmente” no ha practicado esa medicina. Las medicinas de nuestros pueblos originarios (medicina tradicional) no entran en esta definición (Ministerio de Salud, 2015). Entendido lo anterior es que utilizaremos y nos identificaremos en esta investigación con la definición de Medicina Complementaria Alternativa (MCA) ya que nos facilita la comprensión del fenómeno en tanto nos referimos, a grandes rasgos, a tratamientos médicos que no son parte del oficial y convencional de nuestro territorio. Además, en concordancia con la definición anterior, el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integrativa (NCCIH, por sus siglas en inglés), anteriormente llamado Centro Nacional de medicina Complementaria y Alternativa, señala que la MCA “es un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención a la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional” (National Center for Complementary and Integrative Health, 2015). Entendiendo por medicina convencional la que es atendida por personas que presentan el título de doctor y profesionales asociados al área de la salud.

Aun así, existiendo esta distinción, la aplicación de los conceptos en las investigaciones desarrolladas en Chile no discrimina en hacer uso de los otorgados por cualquiera de las tres entidades nombradas.

Contexto Mundial y auge de las MCA

La Organización Mundial de la Salud cuenta con 194 Estados miembros. Se debe aclarar que no todos los países pertenecientes a la Organización de las Naciones Unidas pertenecen a la OMS. En este sentido, los estudios otorgados por la OMS son una fuente valiosa de información pues abarcan un gran abanico de países, lo que nos permite hacernos una idea concreta del contexto global que se vive referente a las Medicinas Complementarias Alternativas. Ahora bien, la OMS se ha visto en la obligación de crear dichas aéreas de estudio, pues reconocen, a nivel mundial, un incremento significativo en la utilización de estos tratamientos. Así, en su informe 2014-2023 respecto a la Medicina Tradicional y Complementaria, declaran observar los siguientes hechos acaecidos en el mundo:

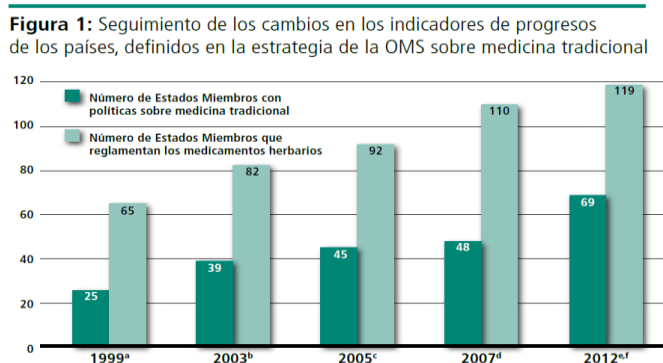
- 1- Sostenido interés por las MTC.
- 2- Creciente importancia económica de la MTC.
- 3- Carácter global de la MTC.
- 4- Diferencias considerables en los niveles de formación, acreditación y reglamentación de las prácticas y los profesionales de MTC.

- 5- Progresos recientes de la investigación y desarrollo en materia de MTC.
- 6- Propiedad intelectual.
- 7- Integración de la MTC en los sistemas de salud.

En el reconocimiento del aumento de las prácticas que no pertenecen a la medicina convencional/científica, la Organización Mundial de la Salud interviene y crea un programa al respecto. En este sentido la misión de la OMS consiste en ayudar a salvar y mejorar la salud. Es por eso que en lo que respecta a la MTC, y con miras a promover esas funciones, la OMS:

- Facilita la integración de la MTC en los sistemas de salud mediante su apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de sus propias políticas nacionales para ese sector.
- Elabora directrices sobre MTC por medio de la elaboración y el establecimiento de normas, directrices técnicas y metodologías relativas a la investigación de productos, prácticas y profesionales.
- Alienta a la investigación estratégica en materia de MTC, para lo cual respalda proyectos de investigación clínica sobre su seguridad y eficacia.
- Aboga por el uso racional de la MTC mediante el fomento de su utilización basada en pruebas científicas.
- Difunde información sobre MTC, actuando como centro coordinador para facilitar el intercambio de información. (OMS, Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2013, 2014)

De acuerdo al plan gestado por la OMS desde el 2005¹, muchos estados miembros han realizado esfuerzos por promover el uso de las MCA, estableciendo y elaborando políticas y reglamentos nacionales y regionales orientados a promover el uso seguro y eficaz (OMS, Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2013, 2014). Como lo muestra el siguiente gráfico:



¹ Primer informe sobre "Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2005-2014".

La Medicina Alópata

La caída de la “Golden Age”

Como proceso histórico importante, y para una mejor comprensión del fenómeno investigado, se hace necesario identificar en qué momento comienzan a desarrollarse estos cuestionamientos hacia la medicina científica que traen como consecuencia la búsqueda de tratamientos alternativos para la enfermedad. En otras palabras, cuáles son los hechos que originan el cuestionamiento actual al ejercicio médico. Bryan Turner plantea que la medicina científica tuvo su Edad de Oro registrada entre los años 1910- 1970. Argumenta que es en este periodo en donde la medicina científica aumenta su influencia a nivel social, aumenta su status como autoridad de conocimiento y, por sobre todo, aumenta su riqueza. Esta Edad de Oro entra en conflicto el año 1970; la caída y término de la Golden Age médica pronunciada en el discurso del mismo año por Richard Nixon (Turner, 2003) el cual anuncia una crisis en el sistema de cuidado médico de los Estados Unidos representada por el incremento de personas sin seguro médico, la incapacidad de la teoría del germen para contribuir al tratamiento de enfermedades crónicas y enfermedades mayores como cáncer o enfermedades al corazón, el aumento en el uso de la medicina alternativa y el crecimiento de los movimientos de autoayuda.

Ahora bien, es necesario comprender que el auge de las MCA no implica un rechazo total hacia la medicina alópata como podríamos imaginar a priori. Como se mencionará más adelante, nos encontramos frente a un proceso de Medicalización social (Conrad, 2007). Aun así, una de las razones principales que se esgrimen para explicar el aumento en el uso de las MCA por parte de los investigadores está en directa relación con los problemas o falencias que la institución médica ha presentado en sus procesos y resultados respecto al tratamiento, con el aumento del poder de la industria farmacéutica, con la hiperespecialización de las distintas ramas médicas que propicia la división y competencia interna de la institución médica... en palabras de Turner:

“Además de esta división interna, con el crecimiento de grupos de consumo y con una mala práctica legislativa y la alarma pública respecto a la tecnología médica, ha habido un renovado interés en los servicios médicos holísticos a través de sistemas complementarios y alternativos. La comercialización de la medicina y el dominio de los principios del libre mercado han tenido la paradójica consecuencia de erosionar los fundamentos de la autonomía tradicional de la profesión médica como un individuo proveedor de cuidado en una relación directa con el cliente... las relaciones tradicionales de confianza que caracterizaban la práctica médica han sido erosionadas por la comercialización de servicios y el creciente anonimato del médico respecto sus pacientes. Los pacientes han recurrido a la auto ayuda en parte porque no pueden costear la medicina alópata, en parte porque desconfían de la medicación y los tratamientos invasivos.” (Turner, 2003, pág. 16)

Chile y el uso de las MCA

El fenómeno mundial no ha quedado ajeno para nuestro país. Así lo revelan los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud 2012 en donde se concluye, por ejemplo, que el 8,4% de la población chilena consume productos naturales con fines terapéuticos, para lo que el organismo proyecta un aumento en el futuro. Así mismo, el Estado Chileno, representado por el Ministerio de Salud, ha tomado en parte las medidas promovidas por la OMS respecto a la inclusión y estudio de dichas terapias. En este sentido el año 2005 se dicta el Decreto N° 42 que reglamenta el ejercicio de las prácticas médicas alternativas/complementarias como profesiones auxiliares de la salud y las condiciones de los recintos en que estas se realizan. A partir de este reglamento marco, se ha evaluado y reconocido a la Acupuntura (Decreto N° 123/2008) a la Homeopatía (Decreto N° 19/2010) y a la Naturopatía (Decreto N° 5/2013) como profesiones auxiliares de la salud (Ministerio de Salud, 2015). De acuerdo a lo anterior, el informe “Uso de Medicinas Complementarias/ Alternativas en la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud” arrojó que un 34,5% de los establecimientos hace uso de alguna de las terapias pertenecientes a las MCA.

Ahora bien, respecto a la utilización y conocimiento por parte de la población en torno a las MCA encontramos 2 investigaciones fundamentales que desarrollan el tema, ambas también promovidas y patrocinadas por el Ministerio de Salud. La primera nos da a conocer el estado actual respecto a la existencia de terapeutas y, la segunda, que es de nuestro interés, es un “Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas” (Ministerio de Salud, 2015).

De este estudio se desprenden las siguientes conclusiones, que nos revelan

importantísima información respecto al uso de las MCA y las razones que las personas arguyen para ello, permitiendo hacernos una clara idea de la percepción de la población chilena para con estas medicinas:

- 55% de la población chilena señala haber utilizado en el tratamiento de sus enfermedades una terapia considerada dentro de las MCA.
- Un 76,1% de los encuestados estuvo de acuerdo con la afirmación “Los terapeutas de estas terapias se preocupan más por los pacientes que los médicos tradicionales, es decir, se ocupan de la persona”; deterioro en la relación médico-paciente.
- Un 73% declaró haber conocida las MCA a través de un amigo o familiar.
- Un 70% declaró que recurre a las MCA a causa de los efectos colaterales de los tratamientos de la medicina convencional; los usuarios buscarían opciones más naturales para mejorar y/o mantener su salud, considerándose además, que este tipo de tratamiento tendría los mismos o mejores efectos que los de la medicina convencional.
- Un 60,7% de las personas consultadas señaló encontrarse satisfechas dados los resultados obtenidos con la o las terapias utilizadas.
- el 93,7% de los encuestados que utilizó MCA declaró que su uso se lo recomendaría a un familiar o amigo.
- Un 71,7 % de los encuestados señalaron que “este tipo de terapias se asocia con un estilo de vida”.

Consiguientemente podemos observar que los datos entregados anteriormente están en directa relación con lo publicado por la doctora María Adela Godoy en la revista Chilena de pediatría. En su artículo, que se titula “¿Por qué la medicina complementaria?” responde que el aumento de la utilización de ésta en los últimos 30 años se debe fundamentalmente por:

- El poco tiempo que el médico destina a la consulta, que no le permite conocer detalles personales y del entorno del paciente, que pueden ser importantes en la patología que éste presenta.
- El deterioro de la relación médico paciente, derivada del punto anterior y por la mala imagen pública que hemos ido adquiriendo los médicos.
- Los malos o escasos resultados obtenidos por algunos pacientes con los tratamientos tradicionales.

- La despersonalización y deshumanización derivadas de los grandes avances tecnológicos, que sólo han mejorado en forma muy importante la capacidad diagnóstica, y de la ultraespecialización que nos ha llevado a examinar órganos y no personas.
- Desesperanza, de médicos y pacientes. (Godoy, 2003)

2. Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las experiencias en el tratamiento de sus enfermedades, en los usuarios del Centro Clínico (Villa Alemana, región de Valparaíso)?

3. Objetivos

Objetivo General:

Analizar las experiencias de los usuarios del Centro Clínico en el tratamiento de sus enfermedades.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar las experiencias de los usuarios atendidos en el Centro Clínico, respecto al tratamiento de sus enfermedades con Medicina Alópata.
- Caracterizar las experiencias de los usuarios atendidos en el Centro Clínico, respecto a sus experiencias en el tratamiento de sus enfermedades con Medicinas Complementarias Alternativas.
- Analizar el Rol del enfermo en las experiencias terapéuticas de las MA y las MCA.
- Establecer los modos en que el factor económico incide en el acceso a las MCA.
- Establecer si las experiencias clínicas previas son una determinante en el uso de las MCA.

4. Relevancias

Relevancia práctica

La investigación presente entregará respuestas en torno a la percepción por parte de la población respecto a las medicinas, a propósito del uso tanto de la medicina

alópata como de las medicinas complementarias alternativas en el tratamiento de las enfermedades. En este sentido será una fuente de información oportuna para la elaboración o profundización de políticas públicas como las desarrolladas a partir del DECRETRO N°42 mencionado anteriormente. Además, al estar enfocados en la propia experiencia de los pacientes/usuarios, se podrán reconocer elementos esenciales ligados al tratamiento de la enfermedad que bien pueden ser reformulados, anulados o potenciados en el proceso terapéutico de ambos métodos medicinales. Por otra parte, podremos observar las eficacias que representan ambos tratamientos a partir de la experiencia de los sujetos, además de abordar cuáles son los factores de tipo económico, técnico o ideológico que inciden en la elección y en el tratamiento mismo.

Relevancia Teórica

Esta investigación contribuirá primeramente a la línea teórica e investigativa de la Sociología de la Salud en tanto pretende caracterizar las experiencias de los usuarios/pacientes con el fin de conocer cómo es que las personas perciben y se relacionan con la institución médica y con estos otros métodos medicinales a partir de la experiencia concreta del tratamiento. Por otro lado invita a repensar la teoría desplegada frente al tema y las formas en que se aborda la problemática, ya que tendrá especial énfasis lo que los individuos vivencian y dicen a partir de su experiencia. Además, la investigación entregará respuestas sobre la situación del rol del enfermo dentro y fuera del contexto clínico, como también podrá ser usada para el estudio desde enfoques investigativos como la medicalización o la sociología de las subjetividades.

5-Marco Teórico

Introducción

A sabiendas de que el problema de investigación apunta a conocer las experiencias de los pacientes/usuarios respecto al tratamiento de sus enfermedades con ambos métodos terapéuticos, es que nos proponemos el siguiente abordaje teórico: a) Plantear los fundamentos básicos que subyacen al método de las MCA. Para este acometido utilizaremos la información entregada por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por sus siglas en inglés) y lo descrito por Davis-Floyd para referirnos a las MCA y, por otra parte, lo descrito por Michel

Foucault en 'El nacimiento de la clínica' para referirnos a los supuestos de la Medicina Alópata en donde consideramos que lo personal y social del individuo/paciente (referente a su experiencia en el tratamiento de su enfermedad) se ve supeditado a la lógica científicista del método alópata, además de lo desarrollado por el antropólogo social Eduardo Menéndez en su análisis y descripción del Modelo Médico, con el fin de establecer analogías, relaciones y/o diferencias. B) Abordar la categoría sociológica del rol del enfermo desarrollada por Talcott Parsons en referencia al sistema médico para poner en diálogo el set-rol que constituye con estas nuevas concepciones del *hacerse cargo de uno mismo* (Rose, Boltanski, Chiapello y Philippe Tovey) ligadas a los métodos terapéuticos alternativos y complementarios. C) Tratar la experiencia de acuerdo a la perspectiva de Françoise Dubet (la importancia de la experiencia del individuo en la investigación sociológica) y Erving Goffman (la Carrera Moral del paciente) en diálogo con lo propuesto por Francisco Varela en su afán de dotar a la experiencia del individuo de análisis científico. D) Finalmente abordaremos la relación entre el factor económico y el acceso a ambas terapias.

A) Supuestos y fundamentos básicos de cada medicina para el tratamiento de la enfermedad.

1. La Medicina Complementaria Alternativa

Para comprender de mejor manera el fenómeno de las Medicinas Complementarias y Alternativas, es necesario precisar qué entendemos bajo aquel concepto y que, más importante aún, es lo que marca una diferencia respecto a la medicina científica. Mucho se ha discutido al respecto por intentar dar con una definición acabada del fenómeno y, aunque se agrupen bajo una única terminología (MCA) diversas prácticas, entre ellas existen diferencias tanto teóricas como filosóficas y prácticas. No es nuestro objetivo delimitar aquellos fundamentos y aclararlos, sino que abarcar el fenómeno en su figuración social. Así, en términos generales podemos partir aclarando que la MCA, como primer criterio de distinción respecto a la medicina científica, es que se refiere a todas aquellas prácticas médicas que no se constituyen como parte del sistema convencional de salud y, que por ende, no están en concordancia con los estándares de la comunidad médica convencional, pues la MCA se inscribe fuera de los parámetros de la medicina ortodoxa (Aedo & Granados, 2000). Aun así es pertinente aclarar que por MCA se entiende a las terapias que se usan en conjunto con la medicina convencional. Razón por la cual ha surgido en el último tiempo las nociones de "integral", "integrativa" o "integrada", teniendo como

característica la utilización de métodos convencionales y complementarios en forma coordinada (National Center for Complementary and Integrative Health, 2015). Fenómeno que se encuentre en su inicio como pudimos observar anteriormente; la inclusión de ciertas terapias pertenecientes a las MCA en el marco regulatorio de la institución médica para un trabajo coordinado y con aprobación científica.

Teniendo en consideración la aclaración realizada en el planteamiento del problema respecto a la conceptualización de las Medicinas Complementarias Alternativas, éstas quedarán concebidas de acuerdo a la ampliamente aceptada definición entregada por el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integrativa (NCCIH) de Estados Unidos, que aclara que

“es un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención a la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional. Distinguiendo como Medicina Alternativa a aquella que actúa como tal respecto de la medicina convencional y como Medicina Complementaria cuando se utiliza conjuntamente con el tratamiento médico convencional... la verdadera medicina alternativa no es común. La mayoría de las personas utiliza métodos no convencionales junto con los tratamiento convencionales” (National Center for Complementary and Integrative Health, 2015)

En la actualidad el Centro Nacional para la Salud Complementaria e Integrativa pasó de identificar cinco distinciones respecto a las MCA ((1) Sistemas médicos alternativos, (2) Enfoques sobre la mente y el cuerpo, (3) Terapias biológicas, (4) Métodos de manipulación y basados en el cuerpo y (5) Terapias sobre la base de energías) a identificar dos grandes grupos en donde se concentra la utilización de los métodos terapéuticos complementarios y alternativos: (1) los productos naturales y (2) las prácticas del cuerpo y la mente. El primer grupo “incluye productos diversos, como hierbas (también llamadas productos botánicos), vitaminas y minerales, y probióticos. Estos productos se comercializan ampliamente, los consumidores los encuentran con facilidad y suelen venderse como suplementos dietéticos. (National Center for Complementary and Integrative Health, 2015) Y el segundo grupo “incluye un grupo amplio y diverso de procedimientos o técnicas administradas o enseñadas por un profesional capacitado o un profesor y agrupa a aquellas técnicas que vinculan la capacidad mental como recuperadora de los procesos y/o síntomas corporales” (National Center for Complementary and Integrative Health, 2015).

La no separación

De muchas formas se ha caracterizado el paradigma médico científico para intentar develar las consecuencias que propician sus definiciones y prácticas. Así, el antropólogo cultural Davis-Floyd ha definido el paradigma de cuidado de salud dominante como “El modelo tecnocrático de medicina” para resaltar los valores tecnocráticos presentes en la medicina científica. Precisamente, el “Modelo Tecnocrático de medicina” enfatiza la separación de la mente y el cuerpo y observa al cuerpo como una máquina y al paciente como un objetivo (Davis-Floyd & Baer A) . Como argumentamos anteriormente, y en concordancia con la definición del autor respecto al Modelo Tecnocrático, el aumento de las MCA remite a una disconformidad respecto a los nulos o nocivos resultados de los tratamientos de la medicina científica respecto a algunas enfermedades, a la dificultad de acceder a tratamientos de elevado costo económico, a problemas surgidos en la consulta médica: tiempo reducido de atención, deterioro y asimetría en la relación médico-paciente. Como resultado de lo anterior es que en los años recientes se ha enfatizado lo humanístico en el ejercicio y terapias médicas. En este sentido, siguiendo lo desarrollado por Davis-Floyd, podrían considerarse dos modelos-etapas fundamentales en el desarrollo de las Medicinas Complementarias Alternativas que reflejan su enfoque y visión. El primer modelo es lo que el autor define como “El modelo humanístico” (Davis-Floyd & Baer A, 2014), el cual enfatiza la importancia de la conexión mente-cuerpo, definiendo al cuerpo como un organismo, y observando al paciente como un objeto relacional; observa la relación entre el terapeuta y el paciente como un ingrediente esencial en el proceso de sanación. Este primer modelo se ve superado o engrosado en la medida en que los valores humanísticos presentes en la medicina (de acuerdo al primer modelo) se expanden. En consecuencia más terapias complementarias y alternativas están ideológica y metodológicamente arraigadas en un tercer paradigma transnacional (Davis-Floyd & Baer A, 2014) : “El modelo holístico”:

“El cual reconoce a la mente, el cuerpo y el espíritu como un todo, y define el cuerpo como un campo de energía en constante relación con otros campos de energías, exigiendo atención a la curación basada en la energía- una salida radical del enfoque mecanicista de la medicina científica... y aunque las premisas filosóficas de cada una de estas terapias puede ser divergente, ellas comparten en común la definición holística del cuerpo como un campo de energía sensible al tratamiento desde la energía presente en las hierbas, el remedio homeopático, el

tratamiento con Reiki, los ajustes quiroprácticos, etc.” (Davis-Floyd & Baer A, 2014)

2. Medicina Científica

A pesar de la constante crítica hacia la medicina alópata y sus métodos terapéuticos, lo que se observa como fenómeno social hoy en día es un aumento en el uso de ésta. Esto se debe, por un lado, a su constante investigación y actualización científica que continúan propiciando resultados beneficiosos para la salud y, por otro, a hechos como la Medicalización y el desarrollo continuo e independiente de la Industria química farmacéutica. Este proceso de continua expansión se da, en palabras de Menéndez, en dos niveles:

“por un lado, opera a través de las actividades profesionales que se realizan y se refiere a los niveles de cobertura y atención alcanzados (número de profesionales, camas de hospitalización, partos atendidos institucionalmente o cesáreas, etc) y, además, opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir, un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente eran solo acontecimientos ciudadanos” (Menéndez, Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos., 2005).

En relación a lo anterior, y asumiendo que es el uso de ambas medicinas el que aumenta, es que podríamos afirmar que nos encontramos en un proceso de Pluralismo Médico, “término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos., 2005). El aumento en el uso de la medicina alópata o lo que ha permitido su expansión y no su decadencia remite a que ésta se caracteriza por su constante modificación y cambio y no por su inmovilidad. Esto se refleja en el incesante avance tecnológico, que permite descubrir o crear nuevos medios para la sanación, y en la cura de enfermedades que en épocas anteriores eran intratables. Por otro lado, ha hecho parte de sí y ha intervenido en muchos aspectos de la organización social, transformándolos gracias a la imposición, como nos dice Foucault, de una mirada médica autónoma que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes.

En este sentido se hace necesario establecer parte de los fundamentos básicos y prácticas a partir de los cuales la medicina alópata aborda la enfermedad y procura de un tratamiento. Con esto intentaremos esbozar, al igual que en el apartado de las MCA, los supuestos, fundamentos o prácticas básicas que conforman a la medicina alópata y que representan una problemática para *abordar al individuo* –y su enfermedad- en su totalidad.

Modelo Médico Hegemónico

El biologismo

En el modelo médico alópata el conocimiento producido por la biología es fundamental. Más aun, el rasgo estructural dominante de la medicina alópata es el biologismo, tanto a nivel ideológico como técnico. A nivel técnico, ha traído conocimientos avanzados como por ejemplo el comportamiento celular, la estructura del ADN, la erradicación de epidemias o el conocimiento de la epigenética. Pero, a nivel ideológico, ha generado una subordinación de los aspectos sociales al abordar una enfermedad. Este rasgo es el que nos permite establecer la principal diferencia entre la medicina alópata y las MCA. El énfasis puesto en la dimensión biológica conlleva una subordinación o exclusión de los aspectos psicológicos o sociales cuando se realiza un diagnóstico por ejemplo.

“El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos y no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de atención... pero un aspecto importante que hay que recordar es que el médico no tiene formación profesional sobre los factores y procesos socioculturales y económico-políticos, que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos” (Menéndez, Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos., 2005, pág. 48)

La (consecuente) disminución de lo social

La medicina alópata ha reconocido la incidencia y existencia de factores sociales, culturales y económicos en el proceso enfermedad, como es el caso de la epidemiología por ejemplo. Aun así, sus métodos pareciese que sólo *reconocen* la existencia de estos factores, ya que abordan la problemática enfermedad desde lo puramente biológico, restándole valor a los factores sociales, culturales, económicos, educacionales o psicológicos que pueden estar inmersos en el proceso. Al reducir la enfermedad a signos y a diagnósticos contruidos a través de indicadores casi

exclusivamente biológicos, aparta inmediatamente al enfermo y a su enfermedad de sus relaciones sociales concretas, que en la mayoría de los casos están totalmente ligadas a las principales causas que producen una patología. En este sentido el saber médico alópata se distancia de las causas sociales que pueden producir una enfermedad justamente “cuando enuncia el pronombre enfermedad: allí funda un nuevo individuo, uno que es biológico, orgánico. Desaparece un sujeto y aparece una enfermedad con su propia historia construida, aparece la explicación médica de la dolencia y desaparece la explicación social de ésta” (Millones, 2015) y, con esto, la posibilidad de que el problema o causa sea un agente como, por ejemplo, el trabajo y sus condiciones. Foucault nos dice refiriéndose a esta independencia de la enfermedad respecto a su contexto socio-cultural:

“En la medicina de las especies, la enfermedad tiene, por derecho de nacimiento, formas y estaciones ajenas al espacio de las sociedades. Hay una naturaleza “salvaje” de la enfermedad que es a la vez su verdadera naturaleza y su recorrido más prudente: sola, libre de intervención, sin artificio médico, deja aparecer las nevaduras ordenadas y casi vegetales de su esencia. Pero cuanto más complejo se vuelve el espacio social en que está situada, más se desnaturaliza” (Foucault, 2008)

En este sentido Menéndez afirma que las principales características estructurales del Modelo Médico son “su biologismo, individualismo, a historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática” (Menéndez, pág. 12).

El espacio de la enfermedad

La enfermedad encuentra su espacio de manifestación y posibilidad en el cuerpo humano, éste “define, por derecho de naturaleza, el espacio de origen y la distribución de la enfermedad” (Foucault, 2008) en la medicina alópata. Debemos recordar que esta forma de espacializar la enfermedad concentrada sólo en el cuerpo humano no fue y no es común a todas las prácticas medicinales, más bien es una característica fundamental de la medicina alópata. En sociedades primitivas la enfermedad fue caracterizada como un ente o ser externo autónomo o como un espíritu maligno que atacaba a las personas o, posteriormente, en la edad media, la enfermedad podía ser definida como un castigo divino por pecar. La importancia elemental del cuerpo como *el* espacio de existencia de la enfermedad y, con esto, el abandono de la creencia en fuerzas extra corporales como posibles causas, propició “la superposición exacta del “cuerpo” de la enfermedad y del cuerpo del hombre enfermo” (Foucault, 2008). En palabras de Foucault esto se debió a:

“El espacio de *configuración* de la enfermedad y el espacio de *localización* del mal en el cuerpo no han sido superpuestos, en la experiencia médica, sino durante un corto periodo: el que coincide con la medicina del siglo XIX y los privilegios concedidos a la anatomía patológica” (Foucault, 2008)

Esto es de radical importancia ya que al *configurar* y *localizar* la enfermedad sólo en el cuerpo humano, surge toda una serie técnicas, clasificaciones, etiquetas, relaciones y métodos para abordar el cuerpo enfermo que han determinado a la práctica médica alópata en su particularidad.

El carácter nosológico: la medicina clasificadora.

La descripción, diferenciación y clasificación de las enfermedades ha permitido la separación del cuerpo en partes. Éstas se pueden relacionar o no, dependiendo de la enfermedad, pero siempre están sujetas a esta *configuración* y *localización* corporal de la enfermedad que la mirada médica alópata supo formular. Este carácter nosológico es de vital importancia para comprender la forma en que la medicina alópata aborda una enfermedad y la trata, ya que cuando una persona acude al médico “antes de ser tomada en el espesor del cuerpo, la enfermedad recibe una organización jerarquizada en familias, géneros y especies” (Foucault, pág. 24), esta clasificación, esta figura de las enfermedades, supone una forma predeterminada de la enfermedad, una especie de esquematización establecida de los síntomas que permite formular un “cuadro” a priori de la enfermedad, y es gracias a este cuadro, a esta *configuración* que el médico prescribe tratamientos.

Esta segmentación del cuerpo humano, a partir de la observación de las enfermedades, supondría que una enfermedad acabase dentro de los mismos límites que se han “descubierto” al observarla. Pero la enfermedad, representada en los cuadros, adquiere un carácter de fluidez y de circulación libre por el cuerpo permitiéndole afectar otras zonas sin siquiera pertenecer al mismo cuadro nosológico. En este sentido Foucault recalca que “los órganos son los soportes concretos de la enfermedad, pero jamás constituyen sus condiciones indispensables” (Foucault, pág. 32). Así, en este libre circular por el cuerpo “se puede establecer una relación de enfermedad a enfermedad que es de causalidad sin ser de parentesco. Una forma patológica puede engendrar otra, muy alejada en el cuadro nosológico, por una fuerza de creación que les es propia” (Foucault, pág. 33) sin alterar la configuración patológica esencial, es decir, el cuadro de la enfermedad. Apoyada en la comunicación simpática, la enfermedad no sólo circula libremente en el cuerpo

sino que además sufre metástasis y metamorfosis, pero, y aquí radica lo importante de este carácter, “haya correspondencia, difusión o relevamiento, la nueva distribución anatómica de la enfermedad no modifica su estructura esencial” (Foucault, pág. 33) lo que terminará por definir, a posteriori, la forma en que se tratará la enfermedad en la medicina alópata.

Las funciones de la medicina alópata

Es de uso generalizado en la sociología atribuir ciertas funciones a la medicina alópata que escapan al objetivo de recuperar la salud y el bienestar físico y mental. Si bien es cierto esto podría redundar en la crítica constante que se le hace al método científico respecto a la salud, no es menos cierto que el Sistema de salud –o la institución médica como tal- cumplen funciones que exceden el solo hecho de reestablecer la salud en la población. Idealmente una persona es definida como enferma cuando sus síntomas, complicaciones o el resultado de exámenes físicos (o pruebas de laboratorio) indican una anormalidad (the sick role). De acuerdo a lo anterior y teniendo en consideración la dicotomía normal/anormal que es congruente con la fórmula sano/enfermo, Talcott Parsons arguye que la función del Sistema Médico, dentro del Sistema Social, es reestablecer a las personas enfermas a sus roles o funciones previos a la enfermedad. En este sentido la enfermedad se considera una desviación tanto biológica como social; la tarea de la medicina, en términos puramente funcionales, es reestablecer la salud en tanto la enfermedad amenaza con interferir la estabilidad social, “por lo tanto, la práctica médica llega a ser un mecanismo por el cual el sistema social busca controlar la enfermedad, y la desviación del enfermo, retornándolos a un estado de normalidad y cumplimiento de las funciones sociales” (Parsons, 1999).

Siguiendo a Menéndez, quien reconoce que las características de la medicina van transformándose en función de las condiciones económico/políticas, sociales y técnicas dominantes del contexto, podemos reconocer que en su figuración social el “modelo médico cumple cuatro funciones básicas; a) curativo/preventiva, b) normatizadora, c) de control y d) de legitimación” (Menéndez, El Modelo Médico y La Salud de los Trabajadores, 2005). Siendo la función curativo/preventiva la reconocida generalmente como la única o principal función de la medicina alópata tanto por el saber médico como por parte de la población. Es más, las otras funciones solo serán reconocidas por parte de la medicina alópata en tanto estén directamente relaciones con la función preventivo/ curativa. Así Menéndez asegura que

“las funciones de normatización y de control forman parte intrínseca del trabajo médico, ya que este las aplica como parte de sus actividades rutinarias con los pacientes. Al respecto debemos recordar que el establecimiento de un diagnóstico o la aplicación de medidas preventivas potencialmente normatizan y/o controlan comportamientos. Toda una serie de conceptos y técnicas médicos expresan la existencia potencial de estas funciones, de tal manera que la mayoría de las actividades médicas implican la posibilidad de cumplir las funciones señaladas más allá de la intencionalidad del propio personal de salud” (Menéndez, 2005, pág. 16)

Así mismo Bryan Turner declara que la regulación del cuerpo humano es el interés de la sociedad por la necesidad de proteger la salud pública, la economía, y el orden social:

“La medicina es esencialmente medicina social porque es una práctica la cual regula las actividades sociales bajo el auspicio del Estado. Por lo tanto, en la medida en que el control del comportamiento humano sea la base de la organización social, y en la medida en que el control del comportamiento desviado está siendo “la función” de la profesión médica, el concepto del Rol de Enfermo de Parsons ayuda a entender los mecanismos contemporáneos de estabilidad social.” (Turner, 2003)

Para concluir, reiteramos la idea central de este apartado que remite a las funciones que exceden el campo de la medicina y los tratamientos en su función única de restablecer la salud y que afectan al campo social. Por lo tanto, reconocemos esta función normatizadora en tanto las normas reflejan la expectativa respecto a un comportamiento apropiado compartido por las personas en sistemas sociales específicos, así la medicina “en la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive” (Foucault, 2008, pág. 62)

La medicina como construcción social

Gran parte de las investigaciones sociológicas respecto a la problemática de la medicina y las relaciones sociales consecuentes, apuntan a la idea central de que el conocimiento médico es una construcción social. En este sentido no se critican sus avances, progresos y resultados porque los reconoce, más bien el argumento central por parte de los sociólogos radica básicamente en que estas categorías “naturales” son el producto de actividades sociales y no reflejan realidades biológicas invariables. Para esto es necesario comprender que todo conocimiento es socialmente contingente, es decir, como se mencionó anteriormente, hay un macro

contexto que sujeta y circunscribe las prácticas a sus parámetros sociales y políticos. En este sentido, la medicina alópata -sus instituciones y procesos- han sido cuestionados en tanto “los valores y las actividades de la profesión médica fueron considerados congruentes con la sociedad patriarcal y capitalista... siendo la aplicación del conocimiento médico reconocido más bien como una empresa política que como una técnica neutral” (Nettleton, *The Sociology of health and illness*, 2006)

Un caso de cómo esta empresa política opera, es por ejemplo que al definir los estados de salud y enfermedad la institución médica crea posibilidades de comportamiento que se adscriben al cumplimiento de esos roles contraproducentes entre sí -sano/enfermo- que son la base de la producción en una sociedad industrial capitalista. Friedson, gran influyente en el desarrollo de la sociología de la salud y enfermedad, concluyó que el problema era la *aplicación* del conocimiento médico, que siempre está mediado por las circunstancias políticas y sociales en las cuales los médicos se desarrollan. Él observó que “el médico por medio de la virtud de ser la autoridad sobre lo que es realmente la enfermedad (illness), crea las posibilidades sociales de actuar enfermo (sick).” Así la profesión médica no solo legitima lo que se considera como enfermedad (sickness), sino que también crea las formas de comportamiento adscritas a los roles de ambos estados de salud.

Desde la sociología, y el construccionismo social específicamente, la problemática de la construcción del conocimiento médico y su práctica ha sido abordada, según Sarah Nettleton, a partir de los siguientes campos de investigación crítica:

- “a) La problematización de la realidad: implica que la entidad de la enfermedad no es simplemente real, sino que es producto de razonamientos y prácticas sociales.
- b) La creación social de “hechos”: Teniendo como premisa que los objetivos de la medicina, que son la enfermedad y el cuerpo, no son realidades estables, el construccionismo social cuestiona la construcción del conocimiento médico entregando dos respuestas acerca de este proceso: la primera indica que todo los “hechos” científicos acerca del mundo son productos de la comunidad científica de la cual emergen y, segundo, que nuestra realidad presumida estable es de hecho creada dentro de una variable de contextos discursivos. En este sentido los científicos trabajan dentro de un paradigma dominante, o cuadros de conocimiento, los cuales comprenden un set de conceptos y teorías aceptadas acerca del mundo.
- c) El conocimiento médico media las relaciones sociales: los estudios críticos aluden que las categorías de enfermedad se pueden aplicar para reforzar estructuras sociales existentes, y su aplicación puede dar a las relaciones sociales surgidas a partir de allí la apariencia de ser naturales, en tanto se asume que el

lenguaje de la enfermedad es objetivo los orígenes sociales de la enfermedad se invisibilizan.

d) La aplicación del conocimiento técnico: En este apartado se argumenta que la profesión médica no ha alcanzado su posición dominante dentro por ser inherentemente superior en su experticia, sino porque se ha gestionado para crear y mantener el control sobre ciertos procesos y prácticas tecnológicas. El éxito médico no está determinado por los avances tecnológicos, sino más bien es el resultado de luchas socio-políticas que rodean a la tecnología y su aplicación.

e) La medicalización: Aquí el enfoque más que centrarse en el origen del conocimiento médico se dirige hacia su aplicación. Considerando el hecho de que la medicina opera como una poderosa institución de control social, se argumenta que la práctica médica hace parte de sí áreas de la vida las cuales previamente no eran consideradas como materias médicas. Por ejemplo el alcoholismo, el nacimiento o los problemas de comportamiento y adaptación social". (Nettleton, The Sociology of health and illness, 2006)

Cuadro básico: fundamentos de cada medicina

	Medicina alópata	Medicina Complementaria Alternativa
Enfoque	<p>Biológico: nosología y disminución de lo social.</p> <p><i>Tratar los síntomas de la enfermedad, no las causas.</i></p>	<p>Holístico: relación entre mente, cuerpo, espíritu y espacio social.</p> <p><i>Tratar las causas de la enfermedad.</i></p>
Tratamiento de la enfermedad	<p>1-Examen</p> <p>2-Diagnóstico</p> <p>2.1-Uso de tecnología avanzada</p> <p>3-Prescripción de tratamiento a partir de un <i>cuadro</i> de enfermedad: uso de medicamentos (remedios), reposo.</p> <p>4-Nuevas evaluaciones</p>	<p>1-Sesión-entrevista: uso de la psicoterapia.</p> <p>2-Precripción de tratamiento único (exclusivo); individualidad tanto de la enfermedad como del tratamiento.</p> <p>2.1-Participación total del paciente.</p> <p>2.2-Uso de medicamentos naturales,</p>

		regulación de la dieta y/o ejercicio.
		3-Nuevas evaluaciones.
Relación médico-paciente	Asimétrica	Simétrica
Enfoque salud	Curativo	Preventivo
		Curativo
		Autoconocimiento
		Autocuidado
Funciones	-Restablecer la salud	-Restablecer la salud
	-Normatizar y regular comportamientos.	

B) El Rol del Enfermo

De gran importancia ha sido lo desarrollado por Talcott Parsons en su libro “El Sistema Social” cuando aborda lo que él define como el rol del enfermo, ya que a través de éste se puede observar tanto el comportamiento personal como social del enfermo y relación con la institución médica. Al tener una visión funcional del sistema social Parsons considera que el estar enfermo representa el cumplimiento de un comportamiento normativo que adopta la persona cuando se siente y es catalogada como enferma. En este sentido Parsons observó el estar enfermo como una desviación de la condición normal de ser humano tanto biológica como socialmente. Este hecho es de suma importancia pues al considerar el estar enfermo como una desviación se necesita de algún mecanismo de control social que reestablezca la condición o el estado de salud del enfermo. En este sentido la institución médica – como autoridad- en conjugación con el consenso y aceptación social define las condiciones y pasos a seguir, en una especie de derechos y deberes, por la persona catalogada como enferma.

Lo interesante aquí es discutir teóricamente la noción de este rol en tanto el individuo actualmente se ve exhortado por parte de las instituciones médicas y no médicas a tomar la iniciativa y hacerse cargo de sí mismo. Aunque el apartado presente no profundiza en aquello es importante considerar que este hecho posee dos lecturas, una que considera la capacidad real del individuo de ejercer su autonomía en

contraposición al abordaje teórico que asevera que esta promoción de la “libertad” a través del cuidado de sí y el hacerse cargo de uno mismo responden a nuevas técnicas de control social relacionadas directamente con las subjetividades de los individuos.

El comportamiento “predecible”

Es significativo observar que si en la medicina alópata el individuo no ha sido considerado “capaz” para cuidarse a sí mismo respecto a la enfermedad esto está en directa relación con el modelo y el método de la medicina científica y las instituciones. El individuo en la medicina alópata es discursivamente ligado a la categoría de “paciente”, en donde sus responsabilidades, poderes y autoridad son circunscritas de acuerdo a su posición (enfermo/paciente/sin conocimiento ni experticia) en el encuentro con el médico y el tratamiento posterior. Estar enfermo, según Parsons, no es sólo experimentar la condición física del estado de enfermo; más bien, constituye un rol social porque envuelve comportamientos basados en expectativas institucionales que son reforzados por medios de las normas de la sociedad que se corresponden con aquellas expectativas. Dentro de estas expectativas institucionales subyacen implícitamente ciertos preceptos respecto a la condición de estar enfermo. Parsons indica principalmente cuatro: primero, la excepción de las responsabilidades normales del rol social; segundo, la definición institucionalizada de que no se puede esperar de la persona enferma que se ponga bien por un simple acto de decisión o deseo; tercero, la definición del estado de enfermo como indeseable en sí mismo con la obligación de querer sanar; y, cuarto, la obligación de buscar ayuda técnicamente competente; es decir, en la mayoría de los casos, la ayuda de un médico, y cooperar con él en el proceso de sanar (Parsons, 1999). Uno de los aspectos más importantes respecto al rol del enfermo es que a éste se le considera incapaz de cuidarse a sí mismo, por lo tanto se le hace necesario buscar consejo médico y cooperar con los médicos expertos ya que “mientras dure la enfermedad, el enfermo no puede intervenir en ella” (Parsons, 1999). Este comportamiento se basa en la suposición hecha por Parsons de que el estar enfermo es un estado indeseable y la persona enferma desea mejorarse:

“Para nuestra propia cultura tenemos una definición especial de la clase de ayuda que el enfermo necesita: ayuda profesional, técnicamente competente. La naturaleza de esta ayuda le impone al enfermo otra nueva incapacidad o <<hándicap>>. El enfermo no solo, generalmente, no se encuentra en posición de

hacer lo que es necesario, sino que además no <<sabe>> lo que es necesario ni cómo hacerlo” (Parsons, 1999, pág. 412)

Se infiere a partir de lo anterior que es en las mismas terapias alópatas donde el individuo es considerado a priori un inhabilitado. Por ende, al no poseer los conocimientos y técnicas competentes, al no poder <<hacer>> y al no <<saber>>, la relación del enfermo-paciente para con la enfermedad y el médico se torna asimétrico e imperativo. Asimétrica en tanto hay una brecha enorme entre el médico, quien posee y ejecuta legitimadamente el conocimiento, y el paciente. E imperativa en tanto el enfermo, en su condición total de ignorante respecto a su enfermedad, debe acatar y seguir prescripciones sin cuestionar y, peor aún, muchas veces sin siquiera saber a qué refieren o que significan los diagnósticos y el tratamiento en sí. Como expresó Foucault, el individuo enfermo llevado al estado de paciente en la medicina alópata, circunscribe su responsabilidad, poder y autoridad al campo de la medicina científica en la cual es tratado (Foucault, 2008).

Si bien es cierto que el cumplimiento a cabalidad del rol del enfermo es difuso en la actualidad en la medicina alópata, no es menor considerar que la categoría desarrollada por Talcott Parsons es congruente con la disconformidad que manifiestan los pacientes de tratamiento alópatas en tanto acusan la asimetría respecto al conocimiento y cuestionan, por ejemplo, el uso de fármacos expresando desconfianza hacia su potencial sanador, poniendo en entredicho este seguimiento casi ciego por parte de los pacientes para con las prescripciones y tratamientos médicos alópatas. Así, el set-rol ligado al rol del enfermo para el caso de quien trata su enfermedad con MCA no funciona en los mismos parámetros; sufre alteraciones, modificaciones sino transformaciones completas respecto al supuesto comportamiento que debiese tener un sujeto enfermo. Antes de presentar los ejes en que el rol del enfermo se transforma en las MCA, abordaremos brevemente, a modo de contextualizar, las perspectivas teóricas que destacan la obligatoriedad que se le presenta al individuo en la actualidad respecto a su responsabilidad como sujeto activo en el desarrollo de su vida en términos de elecciones, poderes y valores.

La obligación de elegir

A partir de la degradación de la situación económica y social, Boltanski y Chiapello, cuando abordan ‘El nuevo espíritu del capitalismo’ desarrollado en la actualidad, identifican ciertos valores que son propios de la esfera económica y que se han ido desplegando para servir como valores aplicables a la vida en general sin importar si en la materia nos referimos a educación, sexualidad, trabajo o salud. Este nuevo espíritu del capitalismo trae consigo la idea de una nueva gestión empresarial; valor y

actitud que desborda la esfera económica-empresarial para ser gestionada en cada ámbito de la vida social y personal. Los autores afirman al respecto que

“la dimensión seductora de la nueva gestión empresarial es la propuesta dirigida a cada uno invitando al desarrollo personal. Las nuevas organizaciones han de solicitar todas las capacidades de la persona, que podrá, de este modo, desarrollarse plenamente... el nuevo modelo propone una <<verdadera autonomía>> -se nos dice- basada en el conocimiento de uno mismo y en un pleno desarrollo personal” (Boltanski & Chiapello, 2002)

En el mismo sentido Nikolas Rose afirma que

“las empresas proveen una racionalidad para la estructuración de la vida de los ciudadanos individuales. Los individuos son para convertirse, como si fueran, empresarios de sí mismos, conformando sus propias vidas a través de las elecciones que realizan entre las formas de vida disponible para ellos” (Rose N. , 1999)

La importancia del desarrollo del individuo, de “entregarle” las herramientas necesarias para que sienta la realización de su personalidad en concordancia con lo que de él se espera se afirma en la insistencia que existe en la actualidad de entregar un servicio personalizado, en la importancia de una escucha atenta de los deseos del individuo para a partir de allí “introducir lo <<auténtico>> en forma de lo <<personalizado>> en la producción capitalista.” (Boltanski & Chiapello, 2002). Este elemento de la autenticidad hace que cada sujeto sienta la responsabilidad y necesidad de buscar aquello que lo representa en la gama de servicios personalizados que el mercado ofrece; con lo que logra identificarse termina representando lo que es. En esta tarea de direccionar su vida el sujeto se ve obligado –si quiere mantener un hogar, un trabajo, una familia y tiempos de ocios de acuerdo a sus necesidades íntimas y auténticas- a buscar aquellos elementos que le permitan satisfacer su demanda interior. Para ello debe elegir componentes precisos para llevar una existencia acorde a lo que se espera de él, pero por sobre todo, acorde a la idea y a lo que él espera de sí mismo ahora que es responsable de su vida. En este sentido Rose considera esto como una nueva gubernamentalidad en tanto “es a través de la promoción de un estilo de vida por los medios de comunicación, por la publicidad y por los expertos, a través de la obligación de formar una vida en referencia a las elecciones en un mundo de objetos e imágenes autorreferentes que el sujeto moderno es gobernado” (Rose N. , 1999)

En este sentido la medicina se torna importantísima en tanto ésta se transforma en un elemento de primer orden a la hora de ayudar al sujeto a definir su lugar en el

mundo en relación a su bienestar, a través de la promoción de ciertos valores y actitudes:

“Hoy en día en hospitales y comunidades terapéuticas, los procesos psicoterapéuticos son adaptados en la búsqueda de caminos en los cuales los pacientes puedan ser gestionados desde la dependencia y la inadaptación a la autonomía y responsabilidad” (Rose N. , 1999)

Los sujetos acuden a las terapias esperando no sólo mejorarse y sobreponerse al padecimiento, sino que esperan también involucrarse en el proceso de sanación para lograr, como declaran Boltanski y Chiapello de acuerdo a esta nueva lógica de gestión empresarial, <<saber estar>>, en oposición al <<saber>> y al <<saber hacer>> (Boltanski & Chiapello, 2002)

En concordancia a lo anterior Rose define a estas nuevas terapias como Terapias de la Libertad en un tono irónico pues refiere que el incremento de estos nuevos tratamientos está en directa relación con nuevas formas de gobierno; esta vez el gobierno de las almas. Así sentencia que su expansión a través del mecanismo de mercado libera las técnicas de autoregulación desde sistemas burocráticos de vigilancia, evaluación y regulación de la conducta personal hacia las almas de las personas; una internalización de los dispositivos de control y poder (Rose N. , 1999).

La elección del tratamiento

Como se profundizó anteriormente, el aumento en el uso de las Medicinas Complementarias Alternativas es directamente proporcional al aumento del uso de la Medicina Alópata o científica en la actualidad, contrariamente como sugieren ciertos análisis no hay crisis ni derrumbe en la medicina científica, sino que constantemente se encuentra en expansión ya que es “la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes” (Menéndez, 2005, pág. 47). A pesar de esta hegemonía constatada por parte de la medicina científica, el aumento de las MCA posibilita que los individuos consideren nuevas posibilidades al tratar la enfermedad. La gama de servicios respecto a los tratamientos se amplía y los individuos pueden pasar desde consultas profesionales a curanderos tradicionales o terapeutas alternativos, es decir, que en nuestras sociedades actuales “la mayoría de la

población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud.” (Menéndez, 2005)

En este sentido el primer paso que representa la posibilidad real de elección y acción respecto a los tratamientos, y que difiere de la noción del rol del enfermo Parsoniana, es lo que Eduardo Menéndez denomina *Autoatención*, definida como:

“las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de la autoatención. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma” (Menéndez, Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos., 2005)

En este sentido la autoatención viene a constituir una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención. Así podríamos afirmar que la autoatención es casi siempre la primera actividad que se realiza respecto a los padecimientos sufridos en donde se puede ejercer esta autonomía representada en la búsqueda y elección. El individuo padece y es a partir de allí que comienza, en relación a sus encuadres referenciales –representaciones y prácticas respecto a la enfermedad- y al conocimiento que posee de su padecer que decide elegir a quien consultar. Esto es de suma importancia pues la autoatención resulta decisiva para la supervivencia y/o calidad de vida del sujeto enfermo, y es a partir de allí de lo que

“acontece en la autoatención y, por supuesto, en la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones sociales y culturales ya señaladas, cuando el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan” (Menéndez, 2005, pág. 58)

Independientemente de si lo reflexionado en la autoatención –en cuanto diagnóstico- es correcto o no, precisamos la importancia de ésta autoevaluación ya que el sujeto cuando acude al médico o al curandero o al terapeuta va generalmente con un diagnóstico provisional de su padecimiento y, sin importar si éste es erróneo o acertado, lo trascendental es la existencia de esta actividad de diagnóstico ejercida por el propio sujeto materializando su intervención previa visita a un médico. Independiente de si esta es eficaz o no para la salud, sí representa el medio por el cual los individuos expresan su capacidad de acción para encontrar caminos y posibles soluciones en lo que respecta a sus enfermedades.

Transformaciones en el Rol del Enfermo

La salud como responsabilidad individual en las MCA

El proceso definido como Autoatención nos sirve para reforzar la idea de acción y capacidad de decisión que tienen los sujetos a la hora de enfrentarse a una enfermedad y sus posibles soluciones. A pesar de que es algo que antecede tanto al tratamiento alópata como a la terapia de las Medicinas Complementarias Alternativas, queda de manifiesto el distanciamiento que se produce respecto a la categoría teórica del rol del enfermo y el set-rol que a éste le corresponde sobre todo en el punto referido a la capacidad de acción y decisión del individuo y al conocimiento que éste posee. Se argumenta, hoy en día, que las expectativas de las personas respecto a su salud ha cambiado en la actualidad, y “las Medicinas Complementarias Alternativas han jugado un rol fundamental en este proceso en tanto predicen por un paciente proactivo, empoderado y responsable” (Hughes, 2003).

Como se observó anteriormente en el abordaje teórico respecto a los fundamentos y objetivos de cada medicina, podemos enfatizar que el primer paso que le otorga a priori una responsabilidad e importancia al sujeto por sobre el hecho de la patología misma, es cuando las Medicinas Complementarias Alternativas declaran que tratan al individuo y no a las enfermedades. Esto ya de por sí revela un énfasis particular acaecido sobre el paciente que deviene en toda una metodología distinta al tratar al individuo -no sólo a la enfermedad-. Si en la medicina alópata se trata a la enfermedad por sobre el individuo, es en las MCA, a través del tratamiento holístico, que el sujeto adquiere una importancia y responsabilidad exclusiva:

“Tratando al individuo holísticamente, se argumenta, el sujeto es concebido como una combinación entre mente, cuerpo, espíritu y locación social, en donde ambos, tanto la patología como el tratamiento, deben ser únicos para aquel individuo. La enfermedad no puede ser separada de quien es y lo que es el individuo. La individualidad tanto de la patología como del tratamiento es por lo tanto un aspecto central en el enfoque de las MCA. Es, luego, responsabilidad del individuo y el terapeuta explorar la patología y, en orden a cumplir eso, el individuo llega a ser “tan experto” como el terapeuta, así el diagnóstico es pronunciado en una completa conceptualización del individuo. Como parte de esto, se espera que el paciente intervenga no sólo en el proceso de diagnóstico sino también en el proceso de sanación, lo cual implica empoderar al paciente en el manejo de su propio cuidado de salud. En efecto, el discurso de las MCA está atravesado por nociones de

igualdad de poder, en donde el terapeuta y el paciente llegan al encuentro terapéutico con sus diferentes experticias y ambos invierten en la recuperación y salud del paciente” (Hughes, 2003)

Ahora el sujeto debe entender su patología, sino descubrirla, pronunciarla o recrearla. Es él quien debe, con la ayuda del terapeuta, dirigir el tratamiento e ir descubriendo las posibles causas y futuras soluciones de la enfermedad. La relación asimétrica del médico-paciente de la medicina alópata se transforma, en las MCA, en una relación de asociación en donde se abolen las desigualdades de poder entre paciente y terapeuta. Es esta la intersección en donde se empodera al paciente, haciéndolo responsable por decisiones específicas respecto al cuidado de su salud. En este sentido la intervención terapéutica de las MCA más que dedicarse solo a curar la enfermedad, está más enfocada en guiar al paciente en el proceso de sanación. Se comprende, por lo tanto, que en este tratamiento y relación de terapeuta-paciente, está presente la posibilidad de acordar que es lo que se necesita tratar primero o más urgentemente de acuerdo a la necesidad del paciente. Este hecho es de suma importancia pues revela la brecha enorme de poder que existe entre el paciente y el médico en la medicina alópata. Allí el paciente jamás podría direccionar o ni siquiera insinuar un camino a seguir en el tratamiento o una diferente prescripción de la del médico y su diagnóstico. Como lo expresa Kharyn Hughes en el compilado “The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context”:

“Definir salud, enfermedad y recuperación es un proceso en el cual tanto el paciente como el terapeuta están involucrados en las MCA, en donde el paciente tiene la responsabilidad de participar en el proceso de diagnóstico, desarrollando criterios para el éxito del tratamiento en sincronía con el terapeuta, negociando acerca de las definiciones de “salud”, las cuales no están necesariamente relacionadas a las definiciones usadas en otros modelos médicos” (Hughes, 2003)

El paciente al tener la posibilidad de entrar en el proceso de sanación y de decidir en conjunto con el terapeuta el tratamiento a seguir, debe ser también responsable de construir el camino que pondrá fin al tratamiento. En las Medicinas Complementarias Alternativas su injerencia es tal, que a diferencia del paciente de la medicina alópata, puede decidir cuándo acabarlo. Aun cuando en la medicina alópata el paciente puede decidir acabar un tratamiento dejando de ir o no siguiendo las prescripciones del mismo, en las MCA esta decisión de finalizar el tratamiento descansa sobre la base de la intervención del paciente de acuerdo a sus necesidades y fines y a lo que él busca en el proceso de sanación. En otras palabras:

“Para las Medicinas Complementarias Alternativas la intención es empoderar al paciente a través del conocimiento, el entrenamiento y las experiencias de participación igualitaria en su propio cuidado de salud y su compromiso en el mantenimiento diario de su salud. El paciente es visto como responsable de iniciar el tratamiento, participar del tratamiento, participar en la mejora de la salud ya sea a través del autocuidado o sus creencias, en negociar las definiciones de éxito y, finalmente, es responsable de terminar el proceso terapéutico” (Hughes, 2003)

La salud como responsabilidad individual en las MA

En las últimas décadas las instituciones médicas han promovido el desarrollo de nuevos programas de salud dirigidos a los individuos que apuntan, por un lado, a promover un comportamiento preventivo por parte de los ciudadanos frente a las enfermedades y, por otro, a otorgar un mayor rol al paciente en el tratamiento de su enfermedad como en el caso de las enfermedades crónicas. En este sentido el paciente re-emerge en la medicina alópata con capacidad de agencia (Hughes, 2003). Así, toda una serie de prácticas médicas han sido liberadas y puestas al alcance de los sujetos en tanto promueven de manera preventiva el desarrollo de una mejor salud; el uso autónomo de métodos anticonceptivos tanto en el sentido de planificación familiar como en la prevención de enfermedades venéreas, el consejo médico de la rehidratación oral constante, el chequeo médico semestral o anual del antígeno prostático o la realización del papa-nicolau, el palparse los senos para detectar anomalías, etc. (Menéndez, 2005). Por otro lado, además de la promoción de este comportamiento preventivo, la medicina alópata también ha incluido en el proceso del tratamiento de las enfermedades crónicas al paciente; por ejemplo lo impulsa y le ha enseñado a leer glucosa en orina o sangre, a inyectarse insulina, a regular la oxigenación en aquellos pacientes con problemas pulmonares graves, a tomarse la presión, etc (Menéndez, 2005). Como refiere Kharyn Hughes:

“El discurso del autocuidado en la institución médica envuelve al paciente usando tecnologías las cuales incluyen el internet o la tv digital, apoyados por profesionales de la salud, entrenados en el autocuidado especialmente para enfermedades crónicas... así los pacientes se tornan tecnológicamente competentes, geográficamente movibles (para atenderse en centros especializados) y con capacidad de auto-diagnosticar y auto-referir la enfermedad” (Hughes, 2003) .

Responsabilidad normada

La promoción de la salud por parte de la medicina alópata impulsada a través del comportamiento preventivo y la injerencia del paciente con enfermedades crónicas en su propio tratamiento se realizan dentro de un particular cuadro normativo. Un

elemento de primer orden que está presente de manera implícita en este cuadro normativo es que la importancia del discurso médico alópata sigue estando centrada en la condición patológica –en el cuadro y enfermedad-. Esto ya define a priori los elementos que tendrán mayor importancia; volvemos aquí al biologismo y a la estructura nosológica, es decir, el individuo sigue desconectado de posibles causas sociales y su cuerpo sigue desconectado entre sí. El cuadro normativo al que nos referimos es una monografía desarrollada en la mayoría de los países, sin ser Chile la excepción, bajo el nombre de “Derechos y Deberes de los pacientes”. Es aquí donde se condensa la ideología presente en la medicina alópata respecto al autocuidado, a la responsabilidad del paciente y a su posible injerencia:

“Como en el caso de las MCA, incrementa en la medicina alópata el concebir el tratamiento del paciente como un proceso o camino a través del tratamiento. Es esta la intersección de empoderar al paciente, haciéndolo responsable por decisiones específicas respecto al cuidado de su salud... [Respecto a “los derechos y deberes de los pacientes”] Mucho trabajo de promoción de la salud se ha enfocado en formas de educar al individuo buscando proveer información, formas de contextualizar efectivamente la información, en quién provee la información y en cómo la información puede ser presentada de tal forma que el individuo tenga acceso inmediato a los significados proveídos. Es precisamente esta la tensión que emerge en el discurso médico alópata del autocuidado y el cuidado preventivo y se ve reflejado en el surgimiento de expectativas respecto a la responsabilidad del paciente en cuidarse a sí mismo, previniendo la enfermedad y buscando por tratamiento” (Hughes, 2003)

De lo anterior podemos concluir que el paciente si bien es cierto ahora posee un mayor nivel de participación en tanto es alentado a un cuidado preventivo por un lado (antes de la enfermedad) y a la mantención del tratamiento, por el otro, en la medida que puede –en enfermedades crónicas- aplicarse a sí mismo diversos test (después de la enfermedad) todo esto está filtrado en aras de *formar* un paciente ideal pues el objetivo es educarlo a través de la información, pero esta información, como describe Kharyn Hughes, está efectivamente contextualizada, entregándole un rol preponderante a quién la provee para que el paciente *tenga acceso inmediato a los significados proveídos*. Se puede aseverar que existen claras intenciones de direccionar el comportamiento del paciente otorgándole cierta injerencia y “poder” al entrar en una institución médica, pero siempre que el paciente comprenda la información proveída –su real significado- y la aplique en base a sus “derechos y deberes” con vagas nociones de responsabilidad y participación entremedio. Además, aunque ahora el tratamiento sea observado como una posibilidad o un camino abierto entre muchos posibles en la medicina alópata, el paciente jamás

puede, como sucede en la MCA, decidir nada respecto al tratamiento pues es sobre la misma paternidad médico-paciente que se construye la nueva capacidad de acción del enfermo. Esta lógica alópata de empoderamiento del paciente queda al descubierto en el proceso descrito por Kharyn Hughes

“El proceso de cuidado de salud para el paciente a través de los centros de atención de la medicina alópata es uno en el cual la pérdida de poder a través de la falta de conocimiento profesional es re-direccionada a través de la atribución de derechos y una orientación sistemática hacia el paciente que es dirigido por valores de empoderamiento a través de la información, el apoyo y la participación...lo que significa empoderar en el discurso del Estado [remitiendo a la salud pública] como algo más allá de ser informado, con opciones de servicios (prescritos) y con el derecho de redirigir, aún no se ha revelado” (Hughes, 2003)

La relación médico-paciente

El set rol que conlleva el rol del enfermo implica un análisis de la relación médico-paciente desarrollada en la medicina alópata. Si bien es cierto anteriormente ya desarrollamos la problemática de esta relación al hablar de los cambios producidos al tratarse con MCA, es necesario enfatizar que el deterioro en la relación médico-paciente no se debe solo a problemas de consultas impersonales, al poco tiempo dedicado a la terapia y al paciente, a la asimetría respecto al conocimiento y la técnica. Que el paciente haya sido reducido –en la medicina alópata- a ser observado como el mero vehículo de la enfermedad, puede encontrar respuestas en otros factores que escapan al encuentro médico-paciente que son necesarios nombrar pues posicionan al médico, al igual que el paciente, como un sujeto –en el sentido literal de la palabra- supeditado a una institución de control superior. J. Vanderminden y S. Potter desarrollan en un artículo para la compilación “Medical Sociology” los problemas que han acaecido y que han dificultado la relación-médico paciente. Los autores aclaran que la relación que en un tiempo se basó en la intimidad y confianza se vio superada sobre todo por factores referidos a las pérdidas y ganancias económicas. Destacan que esta relación se ha deteriorado debido a la “corporatización de la salud, a la regulación de la institución médica, a los cambios tecnológicos acaecidos desde las últimas décadas del siglo XX y a la intervención publicitaria de las industrias farmacéuticas” (Vanderminden & Potter, 2010) Con corporatización los autores se refieren a la introducción del factor económico en la medicina a través de los seguros médicos, así, “bajo el cuidado médico los pacientes actúan más como consumidores que como pacientes,

observando el campo medicinal como un mercado y una transacción en la cual buscan un mejor precio o un menor tiempo de espera” (Vanderminden & Potter, 2010). Al abordar la regulación médica Vanderminden y Potter destacan la importancia que ha jugado en el deterioro de esta relación el desarrollo de subcampos, sub-disciplinas; la hiperespecialización que ha hecho que “hoy día halla especialistas para cada parte del cuerpo” (Vanderminden & Potter, 2010). Por su parte la industria farmacéutica al poder ofrecer y promover los productos (medicamentos) directamente a través de la publicidad ha contribuido, por un lado, a que los pacientes accedan al uso de medicamentos sin poseer conocimientos acabados y, por otro, “a reducir el rol del médico desde un experto y educador a un escritor de prescripciones (recetas)” (Vanderminden & Potter, 2010)

C) La Experiencia

El estudio de la experiencia por parte de la sociología es un enfoque que aún se encuentra en construcción. De manera teórica y metodológica solo ha sido trabajada y propuesta por el sociólogo francés Françoise Dubet en sus textos “Sociología de la experiencia” (1994) y “La experiencia sociológica” (2007). El autor define conceptualmente el término experiencia, el cual trabajaremos a lo largo de este apartado, asumiendo una problemática que él plantea como fundamental al enfrentarse hoy en día al estudio de la sociedad por parte de la sociología. Esta es aquella que remite al quiebre de la sociedad como un todo integrado; con esto queremos expresar el quiebre que hay entre la experiencia social y la experiencia individual (Dubet F. , 2011). Cómo hacerse una representación de la sociedad hoy en día cuando pareciese que el plano individual –personal difiere del plano colectivo, a sabiendas, como explicamos anteriormente, que el individuo es exhortado en la actualidad a convertirse en un sujeto <<empresario de sí mismo>> con capacidad de conducir su vida de acuerdo a sus elecciones personales consideradas “únicas” y “auténticas”. La descripción anterior revela de por sí el conflicto en tanto el individuo hoy en día está sujeto a una diversidad creciente de posibilidades dentro de las cuales está invitado a identificarse individualmente para buscar la ascensión y el desarrollo personal a través de la responsabilidad y la autonomía, todos valores, como podemos observar, individualistas. Frente a esta supuesta ruptura Dubet se posiciona: la experiencia es social.

Además, en sociología, el eje mismo de muchas investigaciones está puesto sobre las relaciones entre el actor y el sistema, entre agencia y estructura buscando dilucidar la influencia y preponderancia de uno por sobre otro o llegando a

conclusiones que hablan de reciprocidad entre ambas y de elementos emergentes que surgen y dinamizan las relaciones entre ellos.

Por otro lado no podemos estar ajenos a lo desarrollado a partir desde la otra vereda, es decir, desde las ciencias duras. La necesidad de estudiar la experiencia ha sido desarrollada a partir de las ciencias cognitivas, específicamente desde la Fenomenología a través de los estudios de Francisco Varela. El autor propone en su texto "De cuerpo presente" (Varela, Thompson, & Rosch, De cuerpo presente, 1997) la necesidad que tienen las ciencias de no abandonar lo que él considera la otra mitad del fenómeno científico, que es la experiencia misma del sujeto en el quehacer práctico. En este sentido el enfoque de Varela respecto al planteado por Duhem se acercan en la búsqueda de un fin común, y he aquí lo interesante, pues desde dos vertientes supuestas como "antagonistas" ha surgido la urgencia de abordar la experiencia de los individuos en tanto consideran que es allí donde reside una fuente inagotable de explicaciones y respuestas respecto a los fenómenos acaecidos en la actualidad. Ambos autores coinciden en considerar al individuo como alguien con capacidad para recapitular su experiencia, para Varela esto es posible gracias a lo que él denomina como reflexión corpórea en desmedro de la reflexión incorpórea y abstracta, a propósito el autor sentencia:

"por "corpórea" aludimos a una reflexión en donde se une el cuerpo y la mente. Esta formulación pretende aclarar que la reflexión no es *sobre* la experiencia, sino que es una forma de experiencia en sí misma" (Varela, Thompson, & Rosch, De cuerpo presente, 1997)

Lo que sí parece un hecho concreto, independiente de la corriente teórica adoptada y siguiendo la línea de lo dicho anteriormente, es que los individuos y sus relaciones hoy pueden ser consideradas en tres líneas de desarrollo: el individuo y su relación con el sistema, el individuo y su relación con otros individuos y el individuo y su relación consigo mismo. De acuerdo a esto entonces la experiencia se presentaría como algo totalmente fragmentado, más aun considerando, de acuerdo a los tres ejes nombrados; 1) la crisis de las instituciones en relación al ciudadano, 2) la adopción de valores fuertemente individualistas (Boltanski & Chiapello, 2002) 3) una constante inspección y hermenéutica del yo (Rose N. , 1999). Esta mutación de las relaciones sitúa al estudio de la experiencia en una posición clave para comprender cómo es que los sujetos, más allá de los planteamientos teóricos, actúan y se posicionan frente a determinadas situaciones o hechos, tanto de índole personal como colectiva, haciendo uso de los saberes que han ido adquiriendo a lo largo de sus vidas. Podría inferirse de acuerdo a lo dicho que el estudio de la experiencia

entonces puede abarcarse tanto de manera colectiva e individual, tarea totalmente realizable pues se puede ahondar en la experiencia individual de una persona en referencia su enseñanza escolar por ejemplo, o se puede investigar la experiencia de una generación completa respecto a la misma pero, lo que sí es cierto para nosotros, es que al abordar la experiencia optamos por lo siguiente: la experiencia como algo individual no existe.

“Aun el más somero vistazo a la experiencia nos indica que ella está en cambio constante, más aún, que siempre depende de una situación particular. Ser humano, estar vivo, es estar siempre en una situación, un contexto, un mundo. No hay en nosotros nada que sea objeto de la experiencia y permanezca constante o independiente de las situaciones” (Varela, Thompson, & Rosch, De cuerpo presente, 1997)

La experiencia social

La noción de experiencia como algo puramente individual debe ser considerada de raíz como algo imposible. La descripción de la experiencia individual siempre encuentra su lenguaje, sus símbolos y sus referencias en el paradigma cultural dominante. La experiencia es de por sí social. Los individuos, a lo largo de sus vidas, se movilizan en un sinfín de relaciones que van mermando y posibilitando su experiencia propia; sin ese sinfín de relaciones la experiencia no se concreta, es en referencia a los demás que yo puedo construir mi propia experiencia. En este sentido aseveramos que la experiencia es social y, como luego explicaremos en el desarrollo de este apartado, una experiencia individual como la suscitada en los tratamientos médicos es siempre social pues, como observamos anteriormente, la enfermedad surge y puede ser producida por/en un contexto, además desorganiza e irrumpe tanto la vida del individuo como de su círculo desestabilizando roles y pone en crisis las relaciones del individuo con el mundo social que lo rodea y en el cual se desenvuelve colocando bajo amenaza no solo su integridad física sino también su integridad social.

Ahora bien, para abordar la experiencia de los pacientes/usuarios respecto a los tratamientos médicos de su enfermedad tanto en medicina alópata como en las MCA debemos explicar que entendemos por experiencia. Para ello, en un primer corte, utilizaremos lo desarrollado por Françoise Dubet en sus libros “La experiencia sociológica” y “Sociología de la experiencia” en donde aclara la importancia de abordar la experiencia tanto del individuo y la colectividad por parte de la sociología,

tomando una postura clara al sentenciar que la experiencia es siempre social frente a la disyuntiva de la existencia de esta ruptura actual entre experiencia individual y desafíos colectivos y movimientos sociales (Dubet F. , 2011):

“Llamo experiencia social a la cristalización, más o menos estable, en los individuos y los grupos, de lógicas de acciones diferentes, a veces opuestas, que los actores deben combinar y jerarquizar a fin de construirse como sujetos... La noción de experiencia posee un significado doble. Primero se refiere a lo vivido, al flujo de emociones, sentimientos e ideas; el segundo designa técnicas de mediciones, verificación y resolución de problemas. Por mi parte lo que llamo experiencia social remite más bien al segundo significado” (Dubet F. , 2011).

De esta manera la experiencia no queda concebida sólo como una actividad que no puede ser despojada de sus relaciones y contexto social, sino que además la experiencia adquiere un rol fundamental en tanto significa conjugar los saberes aprehendidos; *combinar y jerarquizar* estos mismos a veces incluso dentro de lógicas opuestas para llegar a resultados específicos. En este primer corte, en donde definimos experiencia, entramos de lleno a lo que profundizaremos más adelante respecto al enfermo y su carrera como experiencia en el sentido que en la conjugación de lo aprendido a lo largo de la vida -en la experiencia- no importa el articular lógicas diferenciadas como el tratamiento de la enfermedad con medicinas alópatas o MCA a fin de obtener resultados beneficiosos, en este caso, para algo tan valorado como la salud. El individuo vincula y combina métodos por fuera de los márgenes de éstos mismos sin importar si son complementarios entre ellos pues si no lo son, el sujeto encuentra el punto el momento de la articulación ya que el modo de acción del individuo, en este caso, está orientado por una urgencia que es su necesidad de sanarse. En este caso el estar enfermo y buscar la sanación representa el mejor ejemplo en donde el individuo adopta la práctica, gracias a la experiencia, de *medir, verificar y solucionar* sus problemas respecto a un fin específico. Bajo el concepto de técnicas, como las define Dubet, lo que se dilucida es todo un recorrido, toda una acumulación de anécdotas, saberes y futuras razones que justificarán la manera de actuar de un individuo para dotar de sentido y significado a la propia experiencia. Así:

“Concebida de eso modo, la experiencia social no es algo <<vivido>> que corresponde a una simple descripción comprensiva, es un trabajo, una actividad cognitiva, normativa y social que debemos aprender a analizar cuando la programación de las funciones sociales y el juego de los intereses no permite dar cuenta de ello de forma cabal” (Dubet F. , 2011)

A lo que Dubet apunta al considerar a la experiencia como una actividad cognitiva es a que ésta es una manera de construir lo real; más allá de absorber los pautas culturales e internalizarlas, la experiencia social remite a construir lo real a *verificarlo* y *experimentarlo*, en síntesis, a construir el mundo. Nuestra tarea consiste entonces en esclarecer que “detrás de esas maneras de actuar, están las estrategias de acción mucho más desagarradas, arbitrajes y sistemas de justificación que el sociólogo debe poder destacar” (Dubet F. , 2011).

La experiencia en los tratamientos médicos

Comprendiendo lo que entendemos y asumimos por experiencia para los objetivos de esta investigación, pasaremos a revisar cómo es que se conjuga esta idea de experiencia social respecto a la experiencia acontecida en los tratamientos médicos. Para ello seguiremos utilizando lo propuesto por Françoise Dubet en relación a experiencia social y haremos uso de lo desarrollado por Erving Goffman y Eduardo Menéndez respecto a experiencia y tratamientos. Podría interpretarse que el concentrarse en la experiencia del tratamiento médico de una persona enferma nos llevaría a enfoques y conclusiones individualistas. Si bien es cierto que la historia de un individuo no puede escapar a su propia y particular interpretación de los hechos, no es menos cierto que en la experiencia de los tratamientos para restablecer la salud las referencias a la familia, al trabajo, a la institución médica y a los conflictos y limitantes que la enfermedad produce en el quehacer social son más reveladores, por un lado, de la capacidad que tienen los individuos para articular y hacer coincidir lógicas dispares y, por otro, para poder abarcar, aunque en primera instancia no lo parezca, la experiencia colectiva respecto a los tratamientos y las visiones posteriores que de allí surgen. Aquí tanto Dubet como Menéndez concuerdan en la importancia que debe tener el estudio del relato de la experiencia por parte de los individuos para llegar a conclusiones que apunten a las percepciones y comportamientos de la colectividad por sobre los actos individuales. En este sentido Dubet afirma que “paradójicamente, interesándose en la singularidad de los actores se hallan más posibilidades de descubrir la manera en que se articulan las <<fuerzas>> y los <<hechos sociales>>” (Dubet F. , 2011). Así planteadas las cosas debemos considerar a los individuos como los expertos de su propia experiencia capaces de resistir, como el mismo autor expresa, las interpretaciones sociológicas. Se trata, en el estudio de las experiencias respecto a los tratamientos médicos, de recoger la otra mitad del fenómeno que es el fenómeno al cual el sujeto tiene acceso y que tanto en la medicina alópata como en las MCA

queda excluido ya que “la mayoría de las formas de atención permanecen frecuentemente ignorante de una carrera del enfermo que articula diferentes modos y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas (Menéndez, 2005). Para esto se debe darle voz al paciente “e incluir no sólo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales, dado que las mismas tienden a ser excluidas” (Menéndez, 2005).

La carrera

Para poder darle voz al paciente, para poder abarcar la otra mitad del fenómeno que permanece oculta debemos tener como premisa fundamental el considerar a los sujetos capaces de recapitular sus vivencias, capaces de reflexión para construir un relato coherente referido a los tratamientos y a los procesos individuales y sociales que se ven envueltos en dicho proceso. En este sentido tanto Dubet como Varela coinciden y afirman que debemos creer en el individuo como alguien preparado para construir el relato, pues “una sociología de la experiencia invita a considerar a cada individuo como a un “intelectual”, como a un actor capaz de dominar conscientemente, al menos en cierta medida, su relación con el mundo” (Dubet F. , 2010). Así mismo Varela afirma que debemos darle la chance al sujeto de hacer una descripción de lo que se le presenta y para eso debemos “escoger sujetos que sean capaces de hacer una descripción de su propia experiencia” (Varela, La belleza de pensar, 2001).

Para poder abordar el relato de la experiencia referida a los tratamientos médicos desde un enfoque sociológico y que continúe la definición adoptada para experiencia que precisamos es que utilizaremos la teoría de Erving Goffman respecto a lo que él denomina Carrera moral del paciente. Goffman desarrolla esta idea en su libro “Internados”, en donde aborda el internamiento y los ajustes y desajustes que este produce en la organización del yo del paciente (Almarcha). Para poder observar y trabajar sobre la experiencia de los internos es que Goffman adopta el término de Carrera que refiere a “cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida” (Goffman, 2001). De lo anterior se desprende que este concepto podría ser aplicado a cualquier investigación que requiera de un recuento de una serie de hechos vividos por los sujetos a fin de obtener a partir de allí una condensación de los mismos y de cómo estos han construido y se han construido en relación a la sociedad y a la carrera en específica que se estudie. Lo anterior es cierto, pero a nuestro favor contamos con que los estudios de Goffman siempre

estuvieron referidos al ámbito de lo que él consideró como instituciones totales, en este caso, los hospitales e internados. Así comprendido a lo que el autor se refiere con el término Carrera ahora corresponde aclarar cómo es que se profundiza y aborda el mismo, Goffman sentencia

“que la perspectiva adoptada es la de la historia natural: se desatienden los resultados singulares para atenerse a los cambios básicos y comunes que se operan a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social, aunque ocurran independientemente unos de otros” (Goffman, 2001)

Comprendemos de acuerdo a lo anterior que la experiencia debe estudiarse como una serie de sucesos acaecidos en una línea temporal que avanza, dentro de la cual se van produciendo cambios *básicos y comunes* que sí o sí van determinando tanto la experiencia individual como la colectiva. En nuestro caso, al tratar un tema como la experiencia en los tratamientos médicos, podemos aseverar que esos cambios básicos que se producen en la experiencia individual al elegir un tratamiento en desmedro de otro o en la utilización de ambos métodos, van influenciando en las prácticas colectivas respecto al cuidado de la salud. El individuo experimenta, e independientemente de si esa experiencia es positiva o negativa, el individuo comenta, comparte, promociona o deslegitima. De esta forma, en referencia a la utilización de ciertos métodos medicinales en el cuidado de la salud, y como hemos tratado en la problematización de la investigación, se operan cambios en la mayoría de los miembros *aunque ocurran independientemente unos de otros*. Por otra parte Goffman aclara que

“Una de las ventajas del concepto Carrera consiste en su ambivalencia: por un lado se relaciona con asuntos subjetivos tan íntimos y preciosos como la imagen del Yo, el sentimiento de identidad; por el otro se refiere a una posición formal, a relaciones jurídicas y a un estilo de vida, y forma parte de un complejo institucional accesible al público. Gracias al concepto de Carrera podemos oscilar a voluntad entre lo personal y lo público, entre el yo y su sociedad significativa” (Goffman, 2001)

De la misma manera que Dubet define experiencia social, recordemos, por un lado como un flujo de emociones, sentimientos e ideas, y por otro, como técnicas de medición, verificación y resolución de problemas, Goffman asume a través del término Carrera la misma dualidad presente al momento de abordar la experiencia del enfermo, por un lado la imagen del yo y el sentimiento de identidad congruente con el flujo de emociones, sentimientos e ideas de Dubet y, por el otro, la congruencia en lo social entre lo que Goffman define como posición formal, relaciones jurídicas y un estilo de vida con lo que Dubet define como técnicas de

medición, verificación y resolución de problemas. En ambas conceptualizaciones podemos observar esta dualidad de la experiencia y la carrera que oscila entre lo personal y lo público, entre lo individual y lo colectivo, entre la esfera de lo íntimo y las prácticas sociales.

La Carrera del Enfermo

Debemos aclarar que el termino Carrera del enfermo lo hemos tomado prestado de la antropología. Los estudios antropológicos respecto a la salud y a los tratamientos médicos abordados desde los pacientes adoptaron el concepto de Carrera moral del paciente de Erving Goffman para poder abordar las vivencias de las personas en torno a la sucesión de hechos relacionados con la terapia para encarar la enfermedad (Barragán, 2005). Es dentro de esta línea investigativa que nosotros inscribimos nuestro estudio intentando abordar la experiencia en términos de carrera, más específicamente, en términos de carrera del enfermo pues es allí en donde se concentra nuestra investigación, a saber, en las experiencias de los pacientes/enfermos en el tratamiento de su enfermedad con ambos métodos terapéuticos; la medicina alópata y las medicina complementarias alternativas.

Con Carrera del enfermo queremos expresar la concatenación de los conceptos desarrollados hasta aquí. Es decir, la noción de experiencia social desarrollada por Dubet en donde se asume que el actuar de los sujetos hoy en día conlleva combinar y utilizar lógicas de acción diferentes incluso opuestas, en plena congruencia con lo propuesto por Erving Goffman a través del concepto de Carrera que expresa, al igual que Dubet, la dualidad no excluyente de la experiencia entre el yo y el grupo en el contexto médico, además de tener en cuenta lo desarrollado anteriormente referido al concepto de Autoatención (Menéndez, 2005) como el primer paso en el cual el individuo comienza a construir su carrera del enfermo y en donde articula, a partir de su experiencia, lógicas de tratamiento diversas para curar la o controlar la enfermedad. Como Menéndez expresa

“La decisión de consultar curadores profesionales se hace desde determinados saberes y experiencias, que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador/paciente. El sujeto y su grupo pueden consultar uno o más curadores y servicios. De ahí que la autoatención no debe ser considerada un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, sino un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes. Más aun serán el sujeto y su grupo los que a través de la carrera del enfermo articulen, a partir de las características de cada grupo y cada padecer, las

diferentes formas de atención, pero en función de esta experiencia.” (Menéndez, 2005)

D) El factor económico y los tratamientos

Para abordar la influencia del factor económico en cualquier investigación, se debe partir asumiendo que nos encontramos frente a un proceso complejo en tanto son muchos los elementos que hoy en día componen lo que se conoce como Estratificación Social. Además se debe tener en cuenta que la Estratificación Social es sólo una de entre varias formas que existen para abordar la diferenciación social (Bernard, 1957). Para el cumplimiento de nuestra investigación nos concentraremos en intentar dilucidar si el factor económico, de acuerdo a los criterios que desarrollaremos luego, incide o no en el acceso al tratamiento con Medicinas Complementarias Alternativas en el contexto de la V Región de Valparaíso. Aun a pesar de que la investigación “Informe Final: estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas” (2012) arroja como resultado que tanto los quintiles más altos como el IV y el V y los más bajos como II y el III han utilizado las MCA en el contexto nacional, con un 62% y 51% respectivamente, hecho que podría llevarnos a concluir que el uso de las MCA por parte de la población chilena es independiente del nivel socioeconómico, preferimos re abordar el asunto ya que en nuestra investigación nos concentramos en un centro de salud de MCA establecido, en contraste con la investigación nombrada en donde se le consultó a las personas por el hecho de la utilización de las terapias pertenecientes a las MCA independiente de si la forma de la utilización fue en un contexto de tratamiento de enfermedad o en una feria alternativa por curiosidad, en donde el precio podría haber sido menor. Además acceder a una terapia de MCA solo una vez en un contexto cualquiera no revela los gastos económicos verdaderos en la utilización de ésta para curar enfermedades, en este sentido, ponemos énfasis en que trabajamos con tratamientos y no espontaneidades.

El concepto de Estratificación social es fundamental en la sociología, generalmente éste se enfoca en las diferencias que surgen entre las personas de acuerdo a su posición jerárquica en la estructura social de la sociedad. En este sentido el análisis sociológico que aborde la salud, la enfermedad o la muerte estará si o si ligado al concepto desarrollado de estratificación social. Aun así es necesario aclarar que en

“la sociología médica y en la investigación de la salud ha llegado a ser una convención llamar a los varios dominios de las estratificación social – tales como educación, ocupación e ingreso- posición socioeconómica... las convenciones actuales se resumen aquí: la posición socioeconómica es usada para denotar posiciones en la estratificación social y “las desigualdades en salud” para denotar las disparidades de la salud entre las posiciones socioeconómicas” (Lahelma, 2010)

En nuestro caso abarcamos lo que Lahelma identifica como posición socioeconómica para tratar la problemática respecto al factor económico y el acceso a ambas terapias. No trabajaremos con un enfoque dedicado a las desigualdades en la salud pues nuestro eje no es observar a qué tipo de terapia se accede de acuerdo a la posición socioeconómica que un individuo posee, ni si accede a una mejor o peor salud por ésta misma ya que “la evidencia acumulada confirma que la posición de las personas a través de la estructura socioeconómica jerárquica de la sociedad determina fuerte y persistentemente su salud” (Lahelma, 2010), es más, la mayoría de las investigaciones sociológicas que abordan problemáticas similares respecto a la salud deben asumir que la salud, la enfermedad y la muerte están profundamente determinadas por las desigualdades económicas en que las personas viven.

Como mencionamos anteriormente hay muchos factores que inciden al momento de abordar el acceso a la salud. Aunque podemos distinguir varios entre ellos, utilizaremos los que consideramos principales dentro de la estratificación económica y abandonaremos aquellos que consideramos no tienen una incidencia directa respecto a nuestro contexto nacional y regional. Así las variables como la etnicidad, la raza, la edad o el género aunque están siempre presentes en los análisis correspondientes creemos que en nuestro caso no serían una fuente de información relevante para tratar la incidencia del factor económico en la utilización de ambos métodos terapéuticos. Tampoco utilizaremos otras formas de diferenciación social aunque sepamos que el sistema de estratificación social es influenciado por las diferenciaciones económicas, diferenciaciones legales, diferenciaciones raciales y etno-religiosas y las diferenciaciones de rango interno de los subgrupos en cualquier sociedad (Bernard, 1957).

Para abordar el acceso a las terapias nombradas a través de lo económico, abordamos la relación entre estructura social y salud a través de la posición socioeconómica del individuo. Reiteramos que son los factores de la estratificación social los que determinan en gran medida la salud, como expresa Lahelma

“como un constructo sociológico básico, la estratificación social es acerca de la estructura social de la sociedad y en cómo las personas son adjuntas a esa estructura; esto es, cuál es su posición socioeconómica. Y la posición socioeconómica difiere en cada uno sobre la base de acceso a poder, prestigio y status así como a la riqueza y otros recursos. La posición socioeconómica de una persona es la fuente clave de desigualdad, incluida la salud, en sociedades contemporáneas” (Lahelma, 2010)

Es en esta línea que se inscribe nuestra investigación en tanto nos enfocaremos en tres elementos claves del dominio estructural de la estratificación social, a saber, ocupación, educación e ingreso. Como hemos aseverado a lo largo de este apartado son muchos los factores que influyen el acceso a los tratamientos más aun en nuestra sociedad en donde conceptos teóricos y metodológicos típicos de la sociología como la clase social se encuentran en constante cambio, pero consideramos los tres nombrados como elementos principales a la hora de la relación entre el factor económico y el acceso a las terapias.

En este sentido entenderemos por Ocupación a lo que se dedica la persona, es decir, la actividad que realiza en su quehacer diario independiente de si esta le genera o no ingresos. La división de las clases sociales a través de la ocupación es una unidad de medida básica de la estratificación social pues ella adjunta a las personas por medio de su ocupación actual a la estructura social. Asimismo “el estado de empleo está estrechamente relacionado a la estratificación social por medio de la ocupación, y divide a las personas entre aquellos empleados remunerados y aquellos que no” (Lahelma, 2010). En nuestro caso nos referiremos a la ocupación del paciente entrevistado –enfoque individualista- así al momento de surgir problemas si no se encontrase con una ocupación actual definida lo trataremos de la siguiente manera propuesta por el autor:

“El enfoque individual usa la propia ocupación de una persona. Para los no empleados, puede ser usada su última ocupación. Sin embargo hay personas que tal vez nunca hayan sido empleados y que no hayan tenido ocupación. En tales casos el enfoque convencional puede ser usado, y la falta de posición ocupacional de la persona puede ser reemplazada por la ocupación de su pareja... los beneficios de la clasificación a través de la ocupación incluye enlaces a la tradicional división de clases macro-sociológica como ha sido presentada por los sociólogos clásicos” (Lahelma, 2010)

Por otro lado, a través de la Educación trataremos de observar la relación que se genera respecto a ésta y al conocimiento de los tratamientos médicos. Creemos que la educación genera el desarrollo de un mayor capital cultural en el individuo, y

puede ser que a través de esa educación y de ese capital cultural generado el individuo posea conocimientos o acceda a información respecto a las medicinas de manera más fácil. En este sentido

“La educación como un dominio de la estratificación social refleja la posición socioeconómica de las personas de manera amplia y está relacionada a sus fuentes tanto materiales como no materiales... las clasificaciones son muchas, pero a menudo se distinguen entre educación básica, secundaria y/o educación vocacional, y educación superior. La cantidad de educación completa forma una escala ordinal ... [por otro lado] la educación forma la conciencia de las personas respecto a la salud y a los comportamientos saludables, y a través de esto afecta su salud y enfermedad” (Lahelma, 2010)

Además trataremos la medida del Ingreso, el cual generalmente indica los recursos materiales y la disponibilidad de dinero con la que cuenta un individuo. Un mayor ingreso sabemos que permite una mayor capacidad para acceder a diversos servicios ofrecidos. En lo que respecta a los tratamientos médicos, el ingreso en el contexto nacional juega un rol fundamental a la hora de poder tratarse pues es la imposición mensual, de acuerdo a la cantidad de ingresos que un individuo genere, la que permite afiliarse a ciertas instituciones que cubren tratamientos como los tratados en la investigación presente. La cantidad de ingresos generados “localiza a las personas a través de toda la escala social” (Lahelma, 2010) y de acuerdo a esa localización convienen las afiliaciones a las instituciones que se corresponden con el ingreso, en esta línea “la principal ventaja de la medida de ingreso es que en principio ellas siguen una medición precisa a través de una escala ordinal” (Lahelma, 2010)

Para finalizar, queremos expresar la relación que surge entre las tres medidas mencionadas y que se ajusta muy bien a la realidad nacional en tanto entre éstas tres existe una cadena en forma de sucesión de hechos, más aun en Chile en donde se apela, para poder movilizarse socialmente, a la educación y sobre todo los estudios universitarios como herramienta:

“Un orden temporal entre las medidas claves puede ser asumido. La educación es típicamente adquirida primero sobre el curso de la vida, esto es, en la temprana adultez. Luego, la educación contribuye a las cualificaciones necesarias en el mercado de trabajo y dirige a las personas a ocupaciones que pueden ser jerárquicamente dispuestas en la clase ocupacional. Finalmente, la mayoría de los ingresos de las personas derivan principalmente de trabajos pagados hechos fuera de la casa; así, la posición de la clase ocupacional contribuye fuertemente a incrementar el ingreso” (Lahelma, 2010)

6-Marco Metodológico

Tipo de estudio

Considerando que los dos estudios referentes al uso de las MCA en Chile han sido abordados desde la cuantificación; al referirse a la cantidad de terapeutas existentes en el país y a la terapia que practican y, el segundo, al abarcar estadísticamente las opiniones de la población respecto de éstas, la frecuencia de uso y su conocimiento, es que esta investigación es de carácter exploratorio, pues se encamina a un terreno poco investigado en tanto intenta caracterizar, a partir de lo relatado en la entrevista, la experiencia articulada por los usuarios/pacientes respecto al tratamiento de sus enfermedades y el discurso que de allí surge. Este tipo de estudio se utiliza cuando se pretende una aproximación a un fenómeno poco estudiado –emergente-, con el objeto de aumentar el grado de familiaridad con el tema. Sirviendo como antecedente para investigaciones futuras que “por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el tono de investigaciones posteriores más rigurosas” (Valles, 2003). Es pertinente aclarar que al ser exploratorio los alcances del estudio serán limitados, en tanto se trata de la emergencia de un fenómeno.

Tipo de diseño

El estudio se enmarca dentro de la tradición de técnicas cualitativas, entendidas éstas en el sentido de que “lo cualitativo parte del supuesto de que ciertas experiencias humanas representan cualidades básicas, cuyo contenido no puede ser medido, cuantificado” (Mella, 1995, p.25), así mismo bajo esta técnica “no se efectúa una medición numérica, por lo cual análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos)” (Hernández, Fernández, & Baptista, pág. 8).

Es así como un estudio de este tipo, nos permitirá tratar el tema desde una perspectiva holística y comprensiva basada en la experiencia misma de los participantes, permitiendo interpretaciones sobre sus vivencias y concepciones respecto al uso de ambos métodos terapéuticos.

Así mismo se trata de un diseño no experimental pues no hay contrastación ni tampoco la existencia de un grupo de control en el desarrollo de la investigación. En

este sentido el estudio pretende ser de tipo transversal ya que se espera aplicar el instrumento en un momento único.

Por otra parte, la investigación cualitativa permite cierta flexibilidad en su diseño (Valles, 2003), lo cual posibilita la modificación de algunas partes del diseño que había sido proyectado en primera instancia al enfrentarse luego con el trabajo de campo, es lo que se denomina un estudio o diseño de tipo emergente.

Universo y Muestra

Para los fines de esta investigación se utilizará un muestreo no probabilístico, esto quiere decir que la muestra utilizada responde a una elección derivada de la intención particular del estudio.

Para el objetivo de esta investigación se utilizará la muestra de casos-tipo donde “el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (Hernández, Fernández, & Baptista, pág. 566) considerando la perspectiva fenomenológica del estudio “donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

El universo teórico de la investigación estará compuesto por la Región de Valparaíso, que es la tercera ciudad más poblada de Chile (Instituto Nacional de Estadísticas) y la tercera que cuenta con más ofertas de servicios referentes a las MCA (Talca, 2010). La muestra de la investigación estará compuesta por usuarios pertenecientes al Centro Médico Hipnosis Clínico ubicado en Villa Alemana y Viña del mar, región de Valparaíso

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA	
GENERALES	<ul style="list-style-type: none">- Ser mayor de edad- Vivir en la región de Valparaíso.- Ser usuario del Centro Médico Clínico de Villa Alemana o Viña del Mar.- Haber tratado 1 enfermedad de larga duración (aguda o crónica) con ambos métodos medicinales.- Que el tratamiento con MCA se encuentra ya iniciado.

Técnicas de producción de datos

La técnica que se pretende utilizar en el marco de la investigación presente corresponde a la entrevista en profundidad (Valles, 2003) y específicamente de tipo semi-estructurada, en donde existe un esqueleto que permite guiar la conversación mas no limitarla.

En cuanto a las características de la técnica en sí, la entrevista es una situación construida en función de que una persona pueda expresar a través de una conversación sus experiencias, tanto pasadas, como vivencias presentes o anticipaciones futuras, de acuerdo con Khan y Cannell:

(...) La entrevista proporciona una lectura de lo social a través de la reconstrucción de un lenguaje, en el cual los entrevistados expresan los pensamientos, los deseos y al mismo tiempo el inconsciente; es, por tanto, una técnica invaluable para el conocimiento de los hechos sociales, para el análisis de los procesos de integración cultural y para el estudio de los sucesos presentes en la formación de identidades. (Tarrés, 2001)

Técnica de análisis de datos

En cuanto al análisis de los datos, la técnica utilizada corresponde al análisis de contenido (AC). Como primera aproximación, el AC utiliza la lectura como herramienta de recogida de información, la lectura para este efecto debe realizarse siguiendo el método científico, “es decir, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y valida” (Andréu, 1998, p.2).

Una característica fundamental de la técnica, es que ajusta intrínsecamente, (...) “la observación y producción de los datos, y la interpretación o análisis de los datos” (Andreu, 1998, p.2). En este sentido, es de suma importancia puesto que el análisis de los datos producidos no sólo se queda en la observación o descripción del documento, sino que, considerando las distintas referencias en que se producen los contenidos, la interpretación adquiere un rol preponderante en tanto se revelan nuevos aspectos de la vida social.

Ahora bien, luego de la primera aproximación, la definición clásica del AC, siguiendo a Krippendorff (1990), corresponde a un (...)“conjunto de métodos y técnicas de investigación destinados a facilitar la descripción e interpretación sistemática de los componentes semánticos y formales de todo tipo de mensaje y la formulación de inferencias válidas acerca de los datos reunidos” (Krippendorff, 1990, p.11).

Cabe señalar que existen muchos tipos de Análisis de Contenido, siendo utilizado en este estudio el Análisis de Contenido Categorical Temático (Vázquez, 1994), el funcionamiento de un análisis de éste tipo se basa en la descomposición del texto en unidades, para luego unirlos en categorías, siguiendo el criterio de una analogía, es decir, considerando sus similitudes entre ellas, de acuerdo a los objetivos de la investigación (Vázquez, 1994). Si bien el análisis temático, se enfoca principalmente en las declaraciones manifiestas, también considera la realización de inferencias, es decir la interpretación de los datos con vistas a obtener un significado que los sobrepase, entregando información sobre su contexto de producción (Vázquez, 1994).

Calidad del diseño

La calidad del diseño, pretende resguardarse en los criterios establecidos por Valles (Valles, 2003) los cuales giran en torno a la credibilidad, transferibilidad y dependibilidad.

Con el fin de resguardar la veracidad de la investigación, la credibilidad se basará en una correcta gestión y posterior utilización del material generado a partir de la entrevista. En este sentido las personas pertenecientes a los grupos de la muestra serán elegidas al azar. En el caso de la transferibilidad, este está basado en la correcta elección del muestreo, resguardándose en que los criterios señalados corresponden a dar un correcto panorama del fenómeno estudiado. Para el criterio de dependibilidad, se transparentará todo el trabajo realizado en terreno. De este modo, estará como anexo todo el material obtenido como fruto de las entrevistas.

Condiciones éticas

En cuanto a los resguardos éticos e implicancias, se velará durante todo el transcurso de la investigación por el resguardo y seriedad con que se convocará a los investigados, así como se les pondrá en antecedente que toda la información producida será confidencial, a la vez que se mantendrá el anonimato de sus identidades. También se informará que es una investigación sin fines de lucro, por lo que la participación será voluntaria y sin remuneración.

Como eje fundamental se procurará cumplir con el concepto de consentimiento informado, para lo cual los participantes fueron informados sobre los objetivos de la investigación, señalándose también el uso que iba a ser dado a la información

entregada por ellos, destacando en todo momento que la finalidad del estudio es netamente académica.

7-Plan de Trabajo

Actividades	Agosto (2015)				Septiembre- Octubre (2015)				Noviembre- (2015)				Marzo- Agosto (2016)				Octubre- Diciembre (2016)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrega de proyecto de investigación		x																		
Correcciones e incorporaciones al proyecto: Marco Teórico					x	X	x	x												
Correcciones e incorporaciones al proyecto: Marco metodológico					x	X	x	x												
Preparación de trabajo: formalización de la muestra									x	x	x	x								
Trabajo de campo: entrevistas y transcripciones													x	x	x	x				
Análisis de los resultados																	x	x	x	x
Incorporación de resultados																	x	x	x	x
Finalización del proyecto																	x	x	x	x

8-Análisis

Conciérne, al análisis de los datos producidos, la tarea de construir el conocimiento en relación al problema puesto en cuestión en la investigación presente. En este sentido, para responder la pregunta investigativa ¿cuáles son las experiencias en el tratamiento de sus enfermedades, en los usuarios del Centro Médico Hipnosis Clínico (Villa Alemana, región de Valparaíso)? Lo primero que haremos es contextualizar el Centro Médico al cual pertenecen los entrevistados. Luego abordaremos el análisis a partir de tres grandes apartados. En primera instancia

intentaremos caracterizar, a partir de los dos objetivos primeros de la investigación, las experiencias referidas a los tratamientos tanto con MA como con MCA. Una segunda dimensión abordará las problemáticas suscitadas respecto al Rol del Enfermo en el tratamiento de su enfermedad con MA y MCA. Finalmente se tratará la incidencia del factor económico en el acceso a las terapias de la MCA.

Ahora bien, el análisis está basado en la transcripción textual de las entrevistas sin omitir los modos coloquiales de expresión de las personas entrevistadas, para así no alterar la significación de su discurso y experiencia para con esto acercarse más estrechamente a su mirada particular sobre sus vivencias, sin perder el enfoque de lo entendido como Carrera y Experiencia Social. Así, es necesario precisar que el análisis no será en primer término crítico, puesto que la intención primera es lograr una caracterización, entiendo con esto la recopilación de lo que dicen las personas respecto a sus experiencias tratando la enfermedad.

Contexto del Centro de Salud al cual pertenecen los pacientes

El “Centro Clínico”, está ubicado en la región de Valparaíso, específicamente en la comuna de Villa Alemana y Viña del Mar. Opera legalmente como consulta privada desde el año 2012 (Villa Alemana) atendiendo enfermedades de carácter emocional/psicológicas como por ejemplo depresiones o adicciones, o enfermedades físicas ya sean cánceres, malestares musculares o dolencias varias. Para el tratamiento se utilizan principalmente 6 métodos terapéuticos: Hipnosis, Desintoxicación iónica, Acupuntura laser, Terapia Doctora Clark, Biomagnetismo y terapias psicológicas. Éstos son impartidos por M. Seguel, Psicóloga e Hipnóloga Clínica, quien estudió en Chile en el Instituto Internacional Circulo Aleph y en Quito, Ecuador, en la Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Científica, entre otros.

Además, se debe mencionar, que este centro clínico funciona en red con la consulta privada de la Doctora e Irióloga M. Obando, teniendo como consecuencia la derivación de pacientes entre consultas abriendo aún más el abanico de terapias complementarias alternativas utilizadas por nuestros pacientes entrevistados, ya que la terapeuta utiliza el método alópata y la iriología que está directamente relacionada a la homeopatía.

Tratando la Enfermedad

1-Experiencia en el tratamiento de la enfermedad con MA

Entendiendo que nuestro objetivo es caracterizar la experiencia del tratamiento de la enfermedad, es que nuestra búsqueda se centrará en determinar las cualidades o rasgos característicos que denotan los entrevistados al referirse a su experiencia en dicho tratamiento con Medicina Alópata. Como parte de los requisitos de la muestra, es necesario que los entrevistados se hubiesen tratado la misma enfermedad con ambos métodos (MA / MCA) sin importar el orden. En referencia a lo anterior debemos precisar que para la investigación presente, el tratamiento con MA siempre fue previo a la experiencia con Medicinas Complementarias Alternativas. Aquel detalle no es menor, pues generalmente se pasa de un método terapéutico a otro en busca de mejores resultados o como tratamiento de complementariedad para restar efectos adversos.

En el análisis presente de las 10 entrevistas realizadas, nos encontramos con pacientes que presentan enfermedades del tipo agudas (8) y crónicas (2). La conceptualización y clasificación de las enfermedades en el sentido común/aguda/crónica no están cerradas a una única definición teórica médica. Así la OMS por ejemplo ofrece una definición particular de enfermedad crónica pero no define lo que es una enfermedad aguda. Para este acometido nos valemos de lo desarrollado por Fernando Lolas Stepke, médico psiquiatra y especialista en Medicina Psicosomática, quien ha investigado los temas referentes a salud y enfermedad con un enfoque Bioético. Para él la enfermedad aguda se caracteriza por “lo inesperado de su aparición, que irrumpe la vida y amenaza la capacidad para desempeñar tareas habituales” (Lolas, 1997). Por otro lado, este tipo de enfermedad se caracteriza por tener un inicio y un fin claramente definidos, además de no definir el tipo de gravedad de la enfermedad, pudiendo ser una enfermedad aguda una bronquitis obstructiva o un infarto. Por otro lado, la enfermedad crónica es aquella de larga duración y progresión generalmente lenta (OMS) teniendo como característica principal el que son incurables e irreversibles.

En lo referente al tratamiento de la enfermedad con MA por parte de los entrevistados, no diferenciaremos el análisis de acuerdo al diagnóstico de cada enfermedad, pues observamos que la experiencia allí acontecida –en el sistema

médico- es supeditada a lógicas que tienen que ver con los protocolos y los métodos en que la Medicina Alópata aborda y trata a un paciente independiente de su enfermedad. Una de ellas, por ejemplo, es la manera pre-establecida de actuar de los médicos sugerida en las recomendaciones del libro/manual “Guía de la Buena Prescripción”, lanzado en 1998 por la Organización Mundial de la Salud en conjunto con universidades de los países bajos, a raíz de una problemática fundamental en donde reconocen que

“en un estudio se comprobó que los médicos recién licenciados elegían un medicamento inadecuado o dudoso aproximadamente en la mitad de los casos, escribían un tercio de las prescripciones de manera incorrecta y no daban información importante al paciente en dos terceras partes de los encuentros... los malos hábitos de prescripción son el origen de tratamientos inefectivos e inseguros, de exacerbación o alargamiento de la enfermedad, de tensión y daño al paciente y de costes más altos” (OMS, Guía de la Buena Prescripción, 1998).

Ahora bien, debemos precisar que los tratamientos son *la* herramienta para restablecer la salud, tanto en la Medicina Alópata como en las Medicinas Complementarias Alternativas. El tratamiento, que es la intervención del médico en el proceso de la enfermedad, no está del todo claro en su definición conceptual en el quehacer científico. Es como si todos, médicos y pacientes, tuviéramos inherentemente la noción del significado de tratamiento. Si el tratamiento es *la* herramienta ¿qué es un tratamiento? Aquí asumimos un hecho confuso, ya que al revisar los textos médicos nos encontramos con que todos utilizan la palabra pero nadie la define de manera concreta. Es así como la Organización Mundial de la Salud habla de Actividad Terapéutica, con lo que “se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorios de enfermedades físicas y mentales, el alivio de los síntomas de las enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo” (OMS, Guía de la Buena Prescripción, 1998). Otros textos, de investigaciones médico científicas encontradas, por ejemplo, en la página Scientific Electronic Library Online (<http://scielo.sld.cu/scielo.php?lng=es>), o en el Ministerio de Salud (www.minsal.cl) utilizan tanto la palabra tratamiento, terapia o terapéutica sin expresar nunca el porqué de la elección ni mucho menos la definición del concepto. No profundizaremos en este apartado por no ser de mucha significancia en el análisis, sin embargo, creemos pertinente abordar la aclaración que hace La Red INFOMED (<http://www.sld.cu>), red de Salud de Cuba, quien en su sitio web Traducción y Terminologías Médicas precisa que “se aprecia que los términos terapia y

terapéutica se usan indistintamente como sinónimos del término tratamiento, cuando no lo son de manera absoluta” (Pereira). Afirman que

“terapéutica apunta más al estudio, a la parte teórica del tratamiento; de ahí que terapéutica se defina, en primer lugar, como parte de la medicina que tiene por objeto el tratamiento de las enfermedades. Terapia, por su parte, se define como «tratamiento de las enfermedades, principalmente por medios físicos»; se refiere más a la acción, a los procedimientos, al hecho práctico del tratamiento”. (Pereira)

A pesar de la aclaración anterior, necesaria para los fines de una investigación, reconocemos que los pacientes utilizan los términos *tratamiento* y *terapia* al reseñar su experiencia.

1.1 La enfermedad como objeto de estudio científico

En las sociedades occidentales la enfermedad y la dolencia –el padecer- “se consideran como un fenómeno natural, y por tanto sujeto a investigación y estudios medidos por métodos científicos. Las causas de las mismas, como las posibles curas para distintas enfermedades pasan por un proceso de comprobación científica” (Coe, 1973). Es necesario comprender lo anterior en tanto el método científico, luego de experimentar y comprobar, y de generar un consenso en la comunidad científica de que ese es *el método* para tratar una enfermedad, crea un esquema y protocolo; una directriz clara respecto al tratamiento. Así el sistema médico cuenta con una estructura mínima que incluye tres sub-sistemas: el del diagnóstico, el de la etiología y el de la terapéutica (Lolas, 1997), en este sentido

“La biomedicina contemporánea, por su énfasis en la explicación etiológica de las enfermedades, corresponde a un sistema de coherencia cerrada, que privilegia la lógica de las conexiones entre etiología, diagnóstico y terapéutica” (Lolas, 1997)

1.1.1 Etiología y Diagnóstico médico

Las causas de la enfermedad pueden encontrarse en el discurso del médico o en las palabras del paciente. Las personas pueden tener sus propias ideas respecto a qué les provocó la enfermedad, y esto muy bien puede coincidir o no con lo dicho por los especialistas. Este hecho es de suma importancia pues como tratamos en el Marco Teórico, la actividad de la Autoatención define a qué tipo de curadores o profesionales se acudiría, es decir que las primeras causas o sospechas provienen de lo que el mismo paciente o su microgrupo consideran posible. Aun así, en el caso alópata, cuando el médico enuncia su etiología, podemos observar cómo el paciente,

estando en concordancia o no con él, asume y sigue las indicaciones del médico de acuerdo al tratamiento en cuestión. En el caso de nuestros entrevistados observamos lo siguiente:

¿Qué cree usted que le provocó la enfermedad?	
<p>Megan:</p> <p><i>(Eehh)... yo creo que el abuso sexual, el bullying, los problemas familiares y la muerte de mi papá, todo eso yo creo que se juntó mucho ya que me lo guardé años.</i></p>	<p>Silvana:</p> <p><i>Yo creo que las enfermedades del alma, cuando uno está con mucha pena con mucha angustia tus defensas bajan, todos tenemos células cancerosas pero te pilla volando bajo tu flaqueas y tu salud se resiente y se agarra. Esto en el fondo es acumulativa entonces si tú pasaste un episodio y después pasan años y tu vida es plana con ir y venir pero mejor, y de repente esto te golpea y es otra cosa todo.</i></p>
Etiología según el médico	
<p><i>Bueno, cuando fuimos al psicólogo nos ponemos a hablar de todo. Y dice "sabe que su hija padece de depresión, y de partida es hereditaria por los antecedentes familiares y segundo por lo traumas infantiles o cosas que le han pasado en el transcurso de su vida</i></p>	<p>No hay respuesta puesto que la paciente, luego de fuertes dolores asiste al médico y le dicen que lleva tres años con el tumor canceroso sin poder revelarme el origen o las causas del mismo.</p>

En el caso de Megan, podemos aseverar que las causas que ella considera que le provocaron la enfermedad, coinciden con lo descrito por el psicólogo. Aun así, se entrevistó cierto *reduccionismo* como estrategia explicativa. La ecuación del médico sería la siguiente:

Abuso sexual + bullying + problemas familiares + muerte de padre = depresión hereditaria y traumas infantiles.

Este reduccionismo conlleva a no abordar todos los elementos que el paciente considera que son causas de su enfermedad. En este sentido, el carácter nosológico de la medicina alópata logra su acometido que responde, justamente, a delimitar y reducir. Al pronunciar que su enfermedad –“*de partida*”- es hereditaria, hay muchas causas posibles que quedan fuera impidiendo una construcción en tiempo presente de la enfermedad pues ésta se encuentra ya determinada por la herencia. Pero, por sobre todo, se pasa a considerar que el factor principal de la enfermedad es el biológico; las enfermedades hereditarias son posibles en base a la teoría del gen y el ADN, así, se vuelve a caer en la vieja trampa alópata de tratar los síntomas de la enfermedad y no sus causas. Factores que se refieren tanto a la esfera personal e íntima; un abuso sexual y la muerte de un ser querido, como a la esfera social; bullying y problemas familiares, no reciben la atención necesaria ni alcanzan para entrar en la actividad terapéutica alópata, influyendo esto de sobremanera en la enunciación del diagnóstico. En este punto no se debe olvidar que el médico no tiene formación profesional sobre los ejes y procesos culturales, políticos, psicológicos y económicos que inciden en los padecimientos, lo que no les permite abarcar el fenómeno de la enfermedad en su totalidad.

En el caso de Silvana, la paciente encuentra las causas del tumor canceroso en las experiencias negativas de su vida y las define como “Enfermedades del Alma”. Afirma que la acumulación de tristeza y angustia traen consecuencias para la salud si no se las enfrenta a tiempo. Además, sus palabras expresan que aquellos estados emocionales intervienen e influyen en el estado biológico; lo vulneran y debilitan. Idea contraria a lo planteado por la medicina alópata en sus fundamentos biologicistas para llevar a cabo cualquier actividad terapéutica. Aunque a Sandra no le dieron una etiología exacta de su enfermedad, la OMS, en su definición de las causas que pueden producir cáncer nunca refiere algo que este en relación con lo que plantea la paciente, para la Organización Mundial de la Salud, el cáncer puede producirse por factores de riesgo conductuales y dietéticos (índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol) y por infecciones oncogénicas. Las posibles causas definidas por Sandra, al no ser de carácter biológicas sino sociales, pertenecen a un orden magno que no puede encontrar sus referencias sino en la biografía misma del paciente, hecho que el método científico desestima. Es cuando se descubre el tumor canceroso, en la realización de un scanner, que el médico soslaya las causas, pues ya están definidas, y se dirige a contrarrestar directamente el síntoma. Sabemos, por

palabras de nuestras entrevistadas que las enfermedades nunca responderán a causas meramente biológicas o físicas. Aun así, para ambos casos, aplica lo que Von Weizsäcker, citado por Lolos, llamaba el principio de la puerta giratoria:

“quien pregunta fisiológicamente, recibe respuestas fisiológicas; quien lo hace psicológicamente, respuestas psicológicas y así en una infinita adición de puntos que no agotan aunque sí acotan el campo de la experiencia” (Lolos, 1997)

Luego de definir las causas de la enfermedad –*la etiología*– el médico realiza el diagnóstico respecto a su paciente. Este hecho es clave y fundamental al abordar una enfermedad con medicina alópata. El diagnóstico es la definición del problema que tiene el paciente, pero, por sobre todo, es la interpretación del médico, amparado en el método, de la enfermedad. El paciente cuando declara “me siento así y/o me duele acá” abre el campo de pistas en el cuerpo a través del cual el médico caminará para llegar a una conclusión concreta. Es irónico observar que la narrativa del paciente es sustancial para el tratamiento en un comienzo, es decir, sin ella el médico está incapacitado, no puede comenzar, pero, aun así, la voz del paciente no tiene fuerza en una consulta alópata.

Ahora bien, ¿entiende el o la paciente a que se refiere su diagnóstico? Sabiendo que la enfermedad no es personalizada ni particular, siendo el diagnóstico una clasificación y rotulación en un cuadro mayor que describe la enfermedad y que la diferencia de otras categorías para otras enfermedades ¿es capaz el paciente de traducir el lenguaje y de asumir o reconocerse en la enfermedad que el médico le describe? No se debe olvidar que el médico, como afirma Lolos Stpeke, dispone de un catálogo de enfermedades reconocidas por la ciencia oficial.

De acuerdo a nuestros dos entrevistados, nos encontramos con lo siguiente:

Paciente Megan

Paciente Atilio

Diagnóstico: Depresión endógena y **Diagnóstico:** Alcoholismo
Trastorno alimenticio.

*“Al principio cuando me diagnosticaron depresión no le tomé el peso, era como ¡wow! tengo depresión, era como algo nuevo para mí, y no sé porque pero hace años que lo sufría”
raramente me sentí emocionada. Y así a lo largo que pasaba el tiempo y la*

enfermedad seguía avanzando le podía tomar el peso a lo que realmente significaba tener depresión, anorexia, crisis de pánico, ansiedad.”

“De verdad no le tomé el peso, me sentía emocionada al tener depresión, era como ¡wow! algo interesante, como que estaba descubriendo lo que tenía. Pero ni yo ni mi mamá le tomamos el peso a lo que tenía”.

“Yo creo que deben ser unos 10 años que me detectaron alcoholismo. Y como hace 4 años que murió mi afición”

Podemos observar que la paciente Megan no tenía conocimiento respecto a lo que el médico diagnosticó, esto pudo deberse a lo joven que era cuando la diagnosticaron: 14 años (hoy tiene 20 años). Lo interesante radica en la forma que ella expresa haberse sentido cuando el médico sentenció el diagnóstico. Pasó de “*estar emocionada*” por descubrir lo que tenía a asumir la enfermedad “*y así a lo largo que pasaba el tiempo y la enfermedad seguía avanzando le podía tomar el peso a lo que realmente significaba tener depresión*”. ¿Qué significó tener depresión? Precisamente asumir y creer que toda su biografía, inseparable de su padecimiento, se veía condensada en la rotulación del diagnóstico. En este sentido el cuadro de la enfermedad, atendiendo al carácter nosológico de la medicina alópata, encierra elementos tan cercanos y de causa/consecuencia como lo son el debilitamiento anímico y la posterior falta de apetito dentro de un mismo diagnóstico (Depresión y trastorno alimenticio) pero para tratarlos de forma separada. Para la Depresión los psicólogos o psiquiatras, para el Trastorno alimenticio los nutricionistas.

Por otro lado, el asumir un diagnóstico/una enfermedad, recrea nuevas subjetividades en el paciente en torno a su sensación de malestar. El sentirse enferma –Illness- a partir de los malestares físico-emocionales presentes en Megan sufre una alteración al tener una enfermedad diagnosticada –disease- y no comprenderla, en este caso, de emoción al sentir que descubría lo que padecía. Este rasgo no sólo revela las alteraciones producidas en el paciente, sino además, vuelve a dejar al descubierto la relación asimétrica entre médico y paciente respecto al *veredicto final* dentro de una consulta en tanto Megan no tiene para nada una idea clara respecto al nombre de lo que le sucede, suponiendo su total ignorancia, pero,

como observamos anteriormente, ambas teorías etiológicas, tanto la de Megan como la del médico coinciden, lo que nos permite asumir que la paciente sólo se encuentra en menor posición a la hora de catalogar su enfermedad, hecho obvio, pues el discurso científico no lo posee.

1.1.2 La actividad Terapéutica: El Tratamiento

Aclarada en la introducción al análisis la etimología de los conceptos que dan título a este apartado, discerniremos en que constan las actividades terapéuticas de la medicina alópata, no en el afán de detallar cada tratamiento, sino que abordando nuevamente el protocolo al que se ven subyugados los pacientes al acceder a terapia alópata, hecho que va conformando, a pesar de los distintos diagnósticos de nuestros entrevistados, una experiencia bastante común y similar que revela lo expuesto en el planteamiento del problema. Como hemos observado, los tratamientos son iniciados una vez esclarecido el diagnóstico; éste definirá como se tratará la enfermedad. Pero, el tratamiento en sí, no escapa a fundamentos propios del paradigma que subyugan el quehacer del médico. Debemos precisar que

“tres rasgos destacan en la medicina actual: la *tecnificación*, esto es, la conversión de los procesos y procedimientos de ayuda y curación a ministraciones regidas por la racionalidad instrumental de las ciencias empíricas; la *secularización*, que implica el abandono de creencias en lo trascendente y la divinidad; y la *medicalización*, que alude a la imposición del punto de vista del experto, o del profesional, en el control, la administración y la planificación de la vida” (Lolas, 1997)

Como observamos tanto la *tecnificación* como la *secularización* transforman a la enfermedad en objeto de estudio científico en tanto fenómeno natural. En este sentido la *tecnificación* juega un rol fundamental en los problemas de la institución médica ya que dificulta profundamente la comunicación entre pacientes y médicos, pues se deja de responder netamente a la necesidad del enfermo, socavando no solo su proceso sino también la independencia del médico en su actuar, para dar cabida a valores administrativos. Así no sólo la enfermedad es el objeto sino también el enfermo(a) que, sin ser considerado como el *espacio* de la enfermedad y el tratamiento, pasa a ocupar el estrado de portador de un fenómeno natural. En este sentido –y respondiendo a la racionalidad instrumental- la actividad terapéutica es bastante protocolar, abordando a los pacientes bajo una lógica científicista: “un buen experimento científico sigue un método bastante rígido, con una definición del problema, la enunciación de una hipótesis, la realización de un experimento, la

obtención de un resultado y un proceso de comprobación [aconsejando que] los mismos principios deben aplicarse al tratamiento de un paciente” (OMS, Guía de la Buena Prescripción, 1998). Esta *filosofía* médico-científica es aplicada en los pacientes de la siguiente manera:

Tratamiento según la Terapéutica razonada (OMS, Guía de la Buena Prescripción, 1998)
1er paso: Definir el problema del paciente
2do paso: Especificar el objetivo terapéutico
3er paso: Comprobar si el tratamiento es adecuado / Verificar conveniencia de medicamento
4to paso: Comenzar el tratamiento / escribir la prescripción
5to paso: Dar información, instrucciones y advertencias
6to paso: Supervisar (¿y detener?) el tratamiento

Recalcamos que en el tratamiento alópata, de acuerdo a la teoría y a lo relatado por los entrevistados, el inicio de la actividad terapéutica si o si significa prescribir no sólo un forma de comportamiento a partir de la enfermedad (reposo y dieta por ejemplo) sino también la suministración de medicamentos. Es casi un imposible pensar en un tratamiento médico sin la ingestión de remedios. La llamada receta es el papel que soporta un cronograma en el que no van consejos para una vida sana, sino que nos encontramos con la administración del tratamiento que “debe llevar el medicamento indicado, sus dosis, vías de administración, intervalo entre las dosis y si es necesario la duración del tratamiento” (Díaz Novás).

La primera relación del paciente con el paso inicial del tratamiento es de acato. El médico prescribe medicamentos y el paciente ingiere, la mayoría de las veces desconociendo para qué sirve aquel medicamento. Es de conocida discusión la problemática que presentan los médicos cuando se les interpela de que los tratamientos no funcionan, ellos responden muchas veces que aquello se debe a la poca *adhesión/cumplimiento* a la prescripción. Aquel concepto de *adhesión* y *cumplimiento* poseen sus propios planteamientos teóricos divergentes. El primero remite a un paciente que colabora activamente con el médico y el segundo a un paciente pasivo que sólo obedece (Gómez Santiago). Podríamos aseverar que nuestros entrevistados son pacientes que se *adhieren* a un tratamiento aunque

aquello no lo profundizaremos. Lo que si nos interesa es observar la relación desarrollada con el tratamiento a partir del inicio de éste, es decir, de la ingesta de medicamentos y el cumplimiento de ello a partir de la prescripción y el cronograma. De acuerdo a nuestros entrevistados, nos encontramos con lo siguiente:

<p>Inicio Tratamiento (Fragmento de entrevista)</p>	
<p>Megan</p> <p><i>En vida vital no me dieron pastillas ni nada porque era psicóloga, pero nunca avanzamos tanto...entonces ahí me cambie al Centromed, llegué al Centromed y empezamos a avanzar, empezamos a abarcar todos los temas que yo quería solucionar pero ahí me empezaron a dar medicamentos, y le contaba que algunos medicamentos me hacían mal, entonces me dieron unos específicos que no me causaban mayores síntomas como vómitos, insomnio, la fatiga, cosas así.</i></p> <p><i>Todos los medicamentos que me dio me hicieron pésimo, pésimo, pésimo...</i></p>	<p>Atilio</p> <p><i>Estaba en tratamiento por el alcoholismo en el consultorio Eduardo Frei de Villa Alemana y lo que pasó es que me estaban dando muchos medicamentos, y eso me estaba produciendo algo muy raro en el estómago... tan así que era un alto de pastillas y yo ya me estaba inflando... y eso a un amigo mío le produjo cáncer, esas mismas tabletas, y el amigo mío me dijo “ por favor deje esas pastillas, me pronosticaron cáncer y ahora ya las dejé” y al poquito de más de tres meses el falleció y yo deje todo las tabletas todo.</i></p> <p><i>Me estaban haciendo mal, yo sentía cosas muy raras que me cruzaban el estómago, no sentía dolor, pero sentía que algo que no no... uno conoce el cuerpo de uno mejor que nadie yo sentía que eso no estaba bien.</i></p>
<p>Prieto</p> <p><i>tomando pastillas po prozac como 4 diarias que me daba el psiquiatría... como que el psiquiatra me daba las pastillas y el psicólogo me conversaba y que hace esto hace esto otro. De hecho era en el mismo lugar y era</i></p>	<p>Sandra</p> <p><i>...porque antes empezaba tratamientos y no los terminaba dejaba de ir, pero cuando empecé con uno continuo fue cuando me vino una depresión... ahí estuve seis meses. La sensación era así por ejemplo la primera semana súper</i></p>

<p><i>cautico porque se supone que los locos eran especialistas en jóvenes pero yo encontraba que todo... o sea en un principio igual lo intenté, era como que en un rato tenía que sacarme, estaba muy triste, entonces estaba ya lo voy a intentar pero después como de meses cache que no po´ no me servía de nada te mantiene acostada porque no tenía ninguna energía nada, si obvio te estai mandando 5 pastillas diarias po!</i></p>	<p><i>bien, pero después volvía aunque estuviera con medicamentos sentía el agotamiento, el desánimo, la melancolía, sentía que nada me importaba, no tenía un interés por nada, no sentía la felicidad y el medicamento me empezó por ejemplo me tome uno, dos, me tomaba el otro, si no sentía nada me tomaba otro, ya no me hacía efecto subía las dosis. Me daban inductores de sueño e igual no dormía.</i></p>
---	--

Sin profundizar demasiado nos encontramos de forma clara y concisa con una relación negativa respecto a la ingesta de medicamentos, lo que presenta un gran impedimento en el desarrollo de la actividad terapéutica alópata. Una de las razones más justificadas de porque las personas han comenzado a tratarse con Medicinas Complementarias Alternativas radica en el conocimiento público de los efectos secundarios que provocan los llamados remedios. Independiente de ese conocimiento público, aquí la experiencia individual es clara. Ninguno de los dos pacientes dudó en ingerir el medicamento, pero fue el mismo tratamiento con éste el que provocó tantos malestares y una experiencia negativa. Este hecho es de radical importancia pues como observamos en los entrevistados los malestares producidos por la ingesta llevaron a que abandonaran por completo un tratamiento. En el momento en que Megan siente que comienza un tratamiento de acuerdo a lo que ella esperaba tratar aparece el gran *Pero* respecto a los medicamentos: vómitos, fatiga e insomnio son la antípoda del bienestar. ¿Cómo es que un paciente debe pasar por aquello para restablecer su salud? En el caso de Atilio observamos lo mismo, él asevera que *uno es el que mejor conoce su cuerpo*. El malestar producido por los medicamentos, más el consejo de su amigo fallecido concluyen en la decisión de no asistir más al hospital y de no terminar la actividad terapéutica: *“No lo termine no me sentí bien del estómago, aparte de eso mi amigo me dijo “como lo veo no vaya a tener lo mismo”*.

Algo es claro: por sobre factores económicos, de tiempo o distancia, es el mismo régimen terapéutico el que provoca su desestimación. Aparte del problema de los medicamentos, también se encuentra la no existencia de una Aceptación convenida del tratamiento (Martin, 2004), que es la relación de colaboración entre el médico y el

paciente con el fin de convenir el régimen a seguir. En nuestros casos nos encontramos sólo con imperativos por parte de los médicos, resaltando el rasgo esotérico de la práctica alópata. Si bien es parte de la metodología médica el dar información, instrucciones y advertencias, nos encontramos con que aquello no se cumple de forma cabal ¿cómo es que el médico no instruye y advierte a los pacientes respecto a los efectos del medicamento? En el caso de Megan vemos que sus medicamentos le fueron sustituidos por otros que no mejoraron su condición al igual que Sandra y Prieto, en tanto Atilio simplemente no recibió consejo respecto a lo mal que éstos le estaban haciendo. Es determinante la aplicación de medicamentos, pero por sobre todo el tratamiento que se basa completamente en ello. La dosificación, el desconocimiento de para qué sirven, la utilización de varios medicamentos, los efectos secundarios y los diversos horarios para su ingesta irrumpen de manera tal que los pacientes al no percibir resultados eficaces en el tiempo abandonan la actividad terapéutica. De acuerdo a lo relatado por los pacientes, el tratamiento en medicina alópata pareciese que se ha convertido en la aplicación de una técnica, y esta no es más que el cumplimiento de procedimientos, principios y recomendaciones con el objetivo de conseguir rendimiento (Lolas, 1997) sin desarrollar una actividad terapéutica que se precie de tal. En la visión alópata el cuerpo es una máquina; debe soportar el ajuste y desajuste de sus piezas para lograr un mayor rendimiento que esté acorde a los parámetros de la bioestadística, más no a lo que las personas consideran salud .

1.2 Tener una enfermedad: La carrera del enfermo y su tránsito interminable en la MA

Otro rasgo característico desprendido del análisis ocurrido en la terapéutica alópata remite al tránsito de los pacientes de una institución a otra, de un especialista a otro o de un tratamiento a otro. Los pacientes, enfrentados a su enfermedad, no dudan en ir en busca de respuestas a donde sea necesario. Así, pueden perfectamente pasar de una consulta pública a otra privada o vice-versa si lo diagnosticado, o el tratamiento, no cumplen sus expectativas. También transitan de la medicina alópata a las Medicinas complementarias alternativas, de un médico a un terapeuta o curandero, como expresa Teresa Porzecanski “cada paciente es un “padeciente” encerrado en la idea de su propia enfermedad, que transita por espacios arduos, públicos o mutuales” (Porzecanski, 2008). La búsqueda por interpretar y comprender qué es lo que sucede o ¿qué es lo que tengo? Genera en los pacientes la necesidad

no sólo de querer mejorarse sino también de entender, en términos de conocimiento, qué es lo que lo afecta. A pesar de los diagnósticos que el equipo médico propicia, el paciente no siempre logra elaborar una interpretación/traducción del discurso científico. Esto trae como consecuencia una insatisfacción, una inseguridad al no comprender lo que el médico le dice. Además, a pesar de que el médico en la M.A. es *la voz y referencia* en cuanto a las respuestas frente a la enfermedad, no termina siendo aquel en términos prácticos. En el sistema referencial del paciente para construir su pre-diagnóstico (con el que acude a la institución médica por primera vez) participa todo su microgrupo. Aquello contempla opiniones de parientes, amigos, otros pacientes o hasta otros especialistas. En ese acto el paciente construye su propia interpretación de la enfermedad que si no es congruente con la del equipo médico puede bien terminar con el tratamiento.

Ahora bien, a pesar del discurso imperante de la ciencia en la M.A. y la poca congruencia que este parece tener con el que se forman las personas, esta no termina siendo la causa decisiva de desestimación. Las personas buscan mejorarse, y si el tratamiento funciona, ellas lo terminan. Aun puede que sin entender el discurso alópata, pero observando resultados concretos en términos de beneficios para la salud -como es el caso de la mayoría de los pacientes- las personas continúen tratándose con M.A. Pero, debemos precisar que mientras la medicina alópata no considere el discurso de las personas respecto a la enfermedad entendido éste como proceso biográfico, y ponga dentro de la metodología de la terapéutica la otra cara del fenómeno, que es el enfermo en todas sus esferas sociales, la ilegibilidad y lo esotérico del discurso médico seguirán incentivando a los pacientes a deambular y recorrer cuanto especialista sea necesario con el fin de comprender el padecimiento. En otras palabras:

“El *homo patiens* dejó de quedar satisfecho con el simple alivio de los síntomas; quiso además una explicación de ellos. El conocimiento médico se fue transformando en una *commodity*, que no solamente se deseaba sino también se exigía. El doliente y el paciente se transforman en cliente, que puede comprar alivio, conocimiento y empatía” (Lolas, 1997)

Paciente Megan (La entrevista aquí está fragmentada. En el apartado anexo se encuentra completa)
<i>Lo primero que recuerdo es que fue por el colegio, lo que pasa es que yo iba a un programa que se llamaba Beta. Empecé a ir a ese programa, pero como veían que yo estaba tan irresponsable, por así decirlo, con los cursos, que me empezó a atender la psicóloga. La psicóloga del Beta me empezó a preguntar cosas yo le respondí. Entonces ahí hablo con mi mamá y le dijo “Su hija tiene un perfil depresivo, tiene que llevarla a tratar, si o si, porque está avanzando y pude terminar en cosas peores”</i>
<i>Me la traté, en realidad han sido hartas por las consultas que he pasado. Estuve tratándome en Vida Vital en Quilpué, después en Centromed en Viña del Mar y la última que estuve fue el Centro de Salud Mental de Quilpué.</i>
Paciente Atilio
<i>Tratamiento por el alcoholismo en el consultorio Eduardo Frei de Villa Alemana</i>
Paciente Hughes
<i>En distintos lugares, estuve una vez operado en clínica Las condes, la segunda en clínica Reñaca y principalmente en el hospital naval.</i>

En el caso de Megan y Roberto, por un lado, y Atilio, por otro, nos encontramos con pacientes con diferentes historiales. Atilio ratifica que hace 10 años que comenzó a tratarse el alcoholismo siempre en el mismo consultorio. No sabemos qué razones lo llevaron a no buscar a otros especialistas, él solo confirma que abandonó el tratamiento alópata por el malestar de los efectos secundarios de los medicamentos.

Roberto, quien se había estado tratando en la clínica una fibrosis, llega de urgencia debido a un neumotórax –ruptura del pulmón-. En el proceso de exámenes descubren el tumor canceroso lo que provoca que pase por las clínicas nombradas y el hospital naval, a la vez que es analizado y tratado por diversos especialistas no obteniendo resultados beneficiosos como observaremos más adelante.

Por otro lado Megan, representa a la mayoría de los pacientes entrevistados en esta investigación en lo que podríamos denominar el <<tránsito en la medicina alópata>>. Además, aquí nos enfrentamos a un caso particular en el que podemos observar el desarrollo de una Carrera del enfermo(a) desde la infancia. Esta carrera se construye en los distintos especialistas que visitó para entender y enfrentar su enfermedad. Nos

encontramos, por un lado, con derivaciones producidas entre los especialistas y, por otro, con la decisión misma de la paciente y su núcleo por terminar ciertos tratamientos. La carrera de Megan comienza cuando la psicóloga del programa de estudios Beta, impartido por la Universidad Católica para jóvenes estudiantes con potencial académico, le aconseja a su madre que la lleve al psicólogo pues observa en ella el “perfil depresivo”. De ahí en adelante comienza un tránsito larguísimo que abarca años de la paciente. Como ella expresa, luego del consejo de la psicóloga en la época escolar, comenzó a asistir a terapias con una psicóloga en el Centro Vida Vital (Quilpué). Terapia que abandonó por los resultados pocos eficaces y por una mala relación con la especialista –hecho que ahondaremos en el apartado del rol del enfermo-. Al desestimar esta terapia, acude a otra psicóloga, en Centromed (Viña del Mar), en donde el tratamiento se interrumpe en un primer momento por malestares respecto a los medicamentos y, luego, por un intento de suicidio. Por el intento de suicidio es derivada al Centro de Salud Mental (Quilpué), hecho que es de obligatoriedad protocolar en el caso de que este sea considerado como Nivel de riesgo Extremo como indica el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud). En este centro es atendida por dos especialistas a la par: psicóloga y psiquiatra. Abandona este tratamiento por dos razones fundamentales. La primera indica una mala relación con ambos especialistas (hecho profundizado más adelante), y la segunda, porque querían internarla, algo a lo que tanto la paciente como su familia se oponían. Podemos observar que dentro de los 5-6 años que trató su enfermedad con Medicina Alópata la paciente Megan pasó por tres instituciones médicas -privadas y públicas- y fue atendida por 5 especialistas -4 psicólogos / 1 psiquiatra- sin obtener resultados beneficiosos para su salud y sin percibir resultados eficaces en los tratamientos.

2-El rol del enfermo: de las Medicinas Alópatas a las Medicinas Complementarias Alternativas

El rol del enfermo, como proposición teórica, ha estado en discusión y debate tanto en el terreno de la sociología, como en el de la medicina y la antropología. A pesar de la disconformidad que plantean muchas investigaciones respecto a su utilidad práctica, a su aplicación o a su congruencia con la realidad, aquí se retoma este concepto debido a la importancia dentro de la corriente sociológica como unidad de análisis, para abarcar, dentro de lo posible, los cambios que ha suscitado en el último tiempo, asumiendo, además, que hay supuestos propuestos por Parsons

respecto a éste que aún tienen vigencia en el caso de la medicina alópata. El acometido del análisis presente remite a trazar la ruta de este rol en referencia a los tratamientos con Medicina Alópata y Medicinas Complementarias Alternativas.

Partiremos aclarando el contexto en el cual circunscribimos este análisis. Como se reflexionó en el Marco Teórico, el auge del uso de las Medicinas Complementarias Alternativas no responde a una crisis de la Medicina Alópata ni al desarrollo de una nueva ética en cuanto a la salud que desmorone las prácticas actuales. Nos encontramos, ante todo, con la exhortación hacia el individuo, en este caso, hacia el paciente, para que actúe. Este hecho es de radical importancia pues implica un cambio de paradigma en lo que respecta a las prácticas del cuidado de la salud, pero por sobre todo, un cambio en la relación de los pacientes con la Medicina Alópata; antigua fuente de conocimiento y autoridad única respecto al tema. En la sociedad occidental de hoy en día, se interpela al individuo para que gestione y administre sus necesidades, gustos y preferencias. Aquello abarca elecciones referentes a temas económicos, políticos, laborales y saludables. Esta idea de ser el empresario de sí mismo (Bolstanski & Chiapello, 2002) ha repercutido en las personas no sólo como un nuevo dispositivo de poder como plantean algunos autores, sino también con el cuestionamiento y desconfianza hacia la práctica alópata. Como afirma Nikolas Rose

“Las relaciones entre las psicoterapias/psicoterapeutas y el poder político revelan no la devastación de la autonomía psíquica y la seguridad del yo, sino que la fabricación del “Yo autónomo” como un término clave en el análisis de las curas y las enfermedades sociales” (Rose N. , 1999)

La capacidad de agencia de los pacientes es promovida tanto por el discurso de las MCA como por la Medicina Alópata como aseveramos en el Marco Teórico. Aun así, como observamos en el análisis anterior, la metodología y el protocolo de tratamiento de la enfermedad de la medicina alópata sigue supeditada a un cuadro normativo particular. Es este mismo marco de acción el que ha hecho que ciertos presupuestos de Parsons sigan estando vigentes en lo que se refiere al enfermo y a la enfermedad. Como por ejemplo que al enfermo no se le haga responsable por su enfermedad y que se espera que busque ayuda técnicamente competente. Además, y lo que vendría a ser el rasgo fundamental, es que la enfermedad continúa siendo vista, en el caso de nuestros entrevistados, como una forma de desviación en tanto el paciente debe recuperarse y sanar para volver a cumplir las funciones necesarias respecto a su desempeño en la estructura social. Así “a la enfermedad se la asigna una legitimidad condicional como desviación. Es condicional solo en la medida en

que se piensa que la recuperación es posible, y esta legitimidad está condicionada a que el enfermo trate de recuperarse” (Rodríguez)

En el caso de nuestros entrevistados ahondamos el rol del enfermo desde tres aristas que le conciernen de acuerdo a Parsons y que observamos pueden tener un valor analítico hoy en día: 1) Que el paciente no posee ningún conocimiento y que su actitud es pasiva, 2) la relación médico-paciente y 3) Que el paciente se ve eximido de sus obligaciones sociales. Estos tres aspectos estarán en conjugación a medida que abordamos la experiencia del paciente –y su estado de [rol de] enfermo- en el tránsito del tratamiento con MA y posteriormente con MCA.

De los 10 entrevistados en esta investigación 8 refieren una mala experiencia con el tratamiento con Medicina Alópata, esto quiere decir, experiencia negativa con el tratamiento en sí como también experiencia negativa con el equipo médico y con todo lo relacionado al proceso de enfermedad con MA. Los 2 restantes afirman tener una buena experiencia y excelente relación con lo allí suscitado, entendiendo que si bien hay procesos dificultosos en el tratamiento para la salud, aquello no es responsabilidad del equipo médico. Esto estriba, nos atrevemos a afirmar, en que ambos son profesionales de la salud; odontólogo y enfermera respectivamente.

2.1-El paciente activo

Hoy en día, dentro de la Medicina Alópata el paciente se ve impulsado a ser responsable por su salud como observamos en el apartado del marco teórico La Responsabilidad Normada. Esto se debe al nuevo auge que han tenido las humanidades médicas concentradas en la posición práctica/ideológica de la Bioética, que alcanza su punto máximo con la sublimación de que “el conocimiento, en tanto información organizada, no reside en quienes lo generan sino en quienes lo usan” (Lolas, 1997). Este aforismo, aseveramos, encuentra su origen no en la iniciativa médico-científica, sino en la irrupción de los pacientes en el quehacer médico.

En este sentido, profundizamos lo planteado por Parsons cuando afirma que los pacientes deben buscar ayuda técnicamente competente, pues lo que allí se encuentra –en el trasfondo de la sentencia parsoniana- es la capacidad de agencia de los pacientes basada en la iniciativa y en las referencias poseídas respecto a la enfermedad y los especialistas que podrían tratarla. Cuando abordamos la perspectiva de la *Autoatención*, aseveramos el poder de acción de los pacientes al buscar en la gama de diversos tratamientos disponibles y elegir uno(s) en particular. Así planteadas las cosas, se debe comenzar a observar la consulta al médico no

como el primer paso en el proceso de enfermedad/salud, sino como un paso intermedio o final en dicho proceso. Primero porque cuando los pacientes sienten un malestar no acuden a la consulta alópata de inmediato, sino sólo cuando esta comienza a hacerse latente. Es decir, si el dolor o malestar no continúa, ellos no indagan. Al contrario, si esto persiste, los primeros pasos son consultar a cercanos para obtener referencias respecto al malestar, en este sentido, intentan homologar los síntomas para encontrar soluciones rápidas. Otra actividad significativa es el automedicarse o probar métodos caseros como infusiones sin orden médica. Es de radical importancia que gracias a la industria farmacéutica y a la publicidad (Conrad), la práctica del automedicarse ha alcanzado niveles elevadísimos en tanto la oferta de medicamentos desborda el campo de la medicina pudiendo encontrarse éstos disponibles no sólo en farmacias sino también en supermercados, aeropuertos, centros comerciales, etc. Esto definitivamente ha suscitado la idea de un paciente independizado de la consulta alópata a medida que no necesita de la prescripción médica, ya que él puede decidir que medicamentos tomar y cuando, ya sea para un dolor de cabeza, dolores estomacales, nerviosismo o problemas de inflamación.

Así, el paciente es sujeto activo pre-consulta médica y en el transcurso de las consultas, entendiendo esto como el cambio de médico especialista si la opinión no concuerda o la terapia no es eficaz. Así, aunque existen, las derivaciones entre especialistas no ocurren generalmente por orden médica, sino por el quehacer del paciente y su microgrupo.

Ante la pregunta ¿es usted quien decide ir al médico o es el médico quien descubre la afección? Todos los pacientes responden que fueron ellos o sus familiares quienes desde un principio “descubren” y deciden consultar debido a la persistencia de los malestares. Además, y como lo demuestran los entrevistados, muchos prefieren adoptar cambios en sus estilos de vida antes de aceptar una prescripción médica a cabalidad: ingerir menos medicamentos, comer sano, beber la suficiente agua, dejar malos hábitos, adicciones o aplicar rutinas de ejercicios hablan de pacientes proactivos en lo que refiere al tema de la salud. Hecho que resulta revelador en la relación de los pacientes con la institución médica en general.

2.1.1 El conocimiento disponible

La medicina alópata, y el equipo médico que la representa, han dejado de ser la única fuente de conocimiento respecto a las enfermedades y los tratamientos. Los pacientes, desde que asumen el malestar y observan reales posibilidades de prospección respecto a este, inician una búsqueda que no se cierra al campo de la

medicina y las respuestas de los especialistas. Como aseveramos anteriormente, el conocimiento médico se ha ido transformando en una commodity, en un bien de consumo que entra en las mismas lógicas mercantiles de los productos; existe un tema de elección, gustos, preferencias, acceso e información. Los pacientes insisten en saber más acerca de las posibles opciones de tratamiento para una misma enfermedad, con la intención no solamente de ser curados sino también esclarecidos (Lolas, 1997), además de exigir que esto sea sustentado por evidencia comprobada.

A partir de nuestros entrevistados aseveramos que son dos los medios a través de los cuales ellos adquieren información respecto a la enfermedad, a los tratamientos y a las posibles curas. El primero tiene que ver con el microgrupo, es decir, la familia y conocidos cercanos. Y el segundo, con los medios de comunicación, precisamente, el Internet. Estos son los dos ejes centrales a partir de los cuales los pacientes toman sus decisiones en base al conocimiento que alcanzan a adquirir en el proceso enfermedad. En ambos ejes la experiencia resulta ser un fenómeno sustancial. Primero debido a que las recomendaciones que vienen por parte del microgrupo son de personas/familiares que ya han probado los tratamientos. Segundo, porque aparte de que en internet o en la televisión se busquen explicaciones e información verídica, lo que termina convenciendo a los pacientes de elegir un tratamiento, en base a lo encontrado en la red por ejemplo, es la evidencia real de que aquello funciona, y aquella evidencia es sustentada en la experiencia de otros pacientes.

A pesar de esta posibilidad de adquirir información, observamos en la presente investigación que los pacientes cuando comienzan su tratamiento con Medicina Alópata indagan sólo superficialmente acerca del diagnóstico y el tratamiento. Es cuando éste *no* entrega resultados completamente eficaces que inician una búsqueda no sólo de curas sino también de explicaciones. La mayoría comprendía sus diagnósticos en base a nociones vagas de conocimiento popular y lecturas rápidas, además, no esperaban tener un conocimiento acabado de lo diagnosticado sino más beneficios para la salud. Cuando aquellos beneficios significaron también grandes costos a nivel emocional, económico y sobre todo físico, desestimaron el tratamiento y comenzaron a indagar, a partir del microgrupo y de los medios de comunicación, sobre otras posibles terapias. La adquisición de conocimiento se inicia, en este caso, ante lo poco fructífero de la terapia alópata. Pero este inicio no significa comprender lo que el médico diagnosticó, sino que significa buscar nuevas posibilidades para abordar la enfermedad. Cuando el paciente entra en relación con la terapia alópata no espera ni desea comprenderlo todo. Asume el diagnóstico médico para tratarse no exigiendo comprender científicamente cada elemento que

entra en su actividad terapéutica, sino, por sobre todo, pidiendo participación y beneficios.

En nuestros entrevistados nos encontramos con respuestas como las siguientes:

Paciente Megan: *Recuerdo que me estaba tratando con la irióloga, amiga de mi terapeuta actual, ella le recomendó a mi mamá llevarme ahí, porque igual le explico los problemas que estaba teniendo, el como yo estaba. Entonces ella le dijo que tenía una amiga que hace hipnosis clínico, que ayuda a gente con depresión, con ansiedad, y todo lo relacionado a ello. Mi mamá me explicó todo y le dije “no creo mucho” pero pucha ya vamos.*

Paciente Cárdenas: *He leído mucho, no me limite a la parte médica, leí mucho sobre medicina alternativa, sobre relajación, sobre lo que tiene que ver con la respiración, el conversar.*

Paciente Carmona: *Me hacían preguntas y daban los típicos consejos motivacionales que puedes encontrar en internet. Me hicieron hacer unos dibujos para decirme cosas que yo ya sabía. Después dije si sigo viniendo por acá mejor me meto a internet y veo un video de autoayuda.*

Paciente Sandra: *a mí me gusta leer, entonces yo había leído reportajes y ahí leí algo acerca de la hipnosis el caso de una niña y su madre que gasto millones para curarla y lo logro con una hipnoterapeuta. También de reiki y cosas así... y como ya con la medicina normal no había resultados yo estaba de una depresión en otra dopada en medicamentos.*

Paciente Prieto: *Yo había empezado a averiguar un poco, lo que me hice fue biomagnetismo, empezó por eso biomagnetismo con reiki y una amiga de mi mamá que tiene un centro médico ahí hacían biomagnetismo y así me recomendaron la hipnosis.*

Paciente Neut: *yo eso lo investigué después. Me interesé y por mi cuenta fui investigando.*

La importancia del Internet es reveladora como fuente de conocimiento en lo que respecta a la salud, a la enfermedad y a los tratamientos. Aunque es un arma de doble filo respecto a la ingesta sin supervisión, provee a los pacientes la posibilidad de tomar una actitud proactiva en la búsqueda de tratamientos, permitiéndoles aprender acerca de sus propias condiciones médicas, las opciones de tratamiento y

observar la experiencia de otros pacientes, tanto local como mundial. En este sentido se reafirma que nos encontramos frente a pacientes activos y con adquisición de conocimiento, hecho que se profundiza cuando la actividad terapéutica alópata no brinda los mejores resultados. Pasando de un paciente activo medianamente informado en la MA, a un paciente activo y con adquisición de conocimiento en su búsqueda y posterior arribo a las MCA.

2.2- La relación médico-paciente en la Medicina Alópata

Este ha sido uno de los tópicos más trabajados a lo largo del análisis sociológico en lo que respecta a la salud. La mayoría de las veces el enfoque principal está puesto en la asimetría/simetría respecto al conocimiento. Por más que internet abra las posibilidades de conocer, comprender y saber de la enfermedad y sus procesos, observamos que en la consulta alópata, a partir de lo narrado en nuestros entrevistados, siempre existe una diferencia abismal entre lo que sabe, observa y decide el médico frente a lo que el paciente conoce y desea. No sólo nos encontramos con una diferencia en el conocimiento, sino también frente a una imputación en el poder de acción del paciente no porque el equipo médico no lo permita de manera deliberada, sino por un problema en base a la comunicación entre el médico y el paciente por cuestiones metodológicas. Así, la perspectiva de esta investigación denota el deterioro de la relación entre médico y paciente con el único fin de aseverar, como muchas investigaciones lo demuestran, que el desarrollo y estado de esa relación incide si o si en el tratamiento y en la mejora de los pacientes: “La literatura muestra que la relación y comunicación médico paciente produce beneficios para la salud psicológica y física del paciente y aumenta su confianza y compromiso” (Bascuñan, 2005)

Los equipos médicos ya no son considerados la fuente única de autoridad y respuestas al estado de enfermedad. De ahora en más son juzgados, no por la calidad o cantidad de su experticia, sino por lo eficaz de los métodos aplicados. Ningún paciente cree o afirma saber más que un médico, es decir, la experticia no ha sido puesta en duda. Es más, nadie duda que el médico no sepa lo suficiente, sino que los cuestionamientos están puestos sobre los procesos de tratamientos y resultados ¿Realmente lo que el médico sabe y aplica, en términos de actividades terapéuticas, funciona para restablecer la salud? Y no es solo si el conocimiento está correctamente aplicado o no, sino que sobre todo, en qué forma se aplica.

El caso de nuestros pacientes, esas interrogantes encuentran respuestas similares. Como se dijo, de los 10 entrevistados sólo 2 confirman una excelente relación con el

médico o equipo médico a cargo del tratamiento, esto se debe, como planteamos, a que ambos entrevistados pertenecen al área de la salud. Por lo tanto, nuestro análisis se centra en los 8 pacientes restantes.

A pesar de que las visiones de salud/enfermedad varían de acuerdo a cada sociedad y cada época, no se puede negar que el estado de bienestar físico y emocional sea algo que todas las personas desean mantener o alcanzar. El deterioro del cuerpo y la imposibilidad de utilizarlo para las diversas actividades que la vida diaria requiere provocan que la salud sea un estadopreciado y anhelado. En este sentido la figura del médico es de radical importancia, pues representa, aun en tiempos de críticas e incertidumbres, el *medio* o el *lazo* que restablece la salud, en otras palabras, quien puede traer bienestar a la vida. Es quien conoce y ha estudiado las afecciones del cuerpo, es quien “conoce y reconoce los síntomas de anormalidad, las cercanías de la muerte, los procesos por los cuales se nace, se crece y se envejece” (Porzecanski, 2008) produciendo la imagen de que es él/ella quien puede reparar lo irreparable. A pesar de la gran cantidad de literatura internacional que aborda al paciente en términos de empoderamiento, y describe como éstos han ido posicionándose incluso en aspectos de simetría en referencia al conocimiento médico, referimos que aquel tipo ideal de Paciente Empoderado no se condice en la realidad local. El paciente es empoderado en tanto elige a que especialista asistir y cuando desestimar el tratamiento, pero en nuestros casos no encontramos pacientes que exigiesen a los médicos o los interpelaran aludiendo cual era concretamente el mejor tratamiento para determinada enfermedad. En este sentido parece ser que la actitud y relación sigue siendo paternalista; al médico/autoridad y al tratamiento se le puede abandonar y criticar posteriormente, pero jamás se le pone en cuestión en la consulta misma: 1) porque tanto los pacientes como los médicos parecen tener completamente internalizada la cuestión ignorancia/pasividad de los pacientes, 2) Porque no hay una instancia en la que el equipo médico reciba las observaciones de los pacientes que escapen a la consulta, al control o a la prescripción. No es un detalle menor que en los medios on-line haya una infinidad de testimonios que confirman casos de gravedad de negligencia médica –que llevaron incluso a la muerte- y que nadie se atrevió a denunciar pues se cree que una batalla legal contra un equipo médico está perdida.

La relación en palabras de los pacientes:

Paciente Megan: *En vida vital no me dieron pastillas ni nada porque era psicóloga, pero nunca avanzamos tanto en lo que quería avanzar ella, no encuentro que me hubiera ayudado por que ella quería avanzar en otros aspectos... entonces ahí me cambie al Centromed, porque realmente no tenía buena relación con la psicología, llegué al Centromed y empezamos a avanzar, empezamos a abarcar todos los temas que yo quería solucionar pero ahí me empezaron a dar medicamentos, y le contaba que algunos medicamentos me hacían mal, entonces me dieron unos específicos que no me causaban mayores síntomas como vómitos, insomnio, la fatiga, cosas así. Después del intento de suicidio me derivaron al Centro de Salud Mental y ahí estuve con psiquiatra y psicóloga. Con la psicóloga no me gustaba mucho porque como que me decía tienes que hacer esto, o le contaba cosas que no quería que mi mamá supiera y se las contaba. O sea estaba depositando mi confianza en alguien que no debería hacer eso, no respetó la intimidad de paciente. Y la psiquiatra no hizo bien su trabajo, o sea, cancelaba las horas cuando quería, a veces tenía que estar esperándola una hora porque tenía que salir.*

Paciente Carmona: *Creo que es un proceso largo, tedioso y poco efectivo. Uno tiende a aburrirse mucho como no ve resultados, es lento, costoso. La forma de atención es regular, no sentía que me entendieran o fueran empáticos conmigo.*

Paciente Sandra: *Primero siento que es poco el tiempo, porque el psicólogo tiene cada una hora un paciente. Pero uno cuando está mal uno necesita que lo escuchen y uno empieza a hablar, pero los psicólogos son a veces muy crueles porque te preguntan o te dicen cosas y te dejan más mal... No, mira, el psiquiatra no, para nada. Yo empezaba a conversar y él no me tomaba en cuenta se recostaba en el sillón y no me atendía bien y cobraba \$40mil y después me decía pero si tú sabes lo que te pasa.*

Paciente Yesenia: *Ellos como que son profesionales y no te dan como, como podría decirlo, como que no te dan el carisma que tú necesitas para poder conversar. Como que siempre te van a criticar que aquí y que allá.*

Paciente Prieto: *Putá yo me sentía como obligada igual, en ese punto sentía como puta esto me va a sanar po', y sentía como una obligación. Esa no es la forma obviamente, no llegarás a ninguna parte si sientes esa obligación que te imponen y para mí era caleta como impuesta como por todas las imágenes de autoridad de ese momento el médico y mi familia, aparte me sentía muy chica y muy invalidada entonces era como que estaba obligada en la wea po era como el*

deber ser.

Paciente Atilio: *La atención la califico como mala porque los doctores saben que ese exceso de tanta tableta a uno le jode el estómago, pero el medico no dice eso y le explica a usted oiga esto le va a producir esto y esto otro, el cumple con su deber de darle a las 8 esta tableta a las 10 esta otra o la mitad de esta. Pero ellos en el fondo saben que lo están jodiendo pero no le dicen a uno... ellos cumplen con decir en darle para tal hora y tal hora, esto puede comer esto no puede comer... entonces para mí fue malo.*

Para los pacientes, es el médico quien encarna y representa a la medicina; aquel que trae consigo la cura posible. En este sentido su figuración social escapa a la mera aplicación de métodos pues los pacientes, en un tema tan sensible y especulativo como la salud, abren las puertas y permiten, sin ningún resquemor, que el médico entre en su vida. Ese acto es de una importancia radical, pues cuando el enfermo relata sus dolencias, síntomas o malestares, no lo puede hacer sin referirse al transcurso de su vida y ha hechos que la han marcado. Independiente de si la enfermedad es psicológica/emocional o física –como en el caso de Roberto y Silvana: cáncer- todos los pacientes construyen un relato para la enfermedad que aborda aspectos del pasado que se enfrentan con el presente de la enfermedad e inevitablemente hacen proyecciones si es que creen o no en curas posibles. Aquella apertura de un espacio tan íntimo para los pacientes posiciona si o si al médico como sujeto de poder: él los ve sufrir y sentir dolor, en estados dubitativos o temerosos, en otras palabras, observa como los pacientes reconstruyen sus vidas a partir de la enfermedad; estado que si o si se desea superar con ayuda del médico quien es *el* que, para los pacientes, sabe.

Mala relación, poca empatía, nula comunicación, asimetría y distancia son palabras que aplican muy bien para caracterizar la relación médico/paciente. Mientras el equipo médico siga valiéndose de los protocolos y metodologías científicas que avalan observar al enfermo como fenómeno natural, por ende, objeto de estudio, difícilmente la relación será fructífera en tiempos donde el cuidado de la salud es una búsqueda por parte de los pacientes por métodos que no abusen de la tecnología y que no sean invasivos para el cuerpo. Además, otro factor importante es que los pacientes no buscan la mera aplicación del método sobre sus cuerpos sin comprender nada, todo lo contrario, ellos se encuentran en busca de tratamientos que puedan entender en sus propios términos, y, si el médico no comprende esta

nueva concepción del cuidado de la salud, su figura seguirá pareciendo distante, autoritaria, indiferente y paternalista.

Hechos como la medicación incesante y los efectos secundarios, la programación de sesiones cronometradas, el alto costo económico en el caso de las consultas privadas y el poco respeto a la intimidad han llevado a que los pacientes definan en términos negativos el proceso de enfermedad y tratamiento vivido en la medicina alópata. La figura de los médicos parece haberse convertido en otro instrumento de la tecnología. El médico, en base a la aplicación correcta del protocolo, termina siendo otro aparato tecno-científico que actúa de forma automática e instrumental. En este sentido, enfatiza el carácter nosológico para tratar la enfermedad y así elimina el elemento fundamental en el proceso de esta, a saber, la biografía de las personas.

Los pacientes esperan más que una relación contractual con quien sea la persona/medico/terapeuta que los ayude a superar la enfermedad. En este caso el médico, y su rol institucionalizado, re-crea y auspicia constantemente la pasividad de los pacientes al no incluirlos en el tratamiento ni mucho menos en la toma de decisiones en lo que ellos consideran mejor para su salud en ese momento. Los pacientes concuerdan que en teoría se les pide su opinión pero que en la práctica ésta no se toma en cuenta. Esto es claramente expresado en palabras de Teresa Porzecanski:

“... la institucionalización del tratamiento de la enfermedad supone en mayor o menor grado una violación permanente de la autoestima de enfermo, de sus derechos como sujeto adulto dotado de autodeterminación, y una consideración para con su cuerpo” (Porzecanski, 2008)

Así lo encontramos en palabras de nuestros entrevistados:

¿Los psicólogos en las consultas te pedían tu opinión, por ejemplo que considerabas tu qué era lo mejor para tu tratamiento?

Paciente Yesenia: *La primera psicóloga no, la segunda sí.*

Paciente Prieto: *Sí, en teoría sí, pero como que no les importaba mucho.*

Paciente Megan: *Para nada, no tomaban nada en cuenta lo que decía.*

¿El médico le preguntó respecto a su vida espiritual, lo impulsó a tomar decisiones o le preguntó que consideraba mejor para su tratamiento?

Paciente Sandra: *El psiquiatra no, pero el psicólogo sí. El psiquiatra se gana la plata fácil, él se sienta te dice este medicamento estas dosis y chao y solo un par de minutos.*

Paciente Prieto: *no po', eso nunca te lo preguntan... eso no te lo dicen si es lo que quieren ellos nomas'po, que es lo mejor porque han estudiado tienen diplomas el típico rollo.*

Los pacientes se ven enfrentados no sólo a un tratamiento que no comprenden, sino también al rol del médico, que en la institucionalización de sus funciones, cae en la ideología cientificista de no introducirse en el proceso, de abordar los elementos presentes en el transcurso de la enfermedad, incluso al paciente, de una manera objetiva y distante.

2.3- La eximición de las funciones sociales

No deja de ser cierto que una persona enferma al acudir a la consulta médica pueda quedar eximida de sus funciones sociales en el caso de que el médico así lo considere pertinente. En este caso, el médico prescribe un periodo de reposo mientras continúe el tratamiento: asistir a las sesiones, ingerir los medicamentos a la hora adecuada y, en ciertos casos, hacer una dieta especial. Aun así, la eximición de las funciones sociales está referida, y generalmente en casos de gravedad, sólo al trabajo. Las personas adultas cuando son relevadas de sus obligaciones como el trabajo por prescripción médica, dejan de trabajar por un periodo corto, pero no dejan de ser padres, madres, estudiantes o un sinfín de tareas más que los pacientes cumplen en la vida diaria. Se debe comenzar a precisar que las funciones no sólo remiten a un ámbito laboral, sino también a contextos familiar y social. Comprender esto es de suma importancia, porque de la única función que exime la prescripción médica es de la laboral, y esto no sucede siempre pues en el caso de nuestros entrevistados aun cuando estaban en pleno tratamiento continuaba trabajando porque no hay otra opción para ellos. Los pacientes deben seguir manejando sus vidas mientras están enfermos y en tratamiento, experimentando sentimientos y acciones contradictorias. No dejan de ser padre/madre, no dejan de preocuparse por la sobrevivencia: pagar cuentas, arriendos, deudas. En este sentido el proceso es

crudo en tanto se vivencia la enfermedad y el (total) cumplimiento de las funciones sociales como algo que se debe asumir porque ha tocado vivirlo sin poder revertir la situación.

El paciente Roberto, odontólogo, lo rememora de la siguiente manera:

Bueno como trabajador me limitó. Tuve que dejar de trabajar porque no era recomendable seguir trabajando, quizás sí pero mucho menos por arriesgo de contaminarme un resfrío, el polvo, humo que se yo, es un riesgo. Me limito en la parte laboral, en mi parte deportiva también me limitó totalmente no pude hacer más bicicleta. Mi vida familiar obviamente cayó en la preocupación constante de estarme viendo de si me ahogo, si no, que no haga exceso de movimiento, etc, hay una sobre protección. Pero por ejemplo mi hijo mayor, respecto a mi enfermedad, sufrió un ataque de pánico y se ha visto bastante golpeado por mi enfermedad.

Son claras las consecuencias sociales que trae la enfermedad y que sobrepasan el ámbito laboral. En este caso, Roberto había sido diagnosticado con cáncer por lo que debió abandonar sus funciones de trabajo, pero como observamos, solo se vio eximido en su parte laboral y deportiva, pero, en otros factores tan importantes para la sanación como lo son la cercanía con la familia no hay estatuto que le permita eximirse: debe seguir siendo padre y esposo, asumiendo consecuencias negativas que la enfermedad trajo consigo no sólo a él sino también a su círculo más íntimo.

De la misma forma lo experimentaron la paciente Megan y la paciente Sandra respectivamente:

P. M.: O sea como yo en ese entonces estaba con mi ex pareja, me afectaba mucho porque yo tenía que ver que él tenía que convivir con la enfermedad que yo padecía, o sea no era la idea que un joven de 19-20 años, entonces para mí era fome porque teníamos peleas también, entonces la relación costaba llevarla porque a veces yo me sentía demasiado mal y estaba mal con todo. O que a veces él tenía que verme demasiado delgada yo con mi cuerpo y con cortes, que no dormía, con cara horrible. A él le afectó bastante también que yo estuviera así, y a mí también me afectaba verlo que el sufría por mi culpa.

P.S.: A veces yo me desquitaba con mi hijo, yo le transmitía a él las inseguridades y los miedos, lo más terrible es cuando tú eres una persona débil y temerosa los miedos se los transmites a tu hijo.

Lo que se busca dejar en claro en este apartado del análisis, está en relación con que la eximición de las funciones sociales al estar en la categoría social de enfermo no es tal, o lo es en casos de enfermedad grave/terminal. La mayoría de nuestros entrevistados ni siquiera dejaron de trabajar cuando se encontraban en tratamientos con la medicina alópata. Así, además de desempeñar sus roles laborales, mucho menos se vieron eximidos de sus roles familiares y obligaciones sociales. El estar enfermo se transforma en una preocupación extra pues el paciente comprende no sólo que debe seguir trabajando porque no hay otras posibilidades, sino que además debe asumir y cumplir –en términos funcionalistas- con todos los otros requerimientos del el sistema social.

3-Experiencia en el tratamiento de la enfermedad con Medicinas Complementarias Alternativas

Luego de haber tratado sus enfermedades con Medicina Alópata y no obtener los resultados esperados para su salud, los entrevistados de la presente investigación inician la búsqueda de nuevas posibilidades para abordar la enfermedad. Es en esta búsqueda, en donde se repiten las relaciones de la Autoatención entre el paciente y su microgrupo, entre el paciente y las experiencias de otros pacientes, entre el paciente y la búsqueda de información, que arriban a los métodos considerados como Medicinas Complementarias Alternativas. No se debe obviar que ha sido un largo trayecto, en la mayoría de los casos, el que han recorrido los pacientes para tratarse con MCA. Aunque la mayoría dice haber poseídos conocimientos mínimos o referencias respecto a estos métodos, todos los pacientes optaron por comenzar su actividad terapéutica con Medicina Alópata no aludiendo razones específicas para ello, pero dando a entender que en estos casos opera, según nuestro criterio, el paradigma cultural dominante.

Al igual que en la Medicina Alópata, el conocimiento de las MCA se encuentra mediado por el microgrupo y los medios de comunicación. Todos los pacientes refieren a familiares, cercanos o conocidos, y al internet, como las fuentes de los conocimientos poseídos sobre las MCA. En mayor medida que en la MA, aquí opera la referencia al tratamiento de otros pacientes, siendo la experiencia del otro la que provoca más seguridad pues ésta funciona como prueba verídica de que las MCA funcionan y pueden traer buenos y eficaces resultados para la enfermedad en cuestión.

Como afirmamos anteriormente, es la experiencia negativa y hasta a veces traumatizante con MA el motor principal que direcciona a los pacientes a buscar nuevos tratamientos por sobre otros factores como, por ejemplo, el económico. Los tratamientos impersonales e ilegibles con resultados que complican o dificultan la restauración de la salud generan la *migración* de los pacientes de un método a otro. Pero no es solo en la lógica de los resultados que el método alópata se desestima pues ninguno alcanzó a terminar el tratamiento, sino que sobretodo, es en términos de experiencia. En la experiencia del tratamiento médico, entendida como proceso vivencial en que se dispone del cuerpo, la mente y las emociones, nos encontramos con referencias por parte de los pacientes que aluden al miedo, a la inseguridad, al trauma y a la denigración de su condición respecto a la institución médica. Comprender esto genera una lectura mucho más acabada respecto al fenómeno, en la que podemos encontrar, a partir de un proceso de reflexión corpórea (Varela), las causas fundamentales que provocan en los pacientes el abandono de los tratamientos alópatas.

Los pacientes así refieren al factor que los llevó a utilizar MCA

¿Por qué decidió venir a este centro?
<p>Paciente Prieto: <i>Porque a mí me habían diagnosticado con depresión mayor hace hartos años, hace tiempo y estuve tratándome con antidepresivos y todo el rollo no me sirvieron de nada, después dejé de hacerme cualquier cosa y después de nuevo, de varios años, empecé a tener bajones de ánimo y ahí empecé a averiguar que me podía servir y conocí eso.</i></p>
<p>Paciente Megan: <i>Fue como si no iba a las terapias, no sabía que más podía seguir haciendo, por ejemplo ya la psicóloga y la psiquiatra no me estaban ayudando, entonces estaba como pucha si no me están ayudando y puedo recaer, chao, interna.</i></p>
<p>Paciente Hughes: <i>No quise seguir con la vía, después del diagnóstico definitivo: cáncer, la vía de la medicina tradicional digamos porque por un lado te produce, digamos te ayuda y por otro lado te destruye. Y en el caso mío destruirme lo que me quedaba de pulmón era matarme rápidamente.</i></p>
<p>Paciente Sandra: <i>Porque necesitaba sanarme los medicamentos ya no me estaban haciendo bien, yo, la Sandra, necesitaba encontrarme conmigo misma.</i></p>

3.1 La otra parte del fenómeno: La voz del paciente

El paciente, en las Medicinas Complementarias Alternativas, no solo es portador de una enfermedad dispuesta para análisis, sino, contrariamente, es portador de una historia –la de su biografía- que lo ha llevado a padecer la enfermedad. Gracias a los pacientes entrevistados en la investigación, podemos aseverar que tanto para una enfermedad de tipo psicológico/emocional como para una enfermedad física, el paciente tiene una historia que narrar que lo lleva a vincular hechos que podrían parecer distantes o contraproducentes al momento de abordar las causas de la enfermedad.

A pesar de que la terminología conceptual de Medicinas Complementarias Alternativas abarca un gran abanico de técnicas terapéuticas, basadas en diversos paradigmas culturales (medicina china, india, mapuche, homeópata, etc.) todas ellas parecen otorgarle una importancia en mayor grado que la MA, a la voz de los pacientes. Al igual que en la Medicina Alópata, las distintas terapias de las MCA también cuentan con una aplicación/metodología específica. Así para el caso del Biomagnetismo y la aplicación de imanes, para la Acupuntura y la utilización de agujas, para la Hipnosis y las técnicas de relajación o para las Flores de Bach y el uso de esencias de plantas. La diferencia entre ellas radica sólo en la aplicación del método específico de sanación, pero se puede inferir que todas concuerdan, a partir de lo relatado por los entrevistados, que para iniciar una actividad terapéutica deben entrar en la lógica del tratamiento tanto la aplicación del método como la narrativa del paciente. Aquí radica una de las grandes diferencias respecto a la Medicina Alópata, pues ésta se queda sólo en la aplicación del método sin otorgarle al paciente la posibilidad de entrar, como eje central, en la actividad terapéutica. Podemos comprender esta actividad como un proceso en que se interrelacionan tres ejes: el paciente, la enfermedad y el encargado de reestablecer la salud. El paciente, como portador de una historia en la que se circunscriben las causas, la enfermedad como consecuencia, y el/la terapeuta como medio de sanación. Estos tres ejes componen el fenómeno enfermedad/salud, y a esto remitimos cuando hablamos de la otra cara del fenómeno que la Medicina Alópata no toma en cuenta, que es la experiencia misma del sujeto.

La narrativa encuentra su espacio en las MCA en el diálogo entre paciente y terapeuta o, como los mismos pacientes denotan, en la conversación. Es en este momento en el que el paciente refiere a su vida, la que a partir de múltiples experiencias, construye una historia particular. En esta narración, que podría

asemejarse al psicoanálisis, el paciente asienta o descubre las causas de su enfermedad. El diálogo con el terapeuta es un diálogo consigo mismo en el que se indagan las causas sobre las cuales se trabajará. Independiente de las causas descubiertas los métodos de las MCA no varían, sino que se ajustan a la demanda del paciente. En este sentido no hay una normativa ni un protocolo específico como en el caso de la MA, sino que lo que observamos es un intercambio de información – entre terapeuta y paciente- con el fin de sentar las bases explicativas de la enfermedad, en donde un sinnúmero de componentes que podían resultar sinsentido en la etiología de la enfermedad, cobran una significancia primordial.

El inicio del tratamiento de las MCA comienza siempre adentrándose en la historia del paciente, para a partir de la construcción biográfica de éste ir fabricando, no un tratamiento pre-determinado, sino los temas o puntos a tratar.

¿En qué consiste el inicio del tratamiento con la terapeuta?

Paciente Megan: *Yo llegaba y ella me preguntaba cómo había estado, que había hecho. Primero conversábamos, le decía lo que en ese momento estaba sintiendo, de ahí ella me daba su punto de vista de las cosas que creían que me estaban afectando, me explicaba ciertas cosas, y ahí yo le decía “mira sabes que me quiero tratar por ejemplo que estoy muy nerviosa o desconcentrada, entonces ella me decía ok. Y ahí comenzaba su terapia.*

Paciente Carmona: *Primero yo entraba, aunque fueron cambiando los métodos, como adaptándose a mí, yo entraba le conversaba respecto a este problema o a este otro, como me había sentido, después le decía que quería lograr y solucionar.*

Paciente Sandra: *Yo a ella le he contado toda mi vida para que me pueda ayudar y comprender, y esa es la diferencia entre los médicos y estas MCA. Los médicos se enfocan a lo que estudiaron y a la parte que se especializaron, corazón, intestino con sus especialidades pero no se enfocan en saber que te provocó eso... con la Terapeuta se preocupa que es por eso empieza a preguntarte a preguntarte y así entra para ayudarte.*

El hecho fundamental en el método de las Medicinas Complementarias Alternativas, a diferencia de la aplicación del método científico, radica en que no niega ni marginaliza la experiencia del paciente. Más aun, propicia el espacio para que el paciente, en sus propios términos, reconstruya su vida y la experiencia que la liga

con la enfermedad. En este sentido, cuando se trata la enfermedad en las MCA, se reafirma la capacidad de autoconocimiento e interpretación del paciente, otorgándole plena legitimidad a la experiencia de éstos.

3.2 Lo Holístico como metodología

Como abordamos en el Marco Teórico, la MCA trata la enfermedad desde un enfoque Holístico. Esto quiere decir que en el proceso del tratamiento son incluidos elementos de diversa índole dentro de las causas posibles de la enfermedad. Tanto factores internos/personales como externos/causas sociales pueden provocar la aparición de ésta. Así, la salud se comprende como un estado de equilibrio entre los diversos elementos que conforman la biografía de los pacientes. Se advierte, entonces, a la enfermedad como una experiencia y proceso que abarca la vida en general y no sólo los síntomas visibles en el cuerpo. En este sentido, y como método diferenciado de las MA, las Medicinas Complementarias Alternativas buscan revelar y tratar las causas de la enfermedad y no solo lo síntomas.

El tratamiento de MCA ¿de qué forma trabaja la enfermedad, como un todo (holismo) o como problemas específicos del cuerpo?

Paciente Hughes: *no sé si pueda explicar con precisión pero estamos claro que el tratamiento alopático va directo al síntoma, la Medicina Alternativa va al fondo. Esa es la diferencia principal. Todos los medicamentos van a apagar un incendio pero no la causa. En el Medicina Alternativa es como buscar la causa y tratar la enfermedad desde ahí. He visto resultados con el tratamiento Medicina Alternativa.... Ir para allá es tratar el origen no solamente el síntoma...*

Yo diría que global porque el tratamiento no está enfocado solamente en el cáncer, sino que involucra todo, al bienestar completo.

Claro, es que mira, si es cosa de ver nomas. Te duele la cabeza metete un analgésico, pero ¿por qué te duele la cabeza? estas tenso, tienes un tumor tienes hipertensión hay tantas cosas que pueden generar un dolor de cabeza, pero uno se toma un analgésico y se olvida el por qué.

Paciente Silvana: *Si totalmente, porque en la parte médica, el médico te dice vamos a poner una droga que no se puede ni siquiera decir los nombres, vamos a poner de esto, de esto y de lo otro, y te vas a sentir de todas estas formas, estas serán tus reacciones, entonces es una cosa bien*

sistematizada. En cambio acá, es más amplio el tema porque yo puedo pasar de esto a esto otro, relacionando las cosas que me pasan en un tratamiento holístico.

Paciente Carmona: *Podríamos decir porque como ella yo le hablaba de todo, ella me preguntaba todo tipo de cosas, algunos problemas yo pensaba que era por una cosa y ella me hacía darme cuenta que me pasaban por otra cosa que yo ni siquiera se me había ocurrido. Entonces solucionábamos el problema viéndolo desde varios puntos de vista.*

Podemos observar que el carácter Holístico de las Medicinas Complementarias Alternativas, aborda y comprende a la salud como un equilibrio de todos los aspectos del individuo en su vida en general. Esto incluye el espíritu, la mente, el cuerpo, las relaciones personales y las relaciones sociales en todos los niveles experimentados. Una de las características del método Holístico, en contraposición al método de la Medicina Alópata, radica en que es antagónico a los caracteres nosológicos y reduccionista. El cuerpo deja de estar fraccionado en partes distintas que parecen no interrelacionarse, para formar una unidad total que permite comprender, por ejemplo, que un dolor de colon puede provenir de un estado de nerviosismo constante en el paciente. En este sentido la etiología de la enfermedad deja de responder a un cuadro en específico, a un catálogo de las enfermedades que desconecta el cuerpo, para comenzar a basarse en los aspectos que el paciente considera como posibles fuentes. La importancia de lo experimentado por el paciente y sus explicaciones respecto a su enfermedad cobran sentido inmediato, pues se asume, como carácter filosófico tal vez de las MCA, que el individuo comprende un todo –una vida- y que la fragmentación de su experiencia jamás permitiría tratarlo de forma correcta.

3.3 El paciente participativo y la colaboración mutua

El hecho anterior de otorgarle espacio en la actividad terapéutica a la narrativa del paciente, no remite sólo a que éste haga un recuento de las vivencias que él cree que lo ligan a la enfermedad como posibles causas. El paciente, en el caso de las MCA, tiene el poder de direccionar el tratamiento de acuerdo a los ejes sobre los cuales desea trabajar y que él desea sanar. Como observamos anteriormente, los pacientes siempre arriban a las consultas con un pre-diagnóstico realizado por él y su microgrupo. A diferencia de la MA, cuando el paciente acude a cualquier consulta basada en los métodos de las MCA, este pre-diagnóstico es considerado como la

piedra angular de manera que el tratamiento comienza desde allí. Es este pre-diagnostico el paso inicial en la actividad terapéutica. Para esto es necesario que los pacientes sepan reconocer y rememorar la experiencia vivida con el fin de acceder de la manera más sencilla posible a los estados vulnerables que podrían funcionar como barreras para abordar la enfermedad. A pesar de esto, de acuerdo a los entrevistados, afirmamos que una persona en su afán de querer sanarse, y en su búsqueda por un método para aquel acometido, no opondrá resistencia y, es más, estarán totalmente disponibles, abiertos y hasta ansiosos, de narrar la experiencia relacionada a la enfermedad para encontrar la cura.

Paciente Megan: *Lo que digo, es decir, yo soy el paciente y yo sé lo que me pasa y ella se da cuenta de eso. No es como en los otros lugares en que me traté, como que te dicen que el paciente está medicamente inestable y no puede tomar decisiones sobre el mismo. Siento que he colocado mucho de mi parte para mejorarme en esta terapia, porque antes tampoco lo hacía porque no me parecía, y como no estaba viendo ninguna ayuda era como “ya, para que voy a intentar hacer algo si realmente no me está ayudando aunque yo lo intente”.*

Paciente Roberto: *Si, si los comentarios todo es considerado. Hay una buena comunicación e intercambio, porque ella siempre me pregunta cómo me he sentido, como he estado, en el fondo le cuento un poco como ha sido mis días entre una sesión y otra ...*

Paciente Sandra: *Claro porque uno le dice mira sabes que me gustaría trabajar esto, y ella dice ya ok y lo combinamos con esto, y es solo trabajar la mente.*

La participación de los pacientes, en sus propias respuestas, es activa. En preguntas tan directas realizadas en la entrevista como **¿Cómo consideras que ha sido tu participación en el tratamiento, te consideras participativo o activo?, ¿Le pregunta que es lo mejor para usted, como por ejemplo, para guiar el tratamiento?** Todos los pacientes responden de forma categórica que se sienten partícipes y activos en el tratamiento con MCA. Esto se debe a que se asume que no se puede reconstruir la enfermedad sin la historia del paciente y la injerencia de éste. Es más ellos revelan que se les “exige” que pongan de su parte para que el tratamiento obtenga resultados beneficiosos. El carácter de compromiso que

adquiere el paciente para con el tratamiento es fundamental pues depende de él, y no solo del terapeuta, lograr reestablecer la salud.

Este trabajo cooperativo entre paciente y terapeuta, esta colaboración mutua como nombramos, es algo que los pacientes deseaban encontrar, no sólo por el hecho de hallar un puente comunicativo certero y verdadero con el médico o terapeuta, sino porque realmente creen que sus nociones o sospechas respecto a las causas de la enfermedad son legítimas y deben ser escuchadas. Pero esta relación no sólo queda en los encuadres de una consulta, los pacientes comprenden muy bien que la salud y la enfermedad son procesos en los que se ven envueltos a cabalidad como personas, por ende la confianza, el respeto por la integridad y la intimidad, y el compromiso del terapeuta es valorado como algo sumamente positivo. Se infiere que para los pacientes es fundamental que un especialista no aplique sólo los métodos terapéuticos, sino que también sea vuelva partícipe en el proceso de sanación. La figuración social del médico o la terapeuta siempre encarna el mito de la persona capaz de restablecer la salud –la imagen del curandero por ejemplo- posición que le otorga, de manera adscrita a su rol, respeto, confianza y hasta admiración. Es en ese contexto que también los pacientes buscan afectos por parte del terapeuta, a través de una relación de compromiso y compañerismo, en desmedro de una relación autoritaria, sintiendo que la atención debe ser personalizada y cercana y no funcional y mecanicista.

¿Cuáles es su opinión al cuidado del terapeuta y al apoyo que recibe por parte de ella?

Paciente Cárdenas: *Es bueno es completo porque ella no solamente trata con la hipnosis, ella también me hizo a mi seis sesiones de intoxicación iónica. Entonces uno se siente que alguien está pensando en ti, te está ayudando quizás más de lo que a ella le corresponde. Estoy satisfecha con su labor totalmente.*

Paciente Prieto: *Mucho apañe, que después de esa primera experiencia empecé a tener otras en otros lados con distintos terapeutas y como algunos cada vez más fuertes, también como espiritualmente entonces, como su contención también es más grande, entonces puedes llegar a problemas más profundos también entonces es bacan.*

Paciente Neut: *si, o sea yo sentí que efectivamente hay otro tipo de... se forma igual un vínculo aunque sea terapéutico, pero si es un vínculo donde*

sientes que hay que hay un espacio y un tiempo donde efectivamente recibes atención, como una atención profunda cachai, que no pasa en la medicina tradicional que es un sistema que está súper agobiado, yo tampoco soy anti alópata, creo que efectivamente hay cosas que funcionan como que son necesarios como que pueden ayudar mucho, como si me fracturo una rodilla cachai? pero está súper saturado también ese sistema, claro ver todo el entorno, las causas, todos los otros factores de porque llegaste a fracturarte la rodilla es algo que quizás estas terapias alternativas te puede ir mostrando.

¿La terapeuta te impulsa para que tú decidas que es lo que puede ser mejor en tu tratamiento?

Paciente Yesenia: *Si po, ella hace que me dé cuenta de lo que necesito como ahora más importante, me escucha en ese sentido y me pide la opinión.*

Paciente Rivero: *sí, es que yo creo que en estas medicinas de eso se trata, uno sabe también lo que quiere para sentirse bien.*

3.4 La eficacia de las MCA: resultados beneficiosos para la salud

En las Medicinas Complementarias Alternativas se incentiva una participación total y consciente del paciente, pues se asegura que mientras él esté completamente involucrado y comprometido con el tratamiento se obtendrán mejores resultados en el tratamiento. A lo largo de la carrera del enfermo, luego de diversos tratamientos alópatas complicados, observamos que los pacientes, en su necesidad de sanar, se caracterizan por mostrar una actitud cooperativa y expectante respecto de la actividad terapéutica con MCA. Hemos observado en algunos casos de la muestra que luego de varios intentos, los pacientes llegan a las MCA con la idea de que enfrentan la última instancia posible para sanar, independiente de si conocen o no estos métodos.

Como observamos anteriormente, la colaboración mutua entre paciente y terapeuta aboga por construir un trayecto de la enfermedad, entendido esto como el descubrir/establecer los factores causales del padecimiento hasta la situación actual del paciente, para intentar “sacar de raíz” el malestar. Se debe destacar este “sacar de raíz el malestar”, porque que a diferencia de la MA, el objetivo final de las MCA conduce a una completa restauración de la salud de la persona, en contraste con el tratamiento médico que trata sólo los síntomas obteniendo, la mayoría de las veces, resultados paliativos y poco perdurables en el tiempo. Es fundamental observar que

los resultados beneficiosos para la salud obtenidos en las MCA sólo son “medibles” y comprobables en las palabras de los pacientes. En este sentido no podríamos asegurar que la mejora o sanación de los pacientes pueda ser demostrada científicamente a través de valores bioestadísticos que permiten, por ejemplo, dar el alta. Así, el discurso de los pacientes es primordial, ya que los beneficiosos para la salud son tangibles en sus palabras, en las que importa mucho más la concreción y obtención de resultados eficaces que la explicación del mismo tratamiento. Si el procedimiento funciona, entonces parece que la explicación de aquella efectividad no importa tanto como lo conseguido. Independiente del tratamiento utilizado, los pacientes reafirman la importancia de los resultados. La mayoría de estos se ha aplicado más de un tipo de terapia de las MCA, y en una especie de cadena consecutiva, se observa que un método llevó a la utilización de otro. A partir de lo efectivo de un tratamiento con MCA los pacientes tienden a seguir buscando cual es el que se acerca más a lo que ellos desean trabajar. Un fenómeno no menor en este sentido tiene relación con que los pacientes dan a entender que desean continuar asistiendo a terapias alternativas independiente de si se encuentran enfermos o no, la explicación de ellos reposa en que creen necesario mantener siempre en equilibrio el estado saludable logrado, y para ello pueden dejar de asistir por un periodo de tiempo a los tratamientos pero siempre con la idea e intención de volver para trabajar lo que ellos consideran “detalles”. Se podría interpretar este hecho como una nueva Carrera del enfermo pero suscitada en las MCA, lo que abriría nuevos campos de investigación respecto a la enfermedad, a los tratamientos y a la salud.

¿Qué resultados espera obtener/obtuvo aquí que no haya tenido antes?

Paciente Atilio: *Aquí obtuve mi mejoría total, yo la considero total. Y tuve mi visión hacia adelante, hacia lo que uno no ve, ahora lo puedo ver... yo ahora veo un futuro para mí. Vivo de mi pensión de la ayuda de mis hijos, tengo mi huerta...*

Paciente Megan: *Si, completamente, estaba mejor, estaba repuesta, tenía como seguridad en mi misma, había salido de cuarto medio, estaba preparada para dar la PSU y estudiar, pero preferí no estudiar este año, y seguir tratándome y trabajar. Cuando me iba a dar el alta, antes de eso, deje de ir porque pensé “para qué seguir yendo si ya me sentía también”, y ahí creo que fue un error mío no terminar el ciclo... Si, sentía más apetito, menos nerviosa, me sentía anímicamente mejor, estaba feliz, despertaba con ánimo.*

Paciente Carmona: *Porque como había leído del tema y las personas que me recomendaban yo confiaba en ellas, al principio esta escéptico, pero después de la segunda sesión ya notaba los resultados y fue como ya no aquí estoy listo, aquí me quedo.*

Paciente Sandra: *Ser feliz, primero el apoyo personal de ella que me entregó ya era distinto y ahora veo las cosas con más claridad, yo hoy en día no tomo medicamentos, duermo, lo que no estaba haciendo, yo antes no dormía nada, las crisis de pánico me daban a las 2am y me duraban hasta las 6 am y ahí me va al trabajo y estuve así como cuatro años.*

Paciente Yesenia: *Cuando empecé con el tema de la depresión no quería ni comer quería estar todo el día hechá´ durmiendo, viendo tele, era lo único que hacía, y cuando empecé con la terapia me puse más segura de mi misma, más alegre, tenía ganas de hacer otra cosa, porque de hecho cuando empecé con ella agarre el vuelo y dije ya voy a estudiar, nunca pensé que iba a estudiar e ingresar a enfermería, no estaba ni ahí antes, entonces me abrió otras puertas.*

Paciente Sandra: *Es una alegría inmensa porque uno que conoció la parte, el lado b de todo este asunto, las enfermedades quitan muchas cosas como el estado de ánimo, el entorno, hay un sufrimiento, no lo demostraba por mis hijos o sea que fome que ellos tengan el espectáculo en la casa, eso también tiene un trabajo, un trabajo mental que ayuda a que uno este fuerte. Ahora que estoy en esta etapa igual su lado bueno ahora que estoy sana estoy feliz, porque me siento bien, hago de todo.*

Los resultados obtenidos en este tipo de tratamiento no sólo han sido abordados por los pacientes. Como aseveramos, hay un paradigma integrativo desde las medicinas alópatas para con las medicinas complementarias alternativas. La evidencia basada en la experiencia de los pacientes y en la pronta promoción que éstos hacen de las MCA luego de haber logrado beneficios para la salud, ha llevado a que desde las ciencias comiencen a estudiarse ciertas terapias y, a medida que el sistema alópata luego de estudios científicos lo cree estimado, algunas de éstas han sido consideradas necesarias para su aplicación, pero, en el contexto chileno, sólo como terapias auxiliares del método alópata.

Es interesante que históricamente el aumento en el uso y promoción de las MCA provenga de la evidencia basada en la experiencia de los pacientes y no por la iniciativa del método científico. La poca aceptación de la MA para con la MCA no se condice con la realidad y con la descripción que los pacientes han hecho de los resultados. Las MCA pasan por una especie de escrutinio deliberado que, en la actualidad, solo alcanza para hablar de Medicina Integrativa en tanto la Medicina Alópata acepta e incorpora, dentro de sus términos, las terapias alternativas.

3.5 La responsabilidad y el Autocuidado

Los pacientes afirman el observar la enfermedad como un proceso más allá de un estado de deterioro físico o vulnerabilidad emocional. Para nuestros entrevistados, el fenómeno de la enfermedad comprende una especie de crecimiento personal que permite obtener una nueva visión de la vida y adoptar nuevos cambios, considerados positivos por ellos, en sus formas de ejercerla.

En este sentido el autocuidado y la responsabilidad posterior al tratamiento se tornan una tarea de primer orden. Ninguno quiere volver atrás y todos creen, ahora que se consideran sanos o menos enfermos, poseer las herramientas para controlar, disminuir o apaciguar los malestares acaecidos. Así, analíticamente, el rol del enfermo sufre alteraciones importantes como hemos observado en el transcurso de la experiencia en el tratamiento de la enfermedad con Medicinas Complementarias Alternativas. Primero al ser considerados dentro del proceso del tratamiento no sólo como el portador de un fenómeno científico, sino que sobre todo, como el eje y motor central de la actividad terapéutica. Si el paciente no comprende, no sabe o no asume su condición de enfermo en referencia a lo acontecido en su biografía difícilmente el terapeuta logrará resultados beneficiosos. Además, el paciente no es considerado solamente un elemento importante al momento de describir las causas por las cuales cree que está enfermo, sino también, como observamos, el paciente tiende hacia una actitud participativa en el tratamiento, afirmando qué es lo que desea tratar, direccionando la actividad terapéutica en colaboración activa con el terapeuta. Y, luego de obtener resultados eficaces y lograr restablecer su estado posterior tratamiento con MCA, los pacientes desarrollan una actitud preventiva, cambiando por lo general sus estilos de vida en relación a hábitos, alimentación, ejercicios, relaciones sociales y actividades varias, mostrando un alto compromiso con el autocuidado basado en su propia responsabilidad como persona.

4-El factor económico

El acceso a las distintas instituciones de salud en Chile está determinado por el factor económico. Como configuramos en el marco teórico, la posición socioeconómica determina directamente la posibilidad o imposibilidad del uso de variados servicios. Entre esos la salud siempre ha jugado un rol fundamental en tanto, estipulado en la Constitución, se considera un derecho legítimo para los ciudadanos el acceso a ésta pero que, en la práctica, termina transformándose en otro bien de consumo en el que es directamente proporcional la lógica económica de mejores servicios = mayores costos.

Son tres categorías, definidas en el marco teórico, las que determinan la posición socioeconómica en nuestra investigación: la ocupación, la educación y los ingresos. Una relación intrínseca acaecida en este apartado remite a que la educación determina la ocupación y posteriormente los ingresos. Como aseveramos en el apartado teórico, cuando uno de nuestros entrevistados no tenía una ocupación definida que le permitiera ingresos propios, pasamos a considerar los ingresos de su tutor respecto al tratamiento médico. Así para el caso por ejemplo del paciente Atilio, quien no posee ocupación y además recibe una pensión estatal menor al sueldo mínimo pero que, en el caso de los tratamientos médicos, fue su hija quien se hizo cargo económicamente, quien, detalla el paciente, tiene estudios universitarios y una carrera profesional. O también en el caso de los estudiantes universitarios entrevistados quienes algunos, a pesar de tener ingresos mínimos, fueron sus padres quienes se hacen cargo de los tratamientos médicos por el elevado costo de éstos.

Los hallazgos de esta investigación indican que el factor económico incide directamente, como posibilidad o imposibilidad, en el acceso a diversos tratamientos médicos, tanto a los pertenecientes a la Medicina Alópata como al centro estudiado que aplica las MCA. La mayoría de los pacientes entrevistados usó tanto el sistema de salud pública como el sistema de salud privada. Y generalmente optaron por abandonar los tratamientos del sistema público no sólo por nulos resultados sino también por diversas problemáticas referentes a la organización burocrática y al funcionamiento. En el caso de los tratamientos alópatas en el sistema privado, los pacientes también indican un elevado gasto en éstos que no se condice con los resultados obtenidos para la salud.

En el caso del Centro Médico Clínico, este pertenece al área de sistema de salud privado, no teniendo convenio ni beneficios con ninguna otra institución, por lo que el

factor económico es determinante a la hora de acceder a este servicio. En otras palabras más sencillas y directas: solo pueden acceder aquellos con una buena situación económica. En el caso de nuestros entrevistados, todos declaran ingresos –propios o de sus tutores- por sobre los \$600.000. En este sentido el factor económico incide de modo limitante. Así, los pacientes deben pagar – o sus tutores- directamente la terapia. Esto se condice con la realidad nacional en donde “el *gasto de bolsillo en Salud* es elevado en Chile: 4,6% mientras en el promedio de los países pertenecientes a la OCDE es de 2,86%, lo que, en términos de equidad social, está revelando una de las deficiencias más graves de nuestro sistema de salud” (Goic, 2015)

Paciente Megan: *Totalmente, porque de partida por ejemplo cuando iba a la iriología la consulta costaba \$10.000 o \$15.000 no recuerdo exactamente, más los remedios y ahí gastas entre \$50.000 y \$60.000 porque son más caros que un remedio tradicional... Si, llegar a estar terapias sale plata, porque si no tienes o no vas a poder pagarle el tratamiento, ella igual te puedo decir ya sabes que después me pagas, pero esa no es la idea. El dinero si o si es una limitante o un facilitador para llegar a estas terapias.*

Al observar la salud como un bien inherente a la condición de ser humano, creemos que el factor económico limita a cabalidad el acceso a este tipo de terapias, entendiendo que al ser efectivas y presentar resultados beneficiosos para la salud, todos debiesen tener la posibilidad de acceder sin importar la posición socioeconómica. A pesar de que esto pueda parecer una idealización del acceso a la salud, más bien se apunta a declarar críticamente que el Sistema de Salud en Chile se encuentra al debe al no lograr configurar una institución que no sólo atienda las necesidades urgentes respecto a la enfermedad, sino, y sobre todo, configurar un sistema de salud en donde se ofrezcan servicios con verdaderos resultados beneficiosos para la salud de los pacientes.

Conclusiones y Reflexiones Finales

A la luz de los resultados

La medicina alópata -sistema de salud estructurado y jerarquizado- obedeciendo a las normas propias del paradigma científico, observa a las personas/pacientes como fenómenos naturales propios de experimentación y espacio de aplicaciones de técnicas de acuerdo al método. Heredero de las ciencias naturales, el enfoque biologicista presenta problemáticas fundamentales para el tratamiento de la enfermedad en su totalidad: 1) supedita cualquier causa social a parámetros estadísticos (información sistematizada) que traducen los síntomas en *cuadros*, sin resolver ni prestar atención a las causales. En este sentido, en el caso de los valores bioestadísticos por ejemplo, éstos revelan la enfermedad solo en el estado corporal (biológico) pero no abordan la complejidad del fenómeno del padecimiento (y del paciente) en tanto ésta está cuantificada en cifras medibles adscritas a dichos cuadros de enfermedad, no considerando, como hemos observado, que la enfermedad es la corporización de factores emocionales, sociales, económicos y políticos ya que no hay una experiencia de enfermedad desprovista de los contenidos del contexto cultural. 2) El cuerpo como espacio fragmentado: el cuerpo es por antonomasia el espacio de la enfermedad para cualquier tratamiento, pero esto no quiere decir que todas las enfermedades encuentren sus causas solo en el espacio fisiológico. La M.A. solo considera el tratamiento de los síntomas, y éstos responden a cuadros rotulados (clasificaciones) de enfermedad que se superponen en el cuerpo que, a la vez, es fragmentado en partes en principio inconexas sin establecer relaciones de causalidad entre ellas. Así como observamos en los casos entrevistados, los síntomas de una misma enfermedad son tratados por diversos especialistas, proyectando el carácter nosológico no solo al cuerpo del enfermo sino también al trabajo del equipo médico. Éstos, atravesados por elementos propios de este “Nuevo Espíritu del Capitalismo” (Bolstanski & Chiapello, 2002) o del “Liberalismo Avanzado” (Rose N. , 1999) se ven interpelados por la racionalización, la tecnificación, la productividad, la fragmentación del conocimiento y la exigencia en términos de rendimiento empresarial -en un mercado laboral cada vez más competitivo- que genera fenómenos como la hiperespecialización profesional, actividad que propicia, sobre todo en el campo de la medicina, una heterogeneidad mucho mayor en torno a la cantidad de especialistas y consecuentes tratamientos, produciendo la pérdida de unidad de la enfermedad como *un* fenómeno complejo ya no solo en el cuerpo del paciente, sino que sobre todo en las técnicas aplicadas

hacia la enfermedad. En este sentido, los supuestos básicos nombrados de la medicina alópata se ejercen en la consulta médica a través de la internalización del paradigma por parte del equipo médico y de los usuarios. Esto trae como consecuencia la vivencia de una Experiencia Sistémica en desmedro de una Experiencia Subjetiva en los pacientes en el proceso de enfermedad. Con Experiencia Sistémica se busca englobar lo acontecido en la institución médica en dos niveles o aspectos. En su aspecto micro, haciendo referencia a lo anteriormente nombrado en tanto la enfermedad ya está “rotulada”, lo que indica que toda la información respecto a ésta ha sido sistematizada para poder ser tratada de acuerdo a un orden pre-establecido al que el paciente y el médico deben someterse sin poder ampliar los límites de la actividad terapéutica. Y por otro lado, en su aspecto macro, con lo que nos referimos a la relación del equipo médico con la institución médica, quienes, atravesados por los mecanismos del mercado anteriormente nombrados, se ven obligados a ejercer su profesión dentro instituciones altamente organizadas y administradas en las que generalmente cumplen un rol de funcionarios, perdiendo la facultad para situar y dirigir su trabajo supeditando su actividad a favor de una atención estandarizada y protocolar, hecho fielmente representado en la programación de sesiones cronometradas. Este hecho propicia que la figura del médico siga pareciendo distante, autoritaria, indiferente y paternalista. Asimismo, el cumplimiento protocolar del método, aplicado como mera técnica sobre los pacientes, no genera relaciones simétricas entre médicos y pacientes y no favorece a un tratamiento altamente efectivo. Así la función preventiva/curativa de la medicina alópata se ve atravesada por las directrices del sistema y el método que entorpecen el camino de la actividad terapéutica. Por otro lado, las funciones cumplidas por el sistema médico deben también estudiarse en directa relación al orden social, en tanto se dirigen al restablecimiento de las personas al cumplimiento de sus funciones en la estructura. Aquello puede tener un elevado costo en la salud de las personas, más aun cuando los tratamientos –referidos a enfermedades agudas desarrolladas y crónicas- no logran a cabalidad el acometido principal que es sanar y curar, sino que cumplen, en la mayoría de los entrevistados, la función de un analgésico necesario: aquello que permite suspender el dolor, los malestares y los síntomas por un periodo de tiempo necesario para cumplir los roles de ciudadano, trabajador o familiar. Este caso se agrava cuando las enfermedades se transforman en trastornos perdurables en el tiempo, ya que la función restaurativa de la medicina alópata no logra re-situar en sus funciones sociales en tanto el paciente no puede volver a reinsertarse en sus antiguas posiciones formales dentro de la estructura (roles) lo que genera no solo una Carrera del enfermo constante, entendida esta como el tránsito interminable de

los pacientes dentro de la institución médica, sino también la pérdida de la participación social. Por ende, las funciones del sistema médico también están dirigidas a las esferas de normatización y control, en tanto promueven formas de comportamiento en relación a la enfermedad a través de la prescripción de un tratamiento que regula el quehacer completo de las personas. En este sentido la medicina *normaliza* a los individuos en tanto los cuadros de enfermedad y posteriores tratamientos se dirigen a un *orden* social basado en la codificación de variables biológicas, permitiendo clasificar y dirigir no solo las enfermedades sino también a los pacientes más allá de la consulta médica.

La experiencia negativa de los pacientes no sólo se dirige a incompletos resultados de la actividad terapéutica alópata, sino también a la relación desarrollada con el médico o equipo médico en tanto ambos, médico y paciente, parecen tener internalizada la función de sus roles dentro de la consulta alópata generando un comportamiento predecible en donde el médico encarna a la autoridad y ejerce su rol desde un paternalismo y una distancia, anulando la capacidad de agencia de los pacientes, quienes denotan una actitud pasiva en la medida en que no se les permite participar del tratamiento, siendo marginalizados de la experiencia de su propia enfermedad. Esta internalización del paradigma trae como consecuencia un claro proceso de dominación ejercido sobre ambos roles, ya no solo en términos de relación asimétrica entre paciente y médico, sino que sobre todo a través de la presión ejercida respecto al cumplimiento de las funciones y características adscritas a cada rol.

Abordar la trayectoria del tratamiento de la enfermedad de los pacientes a partir de la experiencia de éstos, nos ha permitido no solo caracterizar y denotar los hechos más relevantes que nos permitan dilucidar, por ejemplo, si la medicina alópata cumple o no su función principal que es la de sanar, sino que nos permite abordar el fenómeno de la enfermedad/salud en su totalidad, en tanto el enfoque principal radica en dotar de sentido a las lógicas, prácticas y discursos que ponen en acción los sujetos en relación a la problemática suscitada en dicho proceso. Las experiencias individuales aquí estudiadas revelan lo problemático, en términos prácticos, de la aplicación del método científico, y es a través de estas que el individuo, como aseveramos, genera técnicas de medición, verificación y solución de problemas respecto al fenómeno. Abordar la Carrera del enfermo no sólo significa describir el tránsito del paciente en la medicina alópata a lo largo de su vida para establecer una cronología de sus padecimientos, sino que significa, por sobre todo, abordar a la experiencia de los pacientes entendida esta como una actividad cognitiva, normativa y social (Dubet)

En nuestro caso, al investigar un tema como la experiencia en los tratamientos médicos, podemos aseverar que esos cambios básicos que se producen en la experiencia individual al elegir un tratamiento en desmedro de otro o en la utilización de ambos métodos, van influenciando en las prácticas colectivas respecto al cuidado de la salud. El individuo experimenta, e independientemente de si esa experiencia es positiva o negativa, el individuo comenta, comparte, promociona o deslegitima. De esta forma, en referencia a la utilización de ciertos métodos medicinales en el cuidado de la salud, se operan cambios en la mayoría de los miembros aunque ocurran independientemente unos de otros. La proyección de este fenómeno, a través de las prácticas que terminan siendo colectivas, amplían los límites de representación de la medicina y la salud y pueden generar un Cambio Social en la medida en que se van generando procesos de información, conocimiento y experiencia compartida.

Podemos asegurar que los tratamientos médicos son un factor determinante en el uso de las Medicinas Complementarias Alternativas. Las experiencias clínicas alópatas negativas, posibilitan el uso de métodos alternativos y complementarios abriendo todo un nuevo campo experiencial para los sujetos. Ahora bien, se debe precisar que la utilización de estos métodos no representa el nacimiento de un nuevo paradigma de salud y la muerte del sistema tradicional de salud. En esta lógica moderna de ser el empresario de sí mismo, el individuo se ve no solo en la obligación de ser libre, sino de comprenderse y situarse dentro de la estructura social para <<saber estar>>, así observamos que el objetivo final de toda terapia, sea alópata o MCA, es “nada menos que la persona en pleno funcionamiento” (Rose N. , 1999). A pesar de que nuestro enfoque investigativo no se dirige a establecer a las MCA como un nuevo dispositivo de control, si podemos ratificar que los pacientes aquí entrevistados no dudarán en utilizar cualquier método disponible para buscar reestablecer su salud con el fin de seguir cumpliendo los roles adscritos al orden social, ya que la búsqueda de métodos terapéuticos, al igual que la elección de servicios, siempre apunta a poseer el que más se ajuste a las necesidades personales e íntimas para poder sobrevivir a las necesidades estructurales.

La experiencia con Medicinas Complementarias Alternativas

Queda manifiesto el cambio positivo que significa para los pacientes tratar sus enfermedades con algún método pertenecientes a las MCA. En referencia al proceso fisiológico del tratamiento los entrevistados destacan la utilización de métodos no invasivos ni con efectos secundarios negativos para el cuerpo. En el aspecto

relacional entre el paciente y terapeuta sobresalen elementos como un paciente con capacidad de agencia en tanto su acción es participativa, teniendo poder de decisión e injerencia en el tratamiento, lo que propicia una asociación, una colaboración mutua entre ambos, socavando no solo el paradigma protocolar y asimétrico entre autoridad e inexperto sino que sobre todo la racionalidad instrumental de las ciencias empíricas al darle otro sentido al proceso de enfermedad, lo que nos permite comprender esta actividad como un proceso en que se interrelacionan tres ejes: el paciente, la enfermedad y el encargado de reestablecer la salud. El paciente, como portador de una historia en la que se circunscriben las causas, la enfermedad como consecuencia, y el/la terapeuta como medio de sanación. Estos tres ejes componen el fenómeno enfermedad/salud, y a esto remitimos cuando hablamos de la otra cara del fenómeno que la Medicina Alópata no toma en cuenta, que es la experiencia misma del sujeto.

Por otro lado, es fundamental el abordar el fenómeno de la enfermedad a partir de nuevos elementos. Ya que esta no es considerada por los pacientes solo como un estado físico deplorable e indeseable, sino que como un proceso, una vivencia o un fenómeno complejo en el que diversos factores de orden individual y colectivo inciden. El comprender el fenómeno de la enfermedad y abordarlo de forma Holística permite establecer relaciones causales inexistentes en la M.A. Factores sociales como el trabajo, la economía o el contexto político, no solo pueden ser causas de la enfermedad, sino que también proveen de significados particulares al padecimiento sufrido en un contexto cultural determinado, pudiendo generar incluso, en su aspecto más negativo, el desgaste de la identidad y la pérdida de la participación social de un paciente. Por otro lado, el desarrollo de aspectos subjetivos del paciente también deber ser considerados en tanto éstos afirman que sentimientos y estados emocionales determinados intervienen e influyen en el estado biológico vulnerándolo o debilitándolo. En este sentido la Experiencia Subjetiva del paciente debe ser un elemento de primer orden en el tratamiento de una enfermedad comprendida ésta ahora como un proceso y fenómeno complejo.

Estos cambios acaecidos sobre el fenómeno de la enfermedad, pueden interpretarse también como un cambio social en las creencias y actitudes por parte de la población, quienes, a través de la experiencia del fenómeno, crean prácticas relacionadas al cuidado de sí, desarrollando una actitud preventiva, cambiando por lo general sus estilos de vida en relación a hábitos, alimentación, ejercicios, relaciones sociales y actividades varias, mostrando un alto compromiso con el autocuidado basado en su propia responsabilidad como persona.

Por otro lado una “nueva” cultura de prácticas medicinales re-emerge ya que hay un conocimiento re-integrado, perteneciente a un saber desechado –como la homeopatía por ejemplo- que se consideraba como primitivo o de menor orden dentro de la razón científica y el empirismo.

Aporte al campo de la sociología y la medicina

La presente investigación tiene como propósito aportar al estudio de la Sociología de la Salud para abrir el campo de discusión no sólo en esta área, sino también en el quehacer médico y el Sistema de Salud en Chile. Para ello es que se decidió trabajar con la perspectiva experiencial de los pacientes con la intención de 1) abordar la temática metodológica y conceptual respecto a la experiencia social al ser un elemento en auge en el estudio de las ciencias sociales en el que el la voz del individuo adquiere rol fundamental y 2) porque el estudio de la experiencia es el único elemento que nos permite revelar, desde el punto de vista de los pacientes, una de las problemáticas de mayor envergadura hoy en día como lo es las relaciones de los pacientes con la institución médica en general (tanto con el equipo médico como con la metodología de la actividad terapéutica). Uno de los propósitos fundamentales de la presente investigación radica en profundizar las investigaciones anteriores desarrolladas en Chile con la finalidad de responder qué se encuentra detrás del 60,7% que dice sentirse satisfecho con los resultados obtenidos, del 90,3% que dice que recomendaría si o si este tipo de terapias a sus cercanos o del 76,1% de los encuestados que estuvo de acuerdo con la afirmación “Los terapeutas de estas terapias se preocupan más por los pacientes que los médicos tradicionales, es decir, se ocupan de la persona” (“Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas”, Ministerio de Salud, 2015). En este sentido, más allá de un proyecto integrativo por parte de la Medicina Alópata para con las Medicinas Complementarias Alternativas en donde éstas son consideradas solo como *terapias auxiliares* del sistema de salud chileno, se hace necesario llevar a cabo estudios más profundos en donde puedan explicarse, científicamente, los resultados beneficiosos obtenidos con MCA a fin de formular evidencia científica y médica para futuros tratamientos. Además, parece ineludible cambiar supuestos paradigmáticos en tanto los protocolos y las metodologías científicas no propician tratamientos satisfactorios en términos inclusivos para el paciente y su salud, además, como lo demuestra el fenómeno de la iatrogenia por ejemplo, no hay un restablecimiento de la salud, sino que son los mismos tratamientos médicos quienes terminan prolongando la enfermedad concluyendo, muchas veces, en la muerte.

La caracterización de la experiencia de los pacientes con ambos métodos terapéuticos es de suma importancia en tanto el aumento de las MCA no responde a la iniciativa científica, sino que al uso y promoción que los pacientes han hecho de los métodos alternativos y complementarios en base a los resultados eficaces obtenidos y que ellos recomiendan en desmedro de la actividad alópata. La importancia de entrevistar a personas capaces de recordar y sobre todo reflexionar su experiencia se debe a la capacidad que tienen para configurar a la enfermedad y al tratamiento como un proceso vivencial relevante en sus vidas, en el que los pacientes tienen mucho que decir al quehacer médico, indicando, a través de las experiencias traumatizantes descritas, los modos en que éste podría cambiar en su aplicación y formato. Además, lo importantísimo de una experiencia íntima, como la de un tratamiento médico, es que siempre termina siendo una experiencia social en la que se ve involucrado no solo el paciente sino también su microgrupo, abarcando una diversidad de contextos en los que se desarrollan los individuos. Por otro lado, la enfermedad y los tratamientos, desorganizan e irrumpen tanto la vida del individuo como la de su círculo, poniendo en crisis las relaciones del individuo con el mundo social que lo rodea y en el cual se desenvuelve, colocando bajo amenaza no solo su integridad física sino también su integridad social. En este sentido la medicina alópata debe incluir en la ejecución de su protocolo: etiología, diagnóstico y tratamiento, a los factores de orden social, 1) porque éstos están dentro los elementos causales de una enfermedad, 2) ya que la experiencia individual del paciente en el tratamiento nunca es individual y se proyecta hacia la experiencia social a partir de lo que éste recomienda o advierte a los demás pacientes y a su círculo, generando una prospección desde la experiencia íntima hacia la colectiva, lo que nos permite dilucidar todo un recorrido que justificará la elección de un tratamiento en desmedro de otro.

Para el campo de la sociología se hace necesario comprender el fenómeno salud/enfermedad ya no sólo como un fenómeno histórico y social determinado a través de análisis macrosociales, sino que se debe investigar, a través de la aplicación conceptual de la experiencia, la trayectoria y anécdotas de los pacientes con el fin de anudar aquellas singularidades del fenómeno que terminan por componer su complejidad en referencia a lo social. La sociología, propuesta como una herramienta para el análisis social, propicia, a través del estudio y la investigación, los fundamentos y argumentos que permiten explicar las posibilidades de mejora de un sistema social determinado como es el caso del sistema de salud, en tanto permite el establecimiento de relaciones de diversos factores que intervienen en el proceso: estilos y condiciones de vida, educación, factores de

riesgo biológico, factores de riesgo social, prácticas médicas y saberes populares. En este sentido, y a partir de la investigación presente, desde el campo de la sociología de la salud se pueden profundizar estudios sobre la práctica médica, sobre políticas que interfieren o regulan el fenómeno enfermedad/salud o sobre el fenómeno de la medicina integrativa y el poder del discurso oficial.

Además, el presente estudio también revela hechos que pueden profundizarse desde el campo de la sociología del cuerpo, comprendiendo que la experiencia de un tratamiento médico tiene al cuerpo como escenario principal y espacio de la enfermedad para la aplicación de un sinfín de técnicas. En este sentido el cuerpo debe dejar de comprenderse como un fenómeno de carácter solamente natural y físico, ya que es atravesado o regulado a cabalidad por aspectos culturales. “Por un lado dimensiones como el espacio, el sexo, la identidad, las sensaciones o emociones, la alimentación, el abrigo o el movimiento brindan la posibilidad estudiar al cuerpo de acuerdo a las imposiciones que su propia naturaleza le hace al ordenamiento social... Asimismo, es posible atender a los condicionamientos que determinadas disposiciones sociales introducen en el cuerpo y en su comprensión” (Pedraza, 2008). A partir de lo anterior aseveramos la importancia de introducir elementos de nuevo orden en los sistemas de salud para abordar la actividad terapéutica en tanto comprendemos a la enfermedad como la corporización de factores emocionales, sociales, económicos y políticos ya que “no hay un dolor meramente orgánico, ni sensaciones, ni experiencias de enfermedad, ni vivencia del cuerpo desprovista de contenidos culturales” (Idoyaga, 2008) .

Por otro lado, desde las medicinas y ciencias, es completamente necesario tener acceso a este tipo de investigaciones en tanto, en su formación profesional, no están dotados de elementos que le permitan abarcar el fenómeno salud/enfermedad desde una perspectiva social. Un estudio de este tipo dentro de las aulas de carreras médicas ayudará a introducir las nociones acerca de la injerencia de factores sociales en los procesos de enfermedad. Esto fortalecerá el estudio de etiologías multifactoriales que ayudarán no solo a comprender mejor el fenómeno salud/enfermedad, sino que traerán resultados concretos en beneficencia de los pacientes. Por otro lado, el equipo médico podrá comprender la relación impersonal e ilegible que genera el discurso médico con los pacientes y que provoca interferencia en términos comunicativos. Además se podrá incentivar, más que el acato de la prescripción médica, el desarrollo de una medicina preventiva que se dirija a las causas y no solo los síntomas.

Tareas de la Medicina Alópata

Es pertinente, a partir de lo investigado, generar algún aporte no solo a la sociología, sino también al área médica de la salud. Para esto se observa que es de suma importancia que en el caso de Chile, los tratamientos médicos alópatas comiencen a cambiar su método y aplicación sobre las enfermedades de los pacientes y sobre los pacientes mismos. Para ello lo primero que el sistema de salud debe comprender es que la enfermedad no es meramente un fenómeno natural propicio para el estudio científico, sino que es, por sobre todo, una experiencia subjetiva profunda que abarca la biografía completa de los pacientes en donde el biologismo es tan fundamental como los factores sociales y personales. Esto es de suma importancia pues en relación a las nociones de salud y enfermedad, se abren nuevos campos que fomentan un conocimiento diferente al científico y que trae, como observamos, mejores resultados, pues tratar enfermedades no es meramente un trabajo sobre el cuerpo del individuo sino también una tarea que remite a la experiencia general de la vida, en donde los sujetos se encuentran capacitados, por ejemplo, para describir su propia etiología, distanciándose de aquella noción ignorante y pasiva que recae sobre ellos en la Medicina Alópata.

La medicina alópata debe reconfigurarse por la concreta razón de que su actividad terapéutica no es completa. Los resultados positivos no son la regla en los tratamientos, así la salud también se ve deteriorada y no restablecida, suscitando la aparición de emociones ideales para que el control y la dominación se hagan normativas en una institución como lo son el miedo, la desconfianza e inseguridad de los pacientes para con el sistema de salud, hecho que alcanza su punto máximo con la gran desestimación o abandono que hacen los pacientes respecto a los tratamientos alópatas. Además, no hay una relación ni colaboración entre médicos y pacientes lo que, como observamos, es fundamental en una actividad terapéutica. Por otro lado, los efectos secundarios tanto de los medicamentos como de los aparatos tecnológicos utilizados son nefastos para la salud de los pacientes. Se hace necesario, entonces, que la enfermedad y la salud deban considerarse como procesos experienciales en los que el paciente se ve completamente involucrado y no como meros estados físico-biológicos alterables.

A pesar de la existencia de los Derechos y Deberes de los Pacientes en Chile y de las campañas que invitan a los pacientes a adoptar una actitud preventiva, en la realidad se demuestra que aquello no alcanza para mejorar el estado de salud de la población. Se debe crear una verdadera conciencia en referencia a la necesidad de

que el paciente tenga voz y poder de decisión en el tratamiento de la MA, con el único fin de mejorar la actividad terapéutica y obtener resultados positivos para la salud.

Bibliografía

- Aedo, F., & Granados, J. (2000). La medicina complementaria en el mundo. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*.
- Almarcha, A. (s.f.). Sociología de la Medicina. <<Papers>>: *Revista de Sociología*.
- Bagozzi, D. (2015). *Oganización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>
- Barragán, A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco*, 61-78.
- Bascuñan, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, 11-16.
- Bernard, B. (1957). *Social Stratification: a comparative analysis of structure and process*. New York: Harcourt, Bronce % Company.
- Bolstanski, L., & Chiapello, É. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.
- Boltanski, L., & Chiapello, É. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Cochrane Community*. (s.f.). Obtenido de Cochrane Community: cochrane.community.org
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Davis-Floyd, R., & Baer A, H. (Abril de 2014). *Davis-Floyd*. Recuperado el Marzo de 2015, de Davis-Floyd: <http://davis-floyd.com/uncategorized/alternative-health-care/>
- Díaz Novás, J. (s.f.). *SciElo Scientific Electronic Library Online*. Obtenido de SciElo Scientific Electronic Library Online: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400009
- Dubet, F. (2010). *Sociología de la Experiencia*. Madrid: UCM editorial complutense.
- Dubet, F. (2011). *La experiencia sociológica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: siglo veintiuno editores.
- Godoy, M. A. (2003). ¿Por qué la medicina complementaria? *Revista Chilena de pediatría*.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorortu editores.
- Goic, A. (2015). El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica Chile*, 774-786.
- Gómez Santiago, M. I. (s.f.). *La importancia de la adhesión al tratamiento*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.

- Hughes, K. (2003). Health as individual responsibility. En P. Tovey, G. Easthope, & J. Adams, *The mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*. London: Routledge.
- Idoyaga, A. (2008). Cuerpo y Enfermedad. En T. Porzecanski, *El cuerpo y sus espejos*. Montevideo: Planeta.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (s.f.). Obtenido de www.ine.cl
- Lahelma, E. (2010). Health and Social Stratification. En W. Cockerham, *Medical Sociology* (págs. 71-93). Wiley-Blackwell.
- Lolas, F. (1997). *Más allá del cuerpo*. Santiago: Andres Bello.
- Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y La Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 12.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 34.
- Millones, M. (2015). Sobre la mirada médica y su relación con el cuerpo y el trabajo en Chile. *Sociológica*, 237-258.
- Ministerio de Salud. (s.f.). Obtenido de Ministerio de Salud: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Ministerio de Salud. (2015). Obtenido de Ministerio de Salud: <http://web.minsal.cl/>
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2015). Obtenido de National Center for Complementary and Integrative Health: <https://nccih.nih.gov/>
- Nettleton, S. (2006). *The Sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nettleton, S. (2006). *The Sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nogales-Gaete, J. (2004). Medicina Alternativa y Complementaria. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*.
- OMS. (1998). *Guía de la Buena Prescripción*. Ginebra.
- OMS. (2014). *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2013*. Ginebra: Ediciones OMS.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: www.onu.cl
- Parsons, T. (1999). *El Sistema Social*. Alianza Editorial.
- Pedraza, Z. (2008). Sobre el cuerpo en la teoría social. En T. Porzecanski, *El cuerpo y sus espejos*. Montevideo: Planeta.
- Pereira, I. (s.f.). *Infomed Temas de Salud*. Recuperado el 2017, de <http://temas.sld.cu/traduccion/>
- Porzecanski, T. (2008). Medicalización y mitologías: cuerpo físico y cuerpo social. En T. Porzecanski, *El cuerpo y sus espejos*. Montevideo: Planeta.
- Rodruiguez, J. (s.f.). El poder médico desde la sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.

- Rose, N. (1999). *Governing the soul*. London: Free Association Books.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul*. London: Free Association Book.
- Ruiz, J. (2009). *Forum: Qualitative Social Research*.
- Talca, U. d. (2010). *Diagnóstico situacional de Medicinas Complementarias Alternativas en el país*.
- Tarrés, M. L. (2001). *Observar, escuchar y comprender*. México: Colegio de México.
- Turner, B. (2003). The end(s) of scientific medicine? En Tovey, & Philip, *The mainstreaming of complementary and alternative medicine*. London: Routledge.
- Valles, M. (2003). *Técnicas de conversación, narración: las entrevistas en profundidad en Técnicas cualitativas de investigación. Reflexión metodológica y práctica*. Madrid: Síntesis.
- Vanderminden, J., & Potter, S. (2010). Challenges to the Doctor – Patient Relationship. En W. Cockerham, *Medical Sociology*. Blackwell publishing.
- Varela, F. (2001). La belleza de pensar. (C. Warnken, Entrevistador)
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1997). *De cuerpo presente*. Barcelona: Gedisa editorial.

Anexos

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA



Facultad de Humanidades
Instituto de Sociología
Carrera de Sociología

Eduardo Olivares Riffo.

Tesista de la Universidad de Valparaíso
Instituto de Sociología
2016

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres usuarios (as) del Centro Médico Hipnosis Clínico, ubicado en Villa Alemana, región de Valparaíso. Se les invita a participar en la investigación: **Enfermedad y Tratamiento: Experiencias en el uso de Medicina Alópata y Medicinas Tradicionales Complementarias.**

Universidad de Valparaíso
Instituto de Sociología
Profesor a cargo: Jorge Chuaqui K.

Información:

Mi nombre es Eduardo Olivares Riffo, estoy en proceso de tesis para obtener el título de Sociólogo de la Universidad de Valparaíso. Junto con mi profesor guía, dr. Jorge Chuaqui, estamos investigando acerca de las experiencias que las personas han tenido en el tratamiento de sus enfermedades primeramente con Medicina Alópata y, posteriormente, con Medicinas Tradicionales Complementarias. Nos preocupa conocer el cómo las personas vivencian, experimentan y relatan el tratamiento de sus enfermedades con los métodos nombrados anteriormente, atendiendo a las diferencias, similitudes, valoraciones y críticas respecto a ambos, asumiendo que en la actualidad el uso de medicinas “alternativas” y/o complementarias va en aumento a la par que surge una fuerte crítica y desconfianza para con la Medicina Alópata (científica).

Para todo lo anterior, necesitamos de la colaboración de los usuarios/pacientes del Centro Medico Hipnosis Clínico para que nos puedan brindar la oportunidad de hacerles una entrevista. Esta entrevista trata de una conversación distendida en la

que se les consultará temas relativos a su experiencia en el tratamiento de sus enfermedades con los distintos métodos medicinales (procurando, por supuesto, toda prudencia y reserva) en un lugar donde usted estime más cómodo y conveniente. Estas entrevistas tienen el carácter de confidenciales, por lo que se guarda el derecho al secreto profesional. Así mismo, el conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Valparaíso,....., 2016

He sido invitado/a a participar en la investigación sociológica que lleva por título **Enfermedad y Tratamiento: Experiencias en el uso de Medicina Alópata y Medicinas Tradicionales Complementarias.**

Esta será realizada por el sr. Eduardo Olivares Riffo. RUT: 18.305.036-2, cuyo profesor guía, docente de la Universidad de Valparaíso en el Instituto de Sociología, Dr. Jorge Chuaqui K. RUT: 4.101.469-5.

Entiendo que se me hará una entrevista de duración aproximada de 60 minutos. He sido informado/a de la confidencialidad de la misma, se me ha proporcionado los datos del investigador que puede ser fácilmente contactado usando teléfono y/o dirección.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Pauta entrevista

Concepto: EXPERIENCIA. Temas	PREGUNTAS
-Preguntas de inicio	<p>P1: ¿Cómo llegó a este centro?</p> <p>P2: ¿Por qué decidió venir a este centro?</p> <p>P3: Razones por la que está en el centro: enfermedad específica que se está tratando, etc.</p> <p>P4: ¿Hace cuánto sufre esta enfermedad?</p> <p>P5: ¿Qué cree usted que le provocó la enfermedad?</p> <p style="padding-left: 40px;">Identificar factores políticos, económicos, emocionales, sociales, biológicos.</p> <p>P6: ¿Qué problemas le ha traído la enfermedad?</p>
-Experiencia previa	<p>P7: ¿Se la ha tratado anteriormente?</p> <p>P8: ¿Dónde? O ¿Por qué no?</p> <p style="padding-left: 40px;">Identificar tipo de sistema de salud.</p> <p>P9: ¿Terminó aquel tratamiento?</p> <p>P10: ¿Podría relatarnos su experiencia al respecto? / ¿Por qué no lo terminó?</p> <p>-Fecha detección enfermedad</p> <p>-Diagnóstico / ¿qué significa?</p> <p>-Exámenes previos → ¿cuáles?</p> <p>-¿Fue el médico en un chequeo quién descubre la enfermedad, o el paciente fue al médico porque sentía <i>algo</i>?</p> <p>-Relatar el momento en que se entera de la enfermedad</p> <p>-Opinión respecto al tiempo que se le dedica a la terapia, horarios y formas de atención, relación médico-paciente, costos que le ha provocado la enfermedad tanto materiales como no.</p> <p>-¿El médico lo escuchaba o le pedía su opinión, le consultaba sobre aspectos espirituales o le preguntó qué era lo mejor para usted y su tratamiento? ¿Lo impulsaba a que piense y decida usted respecto a lo que puede ser mejor para mejorar su salud?</p> <p>P11: ¿Qué significa para usted estar enfermo?</p>
Experiencia Actual	<p>P12: ¿Hace cuánto tiempo viene a este centro médico?</p> <p>P13: ¿Vino por iniciativa propia, por consejo de algún conocido o lo envió su médico tratante?</p>

<p>Concepto: Rol del Enfermo.</p> <p>Temas</p> <p>-Cuidado Médico</p> <p>-Limitaciones e implicancias sociales de estar enfermo</p>	<p>¿Poseía algún conocimiento respecto a estas terapias?</p> <p>P14: ¿En qué etapa o sesión se encuentra de su tratamiento?</p> <p>P15: De acuerdo al criterio de la muestra: tratamiento iniciado.</p> <p>¿Podría relatarnos su experiencia en el tratamiento de su enfermedad con MCA?</p> <p>¿En qué ha consistido este tratamiento?</p> <p>¿Cuánto dura?</p> <p>Describir, si es que las hay, diferencias en las formas de tratar la enfermedad de ambas medicinas, en la relación médico-paciente, en la aplicación de los métodos invasivos o no, en las formas de atención.</p> <p>¿Por qué prefiere las MCA y no se trata con medicina alópata en un hospital o clínica?</p> <p>P16: ¿Cuál es su opinión respecto al cuidado del terapeuta y al apoyo que recibe por parte de éste?</p> <p>P17: ¿Se siente satisfecho/a con la labor cumplida por el terapeuta?</p> <p>P18: ¿El tratamiento sólo se enfoca en su “parte” enferma o se trabaja la enfermedad abordando aspectos que “no” le conciernen?</p> <p>P19: ¿Cómo considera que ha sido su propia participación en el tratamiento? ¿Cree usted que su opinión personal respecto a la enfermedad ha sido importante en el tratamiento?</p> <p>-¿El o la terapeuta lo escuchaba o le pedía su opinión, le consultaba sobre aspectos espirituales o le preguntó qué era lo mejor para usted y su tratamiento? ¿Lo impulsaba a que piense y decida usted respecto a lo que puede ser mejor para mejorar su salud?</p> <p>P20: ¿Qué limitaciones percibe usted que le ha provocado la enfermedad? Cumplimiento de roles.</p> <p>P21: Qué consecuencias sociales le ha traído padecer su enfermedad: discriminación, pérdida</p>
--	---

<p>- Autocuidado/Responsabilidad</p> <p>-Expectativas (experiencia)</p> <p>Concepto: Factor económico.</p> <p>Temas</p> <p>-Caracterización</p>	<p>de trabajo, aislamiento, internación, etc. P22: ¿Respecto al proceso de enfermedad, hay algo que usted pueda considerar como positivo?</p> <p>P23: ¿Cómo asume y enfrenta su enfermedad actualmente? P24: ¿Realiza usted <i>actividades</i>, respecto a su enfermedad, que no son indicaciones ni del médico ni del terapeuta? P25: ¿Cuáles? O ¿Por qué no? P26: ¿Percibe cambios positivos en su estado al realizarlas? p27: ¿Cómo se ven estos cambios reflejados en su vida diaria respecto a la enfermedad? P28: ¿Alguna razón especial por querer sanarse? (algo que hacer, que cumplir)</p> <p>P29: ¿Qué resultados espera obtener aquí que no haya tenido antes? P30: ¿Cómo pretende usted mantener aquellos resultados? P31: ¿Cree necesario, una vez terminado el tratamiento, seguir frecuentando este centro o asistir a algún hospital, clínica, etc.? P32: ¿Podría describir lo que significa para usted estar sano? Especifique: Cómo ha mejorado en lo anímico, en lo físico, en sus energías para vivir, en su visión respecto de la vida.</p> <p>-Nivel educacional -Nivel de ingresos -Cómo conoció estas terapias</p>
---	---

--	--

Transcripción Entrevistas

Entrevista 1

Paciente Megan Álvarez

¿Cómo llegaste al centro Hipnosis clínico, ubicado en Villa Alemana?

Recuerdo que me estaba tratando con la irióloga, amiga de mi terapeuta actual, ella le recomendó a mi mamá llevarme ahí, porque igual le explico los problemas que estaba teniendo, el como yo estaba. Entonces ella le dijo que tenía una amiga que hace hipnosis clínico, que ayuda a gente con depresión, con ansiedad, y todo lo relacionado a ello. Mi mamá me explicó todo y le dije “no creo mucho” pero pucha ya vamos.

¿En qué momento tomaste la decisión de ir a ese centro?

Fue como si no iba a las terapias, no sabía que más podía seguir haciendo, por ejemplo ya la psicóloga y la psiquiatra no me estaban ayudando, entonces estaba como pucha si no me están ayudando y puedo recaer, chao, interna.

¿Tú no querías eso?

No. Quería, es que en ese momento me daba lo mismo igual, un poco. Pero no quiero estar internada.

¿Por eso decidiste ir al centro?

Sí, por eso y también para darle un gusto a mi mamá, de llevarme bien con ella no sé, distintas cosas.

¿Y tú tienes alguna enfermedad específica que llegaste a tratar a este centro?

Tengo depresión, y tenía anorexia. O sea ya la anorexia no estaba tan activa pero el trastorno alimenticio igual me quedó del hecho de no tener apetito, aparte las pastillas me causaban vómitos, malestares, me quitaban el apetito también, y la depresión... también me conllevaba a perder todo gusto en las cosas.

¿Hace cuánto sufrías esa enfermedad, es decir, desde cuando la tienes diagnosticada?

Probablemente desde toda la vida ya que tengo familia con el gen depresivo, mi

papa tenía depresión, mi mama, mi abuela, y quizás quién más tenga en mi familia depresión, entonces como que yo lo heredé de ellos.

¿Entonces tú piensas que vienes, desde tu nacimiento con esta enfermedad?

Si, aparte que yo desde chica me trato con psicólogo, pero era como en intervalos de años o meses. Dejaba de ir y después volvía, por problemas familiares o cosas así.

¿En qué momento comenzaste a tener noción o conciencia de la enfermedad?

Sí, más grande, fue entre los 15 y 16 años.

¿Ahí se agudizó?

Sí. Es que una es como ir al psicólogo y que no me afectara nada y no estar como en un estado depresivo. Lo otro fue cuando ya entre los 15 y 16 años se desencadenó todo de los problemas, de la autoestima, de la anorexia y todo, entonces yo creo que ahí hubo más que nada la explosión de cosas.

¿Qué crees tú que te provocó la enfermedad, aparte de ese rasgo hereditario que decías anteriormente?

(Eehh)... yo creo que el abuso sexual, el bullying, los problemas familiares y la muerte de mi papá, todo eso yo creo que se juntó mucho ya que me lo guardé años.

¿Qué problemas te ha traído la enfermedad?

En lo personal, las relaciones con mis amigos, me llevó a aislarme de la gente, se agudizaron los problemas familiares con mi mamá, mi hermano, mi abuela por ejemplo. Problemas en mi relación que tenía, me daba lata que me viera en ese estado, que tuviera que ir a verme al hospital a veces, que tuviera que sufrir con que me hacía daño, entonces afectó mucho en mis relaciones personales con la gente. En el colegio me afectó, no tanto académicamente, porque seguía con buenas notas, pero en la asistencia a veces no iba por el ánimo, porque me sentía demasiado mal, no tenía ni ganas de levantarme, yo iba a clases y dormía todas las horas, eso en el primer liceo, después me cambie porque estuve hospitalizada.

¿En qué lugares te trataste la enfermedad anteriormente?

Me la traté, en realidad han sido hartas por las consultas que he pasado. Estuve tratándome en Vida Vital en Quilpué, después en Centromed en Viña del Mar y la última que estuve fue el Centro de Salud Mental de Quilpué.

¿Todos esos tratamientos los terminaste?

No, solo estuve a punto de terminar el del Centro de Salud Mental.

¿Y los dos anteriores porque no los terminaste?

Porque la psicóloga con la que estaba en un centro en Quilpué, no tenía un feeling con ella y no me estaba ayudando, y la de Centromed dejé de asistir por el hecho de que me hospitalizaron, por un intento de suicidio, y de ahí me derivaron al Centro de Salud Mental.

¿Desde los tres lugares, en los que estuviste, me podrías relatar tu experiencia en el tratamiento de tu enfermedad con medicina alópata?

En vida vital no me dieron pastillas ni nada porque era psicóloga, pero nunca avanzamos tanto en lo que quería avanzar ella, no encuentro que me hubiera ayudado por que ella quería avanzar en otros aspectos como en la relación con mi mamá o la muerte de mi papá, y en ese entonces no era lo que más me afectaba, entonces ahí me cambie al Centromed, porque realmente no tenía buena relación con la psicología, llegué al Centromed y empezamos a avanzar, empezamos a abarcar todos los temas que yo quería solucionar pero ahí me empezaron a dar medicamentos, y le contaba que algunos medicamentos me hacían mal, entonces me dieron unos específicos que no me causaban mayores síntomas como vómitos, insomnio, la fatiga, cosas así. Después del intento de suicidio me derivaron al Centro de Salud Mental y ahí estuve con psiquiatra y psicóloga. Con la psicóloga no me gustaba mucho porque como que me decía tienes que hacer esto, o le contaba cosas que no quería que mi mamá supiera y se las contaba. O sea estaba depositando mi confianza en alguien que no debería hacer eso, no respetó la intimidad de paciente. Y la psiquiatra no hizo bien su trabajo, o sea, cancelaba las horas cuando quería, a veces tenía que estar esperándola una hora porque tenía que salir. Todos los medicamentos que me dio me hicieron pésimo, pésimo, pésimo... después me enteré que muchos pacientes decían lo mismo de ella, que no era profesional.

¿En los tres centros fuiste diagnosticada con depresión?

Depresión endógena y trastorno alimenticio.

¿Tú entendías lo que significaban aquellos diagnósticos?

Al principio cuando me diagnosticaron depresión no le tomé el peso, era como ¡wow! tengo depresión, era como algo nuevo para mí, y no sé porque pero raramente me

sentí emocionada. Y así a lo largo que pasaba el tiempo y la enfermedad seguía avanzando le podía tomar el peso a lo que realmente significaba tener depresión, anorexia, crisis de pánico, ansiedad.

¿Es decir que lograste identificarte con lo que decía el medico?

Si

¿Te hicieron algún examen físico aparte para decirte que tenías depresión?

No, solo a través de la psicología.

¿Cuándo fuiste al médico, fue por alguna necesidad tuya, porque descubriste que algo estaba pasando, o porque algún medico te derivó o alguien te dijo que debías ir al psicólogo o psiquiatra?

Lo primero que recuerdo es que fue por el colegio, lo que pasa es que yo iba a un programa que se llamaba Beta, que es para niños con talento académico de la universidad católica. Empecé a ir a ese programa, pero como veían que yo estaba tan irresponsable, por así decirlo, con los cursos, que me empezó a atender la psicóloga, ya que yo llegaba siempre a dormir, la actitud que tenía en clases. La psicóloga del Beta me empezó a preguntar cosas yo le respondí. Entonces ahí hablo con mi mamá y le dijo "Su hija tiene un perfil depresivo, tiene que llevarla a tratar, si o si, porque está avanzando y pude terminar en cosas peores"

¿Puedes ahondar en el momento en que te enteras de la enfermedad que tienes?

Bueno, cuando fuimos al psicólogo nos ponemos a hablar de todo. Y dice "sabe que su hija padece de depresión, y de partida es hereditaria por los antecedentes familiares y segundo por lo traumas infantiles o cosas que le han pasado en el transcurso de su vida". De verdad no le tomé el peso, me sentía emocionada al tener depresión, era como ¡wow! algo interesante, como que estaba descubriendo lo que tenía. Pero ni yo ni mi mamá le tomamos el peso a lo que tenía.

¿Cuál es tu opinión respecto a la forma de trabajo, en los lugares que te trataste la enfermedad, como por ejemplo horarios de atención, formas de atención, tiempo dedicado al tratamiento, la relación con tu médico tratante etc.?

La forma de atención, igual va dependiendo del lugar en que te tratas, por ejemplo si es particular te van a tratar mejor, y si es público te van a tratar bien. Me acuerdo cuando iba a los particulares llegaba a la hora y me atendían, pero muchas veces el

trato no era bueno. Por ejemplo en el Vida Vital la doctora era como ya un rato que estaba con ella y después chao. No conversábamos nada que para mí fuera relevante. En el Centromed fue acogedora la consulta y todo, a mí me gustaba ir a ese centro, atenderme ahí. Y ya después ya en el Centro de Salud Mental, yo llegaba a la hora y tenía que esperar como media hora que le avisaran al doctor o doctora que yo había llegado. A veces estaba un ratito, por ejemplo la psiquiatra se demoraba muchísimo, a veces tenía que cambiar la hora porque no llegaba, o cuando llegaba era como “ah ya la Megan”, hablábamos un poco y ya chao. Con la psicóloga era un poco diferente, pero cuando le contaba mis problemas lo veía solo desde su punto de vista sin importarle el paciente, me decía que hiciera cosas que yo no quería hacer o que a mí realmente no me parecían, entonces no era tan bueno.

¿Qué costos crees que te ha provocado la enfermedad, tanto materiales como no?

Mucho gasto de dinero, demasiado. Porque las sesiones con particulares costaban alrededor de \$20.000 cada sesión, algunas costaban más otras costaban menos, también los medicamentos me costaban bastante caros, \$25000-\$30000 una cajita que me duraba el mes, y yo tenía que estar tomando todos los meses eso, entonces más que nada a mi mamá le producía un gasto que en verdad era innecesario porque no me estaba ayudando. Además yo empecé a ir al nutricionista y tomaba una leche que se llamaba Ensure, que me daba como ciertas vitaminas que yo estaba perdiendo, y esa leche me salía ya 15000 y tenía que comprar siempre que se me acabara. Aparte de mil cosas más, no sólo me enfermé de depresión por lo que tenía que tomar antidepresivos, me enferme también del colon, de los huesos...

¿Por los mismos remedios?

No sé si por los mismos remedios. Yo creo que lo del colon fue por el sistema nervioso y lo de los huesos fue porque perdí demasiado peso.

¿Y los costos no materiales?

O sea como yo en ese entonces estaba con mi ex pareja, me afectaba mucho porque yo tenía que ver que él tenía que convivir con la enfermedad que yo padecía, o sea no era la idea que un joven de 19-20 años, entonces para mí era fome porque teníamos peleas también, entonces la relación costaba llevarla porque a veces yo me sentía demasiado mal y estaba mal con todo. O que a veces él tenía que verme demasiado delgada yo con mi cuerpo y con cortes, que no dormía, con cara horrible. A él le afectó bastante también que yo estuviera así, y a mí también me afectaba verlo que el sufría por mi culpa.

¿Qué significa para ti estar enferma?

Tender depresión, ansiedad, anorexia...significa que estas muriendo en vida. Y nadie puede hacer nada, ni tú mismo, para que no lo hagas. Mi definición exacta es esa: te estas muriendo.

¿Hace cuánto tiempo que asistes al centro Médico Hipnosis Clínico?

Hace un año y medio, empecé a ir en junio-julio del año pasado.

¿Poseías algún conocimiento acerca de este tipo de terapias?

No, nada, yo lo veía, a la hipnosis por ejemplo, igual como se ve en la tele, que te duermes y te dicen que hagas cosas.

¿Sólo te has tratado con hipnosis (sabiendo que el centro tiene más métodos)?

Yo me trate también con acupuntura laser para el colon, por las consecuencias que te comentaba anteriormente.

¿En qué etapa o sesión del tratamiento te encuentras?

Es que ahora volví a ir, estamos comenzando de cero otra vez.

¿Pero has vuelto a tratarte lo mismo que el año anterior cuando comenzaste en junio-julio?

No ahora me estoy tratando otras cosas, como de mi persona. Como crecer como persona, madures, responsabilidad de quererme más yo misma y valorarme más.

¿Sientes entonces que terminaste el tratamiento referido a tu depresión, anorexia y ansiedad?

Si, aunque igual volví también un poco por la depresión, porque había vuelto al estado depresivo. Pero lo de la ansiedad por ejemplo ya no me dan crisis de pánico en lugares con mucha gente o muy cerrados ahora puedo ir. Y lo del abuso ya no me afecta como antes, en donde yo hablaba del tema y me ponía a llorar. Lo del bullying tampoco me afecta como que me ayudo a sanar todas estas cosas que eran las que más me afectaban. Pero la depresión en si todavía sigue siendo como una mancha... y de la anorexia creo que aún me queda un poco de trastorno alimenticio pero eso ya va más que nada de la mano con la depresión. O sea, yo no tengo ánimo y tampoco

tengo apetito, puedo estar dos-tres días sin comer y sin tomar agua o solamente tomando agua. Pero he intentado ahora realizar la dieta que me dio el nutricionista: tomar desayuno, almuerzo, once y cena. Intento comer más cosas que me den energía para el día.

¿Me podrías relatar tu experiencia en el tratamiento de tu enfermedad con MCA?

La primera terapia que tuve con la terapeuta fue muy agradable, era una persona con mucho tacto, muy agradable para conversar, cariñosa o amorosa. Aparte el entorno de la oficina es súper acogedor, entonces ahí yo me sentí cómoda al instante de poder conversar con ella. A la primera sesión tome la decisión de seguir yendo.

¿Te pareció algo distinto?

Si porque le cuento cosas a la terapeuta y ella no se las cuenta a mi mamá, le pedí que me ayude en algo y lo hace, no me está tratando con medicamentos que me hacen mal, tampoco le gustan a ella nada de esas cosas. Tengo esa intimidad de paciente y profesional, se genera aparte otro vínculo como de amistad.

¿La terapeuta no te receta tampoco remedios homeópatas?

A veces, como tengo ciertas dolencias como en el colon o de cabeza, porque sufro de dolores de la cabeza, para lo que me hice un scanner para ver qué es lo que tengo o si es netamente que sufro de migraña hereditaria, entonces ahí me trató con puros remedios naturistas. Eso sí recuerdo que al principio la terapeuta también me dijo que debía tomar vitaminas, al igual que cuando estuve con la irióloga.

¿En qué consiste el tratamiento con la terapeuta?

Yo llegaba y ella me preguntaba cómo había estado, que había hecho. Primero conversábamos, le decía lo que en ese momento estaba sintiendo, de ahí ella me daba su punto de vista de las cosas que creían que me estaban afectando, me explicaba ciertas cosas, y ahí yo le decía “mira sabes que me quiero tratar por ejemplo que estoy muy nerviosa o desconcentrada, entonces ella me decía ok, estírate en la cama, relájate y cierra los ojos”. Y ahí comenzaba su terapia. Primero me hacía pensar en un color que me trajera paz y yo pensaba en el azul. Lo de la respiración, imaginarse que estas en otro lado, la música y su voz, en eso consisten las terapias de aquí.

¿Consiste más que nada entonces en entrar en un estado de relajación y conversación?

Sí, es que no sé en verdad que es tanto la hipnosis. Creo que todo el tratamiento que te hacen es hipnosis clínico, porque cuando ya te acuestas en el sillón, respiras y te relajas, y me he dado cuenta que es la respiración lo que te relaja y te hace como entrar en un estado de demasiada calma y paz, y te vas relajando y netamente te vas concentrando en lo que su voz dice. Y ella toma eso y te habla y tu estas medianamente consciente, yo creo que eso es la hipnosis.

¿El tratamiento tuvo alguna duración específica, es decir, ella te dijo tu vienes por estas cosas y esto dura ese tratamiento?

Si, nosotras le explicamos y ella dijo “si, es verdad todo lo que te han dicho los psicólogos”, así que vamos a partir por dos sesiones semanales, deberían ser más pero sólo haremos dos porque por el dinero no se podía tanto. Así que fueron dos semanales y como 10 o 15 sesiones en total las que tenía que hacerme. Luego ella me preguntó si yo me sentía preparada para seguir y yo le dije que sí que me gustaría seguir tratándome. Y continúe hasta mayo o un poco antes de este año y ahí me iba a dar el alta, me faltaban como tres o cuatro sesiones. Y ya dejé de ir dos veces a la semana, iba solo una. Y deje como la insistencia de seguir yendo, iba más que nada a reforzar.

¿Sentiste un cambio?

Si, completamente, estaba mejor, estaba repuesta, tenía como seguridad en mi misma, había salido de cuarto medio, estaba preparada para dar la PSU y estudiar, pero preferí no estudiar este año, y seguir tratándome y trabajar. Cuando me iba a dar el alta, antes de eso, deje de ir porque pensé “para qué seguir yendo si ya me sentía también”, y ahí creo que fue un error mío no terminar el ciclo.

¿Por eso volviste?

Si por eso, y porque tuve una recaída.

¿Pero aun así sientes que te estabas “sanando”?

Si, sentía más apetito, menos nerviosa, me sentía anímicamente mejor, estaba feliz, despertaba con ánimo.

¿Cuál es tu opinión respecto al cuidado de la terapeuta y al apoyo que recibes por parte de ella?

Siento que me protege bastante y que me está haciendo crecer como persona y que el apoyo que me da es como cuando le cuento que inicie algún curso y me dice “bien, eso es, debes realizar cosas, debes salir”, me da ánimo en las cosas buenas.

¿Es decir que te sientes satisfecha con la labor de ella?

Si, bastante.

¿El tratamiento que te hace la terapeuta sólo se enfoca en tu parte enferma?

No sé, por ejemplo cuando me duele el colon ella me dice eso es netamente por tus nervios o cuando no puedo dormir ella me dice que es producto de que pienso mucho y ando muy ansiosa. Entonces a veces tengo un malestar que es como los que te dije recién, ella los trata siempre relajándome. Aunque una vez tenía el colon demasiado inflamado con mucho dolor y ella me trato con acupuntura laser y me ayudo bastante.

¿Cómo consideras tú, que ha sido tu participación en el tratamiento, es decir, que crees que tu opinión personal referida a la enfermedad que tú tienes, tiene importancia en el tratamiento?

Si, ella siempre escucha mis opiniones de las cosas. Lo que digo, es decir, yo soy el paciente y yo sé lo que me pasa y ella se da cuenta de eso. No es como en los otros lugares en que me traté, como que te dicen que el paciente está medicamente inestable y no puede tomar decisiones sobre el mismo. Siento que he colocado mucho de mi parte para mejorarme en esta terapia, porque antes tampoco lo hacía porque no me parecía, y como no estaba viendo ninguna ayuda era como “ya, para que voy a intentar hacer algo si realmente no me está ayudando aunque yo lo intente”.

¿Crees que la enfermedad te ha provocado limitaciones, por ejemplo en tu rol de estudiante, de trabajadora?

Si, estudiar me desconcentraba demasiado tenía mucho sueño, siempre cansada porque en las noches no dormía. Educación física no podía hacer porque sentía que los huesos se me iban a salir, por ejemplo me pasaba que un huesito chocaba con otro y el dolor era muy fuerte y cojeaba, lo mismo ahora que de repente vuelvo a tener esos dolores en las piernas, en los brazos, por el frio, no sé. Y para el trabajo también, trabajaba de garzona, atención al público, y tenía que levantar bandejas

llenas de lozas y después andaba muy adolorida. Y lo mismo con el estado de ánimo que me afectaba demasiado al rendir.

¿Y por tu enfermedad tuviste problemas como estudiante?

Por poco y pierdo la posibilidad de terminar tercero y cuarto medio. Tuve que terminar esos dos cursos en un 2x1. Porque aparte de la enfermedad me estaba enfrentando a una demanda y tenía que ir a declarar y eso me desgastaba más la enfermedad. Sabía que no me iba a poder en un colegio tradicional porque mis horarios no iban a coincidir. Me tuve que retirar del proyecto Beta y yo ahí quería seguir, los cursos del beta te ensañaban muchas cosas que no encuentras ni en la calle ni en internet, nos enseñaban súper bien porque eran profes de universidad, allí aprendí muchas cosas, hubiera seguido yendo al Beta si o si, era una experiencia muy buena.

¿Hay algo que consideres positivo dentro de todo el proceso de la enfermedad?

No.

¿Cómo asumes y enfrentas tu enfermedad actualmente?

Ya no estoy aislándome, he retomado relaciones con amigos con los cuales había dejado de hablar, los volví a ver, he conocido gente nueva, ahora soy más sociable que antes. Ya no dejo que me ataque, ahora digo “pucha no, no es como yo pienso así de verme triste, no es que yo no valga nada, no es que sea fea, no es que no tenga que comer, tengo que comer”, entonces yo misma me he empezado a dar ánimo de todo, a tranquilizarme yo misma, a reflexionar acerca de las cosas que hago también, y pensar retomar mis estudios pronto.

¿Realizas actividades, respecto a tu enfermedad, que no son recomendaciones ni de los médicos ni de los terapeutas?

No tanto, solamente trabajo. Aunque igual creo que me ayuda leer más por ejemplo para distraer la mente. Siempre me ha gustado leer pero ahora leo más porque si no sé que me voy a carcomer, calentar la cabeza, hasta el punto de estresarme pensando. También salir a distraerme, más que nada como a mí la depresión me encierra tanto, me aísla tanto, yo intento hacer todo lo contrario ahora cuando me encuentro en esos estados. Es decir, sociabilizo. Salgo, aunque no sea con una

persona, pero salgo. Yo creo que es una buena forma porque así no me encierro sola.

¿Tienes alguna razón especial por la que quieres sanarte?

Antes sí, un poco. Bastante especial. Ahora ya no está tan presente esa razón –mi pareja-. Pero antes yo no me veía teniendo un futuro, pensaba que antes de los 30 años iba a estar muerta, algo así veía. Ahora no, digo “pucha quiero estudiar, quiero tener mi profesión, quiero poder ayudar animales y culturizar a la gente sobre las especies, sobre los animales en sí ante la indiferencia de la gente, mi meta ahora es luchar por ellos.

¿Qué resultados esperabas obtener acá que no obtuviste antes, o que resultados obtuviste que no tuviste antes?

Mejorarme.

¿Y cómo esperas mantener ese resultado?

La terapeuta me ha dado las herramientas para yo seguir en este estado que estoy ahora, de paz conmigo mismo. Y yo controlar la depresión, no que ella me controle a mí. Entonces siempre intento usar esas herramientas que ella me dio.

¿Tú crees que es necesario, una vez terminado este tratamiento, asistir nuevamente a este centro o a algún hospital?

Probablemente veo que quizás deba tratarme por un largo tiempo, tal vez no estar toda la vida tratándome con la terapeuta. Cuando ella me de el alta, me la va a dar pero puedo ir un tiempo después como a reforzar todo, y así cada cierto tiempo. Yo sé que voy a tener depresión toda la vida ya que es como un gen que tengo, entonces para que no me tome en momentos malos que me van a pasar, ir cada cierto tiempo o cuando yo estime conveniente.

¿Y al hospital y la clínica volverías?

A tratarme con psicólogos y psiquiatras no. Ni público ni privado porque los dos son iguales de cierta forma, pero los lugares públicos son peores, no volvería a ninguno en realidad.

¿Qué es para ti estar sano, estás de acuerdo con la definición de la OMS, crees que hay relación importante entre lo físico, lo mental y social para estar sano?

Sí, estoy de acuerdo porque si mentalmente no estás bien, vas a dejar de lado todo lo físico. Al igual que lo social. Todo parte desde el lado del cerebro, cuando tu estas

bien ahí puedes mejorar todo lo demás. Si te das cuenta, por ejemplo, con la depresión, si tú te dejas estar con la depresión enfermas todo el cuerpo, al igual que las relaciones sociales con algunas personas. Creo que la definición de la OMS debería ser más como “debes estar sano mentalmente y de ahí física y socialmente”.

¿Crees que el factor económico es importante para acceder a estas terapias?

Totalmente, porque de partida por ejemplo cuando iba a la iriología la consulta costaba \$10000 o \$15000 no recuerdo exactamente, más los remedios y ahí gastas entre \$50000 y \$60000 porque son más caros que un remedio tradicional.

¿Y respecto a este centro?

Si, llegar a estar terapias sale plata, porque si no tienes o no vas a poder pagarle el tratamiento, ella igual te puedo decir ya sabes que después me pagas, pero esa no es la idea. El dinero si o si es una limitante o un facilitador para llegar a estas terapias.

CARACTERIZACION PACIENTE

Edad: 18 Años

Estado Civil: Soltera

Nacionalidad: Chilena

Nivel educacional: 4to Año Medio

Ocupación: Trabajo de secretaria

Nivel socioeconómico: Salario entre los \$500.000 - \$600.000

Entrevista 2

Paciente Atilio Cádiz Cádiz

¿Cómo llegó a este centro?

Yo llegué por medio de mi hija sorpresivamente, porque yo tenía una afición al alcohol. Era vinero bastante vinero, estaba viudo. De antes sí, de los 25 años más o menos empecé.

¿Por qué decidió venir a este centro?

Por mi hija, ella hacía gimnasia aquí al lado y así sorpresivamente me paso mi hija para acá y la terapeuta me recibió.

¿Usted llegó aquí al centro a tratarse el alcoholismo?

Claro que sí.

Razones por la que está en el centro: enfermedad específica que se está tratando, etc.

¿Hace cuánto sufre esta enfermedad?

Desde hace 40 años atrás más o menos.

¿Hasta cuándo?

Hasta ahora que conocí a la terapeuta.

¿Qué cree usted que le provocó la enfermedad?

Fue porque mi señora fue viuda antes de casarse conmigo, entonces ella tenía 4 hijos, el amor no tiene ni edad ni frontera según se dice. Entonces yo estaba acá y los compañeros de trabajo y me fui metiendo a eso. Y lo bueno gusta y lo malo entretiene.

¿Qué problemas le ha traído la enfermedad?

Ahora ya no tengo ningún problema, porque ahora, repito, la terapeuta me abrió los 5 sentidos y los que tengo de la cabeza para arriba.

¿Se la ha tratado anteriormente?

Estaba en tratamiento por el alcoholismo en el consultorio Eduardo Frei de Villa Alemana y lo que pasó es que me estaban dando muchos medicamentos, y eso me

estaba produciendo algo muy raro en el estómago... tan así que era un alto de pastillas y yo ya me estaba inflando... y eso, a un amigo mío le produjo cáncer, esas mismas tabletas, y el amigo mío me dijo “Atilio por favor deje esas pastillas, me pronosticaron cáncer y ahora ya las dejé” y al poquito de más de tres meses el falleció y yo deje todo las tabletas todo.

¿Terminó aquel tratamiento?

No lo termine no me sentí bien del estómago, aparte de eso mi amigo me dijo “como lo veo no vaya a tener lo mismo” y de ahí mi hija me trajo para acá y yo ya ahora no tomo nada nada.

¿Podría relatarnos su experiencia al respecto? / ¿Por qué no lo terminó?

Yo creo que deben ser unos 10 años que me detectaron alcoholismo. Y como hace 4 años que murió mi afición.

¿Fue el médico en un chequeo quién descubre la enfermedad, o el paciente fue al médico porque sentía algo?

Mis hijos me llevaron

Relatar el momento en que se entera de la enfermedad

Yo ya sabía que tenía alcoholismo y yo no hacía nada para retirarme, no quería más con la vida ya en verdad.

Opinión respecto al tiempo que se le dedica a la terapia, horarios y formas de atención, relación médico-paciente, costos que le ha provocado la enfermedad tanto materiales como no.

Mi tratamiento duró como 10 años pero después no me gustaba era una tomadera de remedios y después de inyecciones... la atención la califico como mala porque los doctores saben que ese exceso de tanta tableta a uno le jode el estómago, pero el medico no dice eso i le explica a usted oiga esto le va a producir esto y esto otro, el cumple con su deber de darle a las 8 esta tableta a las 10 esta otra o la mitad de esta. Pero ellos en el fondo saben que lo están jodiendo pero no le dicen a uno... ellos cumplen con decir en darle para tal hora y tal hora, esto puede comer esto no puede comer... entonces para mi fue malo.

En el consultorio no me costó prácticamente nada el tratamiento. Porque ahí me daban todos los meses las mismas tabletas justo para el mes. Me dan los remedios justos “pase por farmacia” 10 minutos y ya estaba libre, preguntas iban y venían.

Pero yo las guardaba, mi hija me las daba para tomar y yo las guardaba y después las votaba las escupía.

¿Usted sabían que le hacían mal?

Me estaban haciendo mal, yo sentía cosas muy raras que me cruzaban el estómago, no sentía dolor, pero sentía que algo que no no... uno conoce el cuerpo de uno mejor que nadie yo sentía que eso no estaba bien.

¿Qué significa para usted estar enfermo?

Significa entrando en los malos pensamientos. Porque estar enfermo es como, aunque depende de la enfermedad, uno tiene que ser hábil con mi cuerpo, hice harto deporte cuando joven, entonces el estar enfermo, ni dios quiera postrado, tal vez hubiese tomado una determinación matándome...por eso repito, conocí a la terapeuta por mi hija total que hago ahora soy cocinero lavandero... estoy muy bien, ahora quiero vivir hasta los 100 años.

¿Hace cuánto tiempo viene a este centro médico?

Hace como 4 años y continuo siendo paciente.

¿Poseía algún conocimiento respecto a estas terapias?

No.

¿En qué etapa o sesión se encuentra de su tratamiento?

Terminado

¿Podría relatarnos su experiencia en el tratamiento de su enfermedad con MCA?

Yo la explicare a mi manera. Para mi es lo mejor que hay, lo mejor que hay. Al consultorio yo voy a buscar la leche y tampoco la tomo, la regalo. Esta terapia se la aconsejo a cualquier persona pero sobre todo a aquellas que quieren salir adelante.

¿En qué ha consistido este tratamiento?

Ella me reza a su manera y me abre los sentidos como nadie los había abierto. Ella sabe cómo lo hizo como me quito esa venda, porque yo quería seguir y en una semana más me quería matar.

Describir, si es que las hay, diferencias en las formas de tratar la enfermedad de ambas medicinas, en la relación médico-paciente, en la aplicación de los métodos invasivos o no, en las formas de atención.

Hay diferencias, muchas. Mi relación con el medico es que ellos lo hacen a su manera, no le interesa como uno se repone como uno se siente... el medico no se interesa para nada por uno entonces eso no es medicina.

¿Por qué prefiere las MCA y no se atiende sólo con medicina alópata o en el hospital?

Esta no va con tabletas con cosas así como inyecciones, va con lo que uno quiere hacer. Aquí me dijeron que si yo ponía de mi parte las cosas cambiarían entonces me avivó.

¿Cuál es su opinión respecto al cuidado del terapeuta y al apoyo que recibe por parte de éste?

Es el mejor, lo digo abiertamente.

¿Se siente satisfecho/a con la labor cumplida por el terapeuta?

Si, totalmente.

¿El tratamiento sólo se enfoca en su “parte” enferma o se trabaja la enfermedad abordando aspectos que “no” le conciernen?

Para mi hay un tratamiento de toda la persona, despierta el mirar a uno el pensar uno, en poner uno su parte en la enfermedad para mejorarse.

¿Cómo considera que ha sido su propia participación en el tratamiento? ¿Cree usted que en este centro consideran más su opinión que en el hospital?

Siento que aquí hablo y me escuchan de todo. Como una consejera me pide que le cuente, que sabe hurguetear, como que hay algo que se muere en uno y ella me lo levantó.

¿Qué limitaciones percibe usted que le ha provocado la enfermedad?

Cumplimiento de roles.

Ahí no sé qué le puedo decir. Yo iba igual al trabajo mi hija me decía no papa no vayas, mi señora, que estaba viva, también me decía que no fuera y yo le decía que no podía que tenía que ir igual pero a veces iba firmaba y me devolvía.

¿Qué consecuencias sociales le ha traído padecer su enfermedad: discriminación, pérdida de trabajo, aislamiento, internación, etc.?

Yo trabajo aquí en el liceo puente negro. Ahí trabajé 36 años ahí yo sufría, pero a mí no me lo decían, de que yo me había puesto muy flojo, y la verdad yo me había puesto un poco lento.

¿Respecto al proceso de enfermedad, hay algo que usted pueda considerar como positivo?

Lo positivo para mí es que me mejore y toda la enfermedad salió de mí.

¿Cómo asume y enfrenta su enfermedad actualmente?

La enfrento súper, súper contento y bien. Yo a las 630 hago gimnasia, tengo verduras plantadas y eso me fascina es una alegría para mí y así me enfrento súper contento.

¿Realiza usted actividades, respecto a su enfermedad, que no son indicaciones ni del médico ni del terapeuta?

Gimnasia en la mañana un cuarto de hora, no tengo ninguna maquina pero tengo como doce metros corro vuelvo salta tiro vuelvo, la cosa es menear y eso para mí es gimnasia... yo voy a "tai chi" todos los viernes en caja andes Quilpué. Allá no se trata de nada y ahí vamos viendo lo que la persona dice y vienen los movientes y todas las cosas y yo voy con ansias me gusta. Estas actividades me ayudan mucho me gustan mucho.

¿Percibe cambios positivos en su estado al realizarlas?

Si

¿Cómo se ven estos cambios reflejados en su vida diaria respecto a la enfermedad?

Me siento mucho más tranquilo.

¿Alguna razón especial por querer sanarse? (algo que hacer, que cumplir)

Por mis hijos, que se preocupaban siempre pero nunca es tarde para empezar.

¿Qué resultados espera obtener aquí que no haya tenido antes?

Aquí obtuve mi mejoría total, yo la considero total. Y tuve mi visión hacia adelante, hacia lo que uno no ve, ahora lo puedo ver... yo ahora veo un futuro para mí. Vivo de mi pensión de la ayuda de mis hijos, tengo mi huerta... en cuanto a la medicina a la del consultorio no me gusto ni me gusta pero si hay que acudir simplemente habrá que llegar.

¿Cómo pretende usted mantener aquellos resultados?

Cumpliendo no volver al vicio.

¿Cree necesario, una vez terminado el tratamiento, seguir frecuentando este centro o asistir a algún hospital, clínica, etc.?

No, para que si yo me siento tan bien.

¿Podría describir lo que significa para usted estar sano?

Es la alegría más grande que tengo. Aparte de terminar la crianza de mis hijos. Es una alegría muy grande.

CARACTERIZACION PACIENTE

Edad: 72Años

Estado Civil: Viudo

Nacionalidad: Chilena

Nivel educacional: Enseñanza Básica

Ocupación: Jubilado

Nivel socioeconómico: Salario entre los \$150.000 - \$190.000

Entrevista 3

Paciente Roberto Hughes

¿Cómo llego al centro H.C.?

Yo llegué por recomendación de la doctora que me está viendo la parte de M.A. Maritza Oquendo, irióloga y ella me derivo para tener digamos el apoyo.

¿Por decidió venir al centro, debido a que razones?

No quise seguir con la vía, después del diagnóstico definitivo: cáncer, la vía de la medicina tradicional digamos porque por un lado te produce, digamos te ayuda y por

otro lado te destruye. Y en el caso mío destruirme lo que me quedaba de pulmón era matarme rápidamente.

¿Cuál fue la enfermedad específica?

Cáncer pulmonar

¿Hace cuánto sufre esta enfermedad, es decir, diagnosticada?

A ver es que lo que pasa es que empecé con otras manifestaciones que también eran graves. Yo estaba en lista de espera para trasplante. Empecé con esa enfermedad el 2014. Y a mediados del 2015 tuve una ruptura del pulmón, y a raíz de los exámenes que me hicieron se determinó que tenía cáncer. Es decir hace 8 meses desde que me lo diagnosticaron.

¿Qué cree usted que le provocó la enfermedad?

El cigarrillo. Fumé 36 años, no me cabe duda que fue el cigarrillo.

¿Qué problema le ha traído la enfermedad?

Lo más notario es el cansancio, ahogo en la actividad física. Tuve que pensionarme por salud porque no pude seguir trabajando y hasta un resfrió puede mandarme al otro mundo.

Esos tratamientos son previos a Maricarmen...

Tuve tratamiento paliativo en el fondo, porque no había curativo. Salvo el trasplante pulmonar y el cáncer obviamente que no había digamos opción porque no me quise hacer quimioterapia, la rechacé. Si nos enfocamos en el cáncer no realicé el tratamiento.

¿Dónde fueron aquellos tratamientos?

En distintos lugares, estuve una vez operado en clínica Las condes, la segunda en clínica reñaca y principalmente en el hospital naval.

¿Terminó esos tratamientos paliativos?

Lo que se podía hacer sí.

¿Me podría relatar la experiencia de su tratamiento con medicina alópata?

A ver el síntoma principal que tuve fue un neumotórax, ruptura del pulmón. Fue terrible porque me comencé a asfixiar. Llegue a la clínica del mar y el equipo que me recibió fue excelentísimo, me metieron un catete por el costado lo que permitió que

podiera salir el aire, luego llegó el cirujano que me hizo una pequeña intervención que me metió un tubo más grande para sacarte las presiones negativas para descomprimir. Y una vez que me estabilizaron estaban haciendo todos los exámenes para operarme acá (clínica del mar) y apareció el tumor. Eso estaba completamente fuera de todo. Digamos tengo un tumor en el mediastino y agarra aorta, corazón, o sea está en una zona absolutamente inoperable. Y ahí el cirujano de acá (clínica del mar) no se atrevió y prefirió que me operaran en Santiago. El mismo equipo que me iba a operar para trasplante. Y bueno allá me operaron y bueno la verdad que parece espantosa la cuestión pero fue una operación... y cuatro días después estaba en mi casa. El problema fue que yo me desbandé porque me sentía muy bien y empecé a hacer mi vida normal y así se me rompió cuatro veces más el pulmón, distintos episodios que no fueron tan intensos pero no me podía mover porque me ahogaba. Ahí tuve una segunda cirugía de la cual también salí totalmente bien, pero nadie me dijo oye quédate tranquilo haz reposo, por el contrario hice quinesioterapia y se me rompió otras tres veces más, de las cuales dos me hicieron pleurodesis, que es como parchar el pulmón, son técnicas en las cuales el pulmón te lo pegan a la pleura y así se tapa la perforación y el pulmón que pegado, es decir ya no existe la separación entre pleura. Que para la situación mía era la única solución posible, ya estaba descartado el trasplante porque habiendo cáncer no te pueden hacer trasplantes, es decir si, pero se ramifica. Y al final, bueno me hicieron dos veces la pleurodesis y la última vez me recupere solamente con reposo.

¿Qué respuestas le daban los médicos para explicarle a usted que sufrió tres veces la rotura del pulmón luego de una operación?

Que mis pulmones están dañados, que tengo vula, que son bolas de aire adentro, y esas a medida que se acercan a la superficie del pulmón, se revientan al menor esfuerzo.

¿Me imagino que usted, al ser parte del equipo médico, sabía de lo que tenía?

Yo sabía que tenía las vulas, pero de ahí a que se me rompieran espontáneamente era una posibilidad, pero como te digo yo me sentía tan bien que hacia mi vida normal.

Al tomarlo por sorpresa ¿Cómo fue el momento en que se entera de la enfermedad?

La primera vez cuando fue lo de la fibrosis propiamente bueno el médico me explico de qué se trataba, como que no le tome el peso real, no me impactó. Después con el correr del tiempo me di dando cuenta cuan grave era, como te digo la única solución

era el trasplante pulmonar, pero la mía era la más jodida de todas porque era de origen idiopático, me hicieron todos los exámenes habidos y por haber y no se encontró origen, bueno no me pudieron hacer biopsia porque para mi estado no era recomendable comenzar a meterse para dentro del cuerpo, aunque ahí hubieran descubierto el tumor porque el tumor se desarrolló en seis meses entre dos scanners. Bueno cuando le tomé realmente el peso fue cuando tuve el neumotórax eso fue desesperante y cuando me enteré de que tenía cáncer la primera reacción fue de impotencia, porque me estaba despertando recién de la anestesia y todo y esa fue la primera reacción y luego dije “no, esta hueva no me la va a ganar” y cargué pilas de nuevo y partí otra vez y ahí me puse en manos de Maritza y no recuerdo cuando, pero con Maritza partí ahí en Agosto del año pasado, con Maricarmen debo haber partido como en Octubre del 2015.

¿Quería saber su opinión respecto al tiempo que se le dedica a la terapia al horario a las formas de atención a la relación medico paciente?

No, mira yo tengo que decir que fue excelente. Me tocó buena suerte digamos con los médicos o equipo de trabajo y no sé si influiría el hecho de yo trabajar en el rubro, pero no creo porque después de un periodo de tiempo se supo que yo trabajaba que era odontólogo que no tenía nada que ver con el hospital naval pero el trato siempre fue súper grato, preocupado, mucha dedicación mi médico, mi neumólogo, la verdad que era un santo. Uno de los ángeles que me puso en el camino fue mi neumólogo, estudioso, desde el principio, desde el primer día me dijo las cosas tal cual eran, sin darme una esperanza de nada, o sea, esta cuestión me dijo vamos paso a paso día a día. Nunca me dijo te vas a recuperar etc. porque no era así. Parte de la terapia en la medicina alópata consistía en estar con psicólogo y psiquiatría, por recomendación del equipo médico en el proceso del trasplante.

¿Usted me podría decir que costo les ha traído la enfermedad: materiales y no?

Tú sabes que enfermarse en Chile sale absolutamente caro, yo estaría quebrado en ese minuto si no fuera gracias a que años atrás mi señora me tomó un seguro de salud, que me ha cubierto todo lo que no me ha cubierto la Isapre, sino estaría absolutamente quebrado. La pura pasada por la clínica Las Condes me costaron 18 millones. Y una parte me la cubrió la ISAPRE y otra el seguro y sin eso estas frito.

¿Para usted que significa estar enfermo?

Sabes nunca le he tomado el peso, rara vez me siento enfermo o me puedo morir, yo vivo mi día a día y disfruto lo que la vida me da.

¿Respecto al tratamiento actual y a las terapias alternativas complementarias usted tenía algún conocimiento de ellas?

Si, específicamente no, pero yo de antemano había sufrido crisis de pánico y en el momento cuando años atrás tuve una primera crisis de hipertensión -enfermedad familiar- entonces tenía como una marca fuerte. La primera vez que tuve una crisis me vino una crisis de pánico, angustia, y de ahí conocí yo a mi otro médico tratante que es como mi médico de cabecera, que siempre me dijo esta cuestión es de aquí (corazón-mente). Yo llegaba muriéndome o sea con taquicardia, mi papa murió de una hemiplejía, una de las cosas que yo sentía era que se empezaba a dormir la mitad de mi cuerpo me sugestionaba con la enfermedad con mi padre.

Ahora quiero referirme a su experiencia respecto al tratamiento con MCA. Cuénteme su experiencia

Mira quería retomar un punto anterior. Producto de la experiencia anterior que te conté, yo ya había leído hartos de medicina complementaria alternativa, había hecho biomagnetismo, o sea tenía un poco de manejo de las otras opciones que existían. Ahora cuando llegue al centro llegue un poco escéptico al principio, o sea, nunca había vivido experiencias de hipnosis propiamente, me costó varias sesiones. Ella me decía no importa, porque igual estamos trabajando. Por ejemplo yo no me dormía estaba siempre alerta, pero después entre ya varias veces en una relajación y un sueño pero profundo muy profundo, cuando ya nos fuimos a este inconsciente. La verdad es que me ayudaba hartos, me relajaba, de repente estaba un poquito más tenso y notaba como que me liberaba de las tensiones. Ahora último, por distintas cosas, entre eso porque no tengo ayuda de nadie, he dejado de ir, en enero fui la última vez.

¿Entonces el tratamiento consto de sesiones de hipnosis para tratar específicamente qué?

En la recuperación, de que el inconsciente trabajara en recuperar reponer reparar lo dañado.

¿Usted llegó entonces a donde Maricarmen para apalear las consecuencias post-operatorias?

Como una ayuda, me lo recomendó Maritza como un complemento a la terapia que ella me estaba haciendo con todo el tratamiento con productos naturales, homeopáticos, de todo lo que tomo que son remedios naturales.

¿Y el tratamiento de la irióloga era para?

Para el cáncer principalmente y la fibrosis, entonces como complemento a eso llegue a la terapia de Maricarmen.

¿Usted me podría describir, si es que cree que las hay, las diferencias entre ambos métodos?

Yo creo que las hay, no sé si pueda explicar con precisión pero estamos claro que el tratamiento alopático va directo al síntoma, la MCA va al fondo. Esa es la diferencia principal. Todos los medicamentos van a apagar un incendio pero no la causa. En el MCA es como buscar la causa y tratar la enfermedad desde ahí. He visto resultado con el tratamiento MCA, de hecho, ahora me tengo que hacer otro examen especial, pero en los scanners se ha visto que el tumor se ha reducido, según la iriología se encapsulo, pero lo que uno ve en imágenes hay una reducción en el tamaño del tumor. No se ve que halla metástasis, ahora haremos un scanner de cuerpo completo como para ver si pudiera a ver metástasis en otros lados, que no lo creo, pero como te digo he visto esos resultados entonces tengo mucha confianza en que el producto final es bueno. Ir para allá es tratar el origen no solamente el síntoma.

Es importante lo que usted dice, viniendo desde la práctica médica, siendo odontólogo...

Claro, es que mira si es cosa de ver nomas. Te duele la cabeza metete un analgésico, pero ¿por qué te duele la cabeza? estas tenso, tienes un tumor tienes hipertensión hay tantas cosas que pueden generar un dolor de cabeza, pero uno se toma un analgésico y se olvida el por qué.

De acuerdo a lo conversado, puedo ver que usted apuesta por ambos métodos, aun así creo observar que prefiere los métodos de Maritza y Maricarmen, por sobre los tratamientos alópatas... podría desarrollar aquello.

Lo que es que Maritza me partió diciendo que el tratamiento iba a ser paralelo, o sea, no debía abandonar mi tratamiento alopático, ahora éste tratamiento cada vez especifico me revisa y ya no tengo nada pero debo usar un tubo de oxígeno, dos pufs, uno de uso diario y el otro es más para crisis. Los corticoides me los sacaron hace tiempo, y como parte del tratamiento, que ahora se alteró un poco porque subí un poco de peso... aunque hace catorce años tomaba fármacos para la presión y estando en el hospital una vez la presión se fue tan al suelo que suprimimos esos medicamentos y no los había tomado por 6 meses, o sea mis otros tratamientos estaban manteniéndome mi presión. Ahora tomo, pero muy poco, el mismo medicamento. En el tratamiento alópata hay que buscar un equilibrio, imagina yo estaba tomando un medicamento para la presión que realmente no lo necesitaba.

¿Cuál es su opinión respecto al cuidado de la terapeuta y el apoyo que recibe por parte de ésta?

De lo mejor, o sea, muy preocupada, instruida, y como te decía delante ha logrado que yo, al principio está un poco escéptico no sabía cómo reaccionar, pensé que era una persona blanda para lograr hipnosis y me di cuenta que no, lograr llevarme al inconsciente, me ha ayudado harto.

¿Se siente satisfecho con su labor entonces?

Si totalmente. No he podido continuar aunque no salí mal pensionado pero bueno me cuesta y en este país no se vive con una jubilación.

¿El tratamiento de Maricarmen MCA de qué forma trabaja la enfermedad??

Yo diría que global porque el tratamiento no está enfocado solamente en el cáncer, sino que involucra todo, al bienestar completo.

¿Cómo considera que ha sido su participación en el tratamiento con MCA, respecto a su opinión, a su injerencia en el tratamiento?

Si, si los comentarios todo es considerado. Hay una buena comunicación e intercambio, porque ella siempre me pregunta cómo me he sentido, como he estado, en el fondo le cuento un poco como ha sido mis días entre una sesión y otra y cuando estamos terminamos es decir la sesión si es que no estoy dormido también damos comentarios finales.

Quisiera saber su opinión respecto al médico y la terapeuta

O sea de ambos yo tengo la mejor de las opiniones, no podría excluir a ninguno de los dos por mi experiencia, hay otros que yo sé que crucificarían especialmente al médico, pero por mi experiencia ha sido muy buena con ambos. O sea yo confié plenamente en mi médico alópata, y también en mi terapeuta de MCA 100% confianza. Yo creo que la mayoría de las veces creo yo se manejan los dos tratamientos.

¿Qué limitaciones percibe usted que le ha provocado la enfermedad? por ejemplo en su rol de esposo, padre, trabajador, etc.

Bueno como trabajador me limitó. Tuve que dejar de trabajar porque no era recomendable seguir trabajando, quizás si pero mucho menos pero arriesgo de contaminarme un resfrío, el polvo, humo que se yo, es un riesgo. Después de lo que pase en año pasado decidí colgar el espejo y la sonda y no volver a trabajar con

tecnología directa. Me limito en la parte laboral, en mi parte deportiva también me limito totalmente no pude hacer más bicicleta. Mi vida familiar obviamente cayó en la preocupación constante de estar me viendo de si me ahogo si no que no haga exceso de movimiento, etc., hay una sobre protección. El resto no ha sido desesperante cuando me han venido mis crisis me chanto el oxígeno y yo cero problema. Pero por ejemplo mi hijo mayor, respecto a mi enfermedad, sufrió un ataque de pánico y ha se ha visto bastante golpeado por mi enfermedad. Entonces también a él me gustaría tratarlo con estos métodos para que no quede con esa espina como un trauma.

De acuerdo a lo que usted e dijo, ha pasado mucho hospitalizado

Si curiosamente cada hospitalización ha durado entre 10 a 13 días y he estado hospitalizado sumando todo, como tres meses.

Desde el momento que le detectan la enfermedad y usted decide dejar de asistir a la medicina alipata ¿cuánto tiempo paso??

Lo que pasa es que yo no es que dejara la alópata porque siempre fue complementario. Yo desde que me enteré del diagnóstico hasta que tome la MCA pasaron cuatro días que los que estuve en la clínica. Esto lo habíamos conversado de antemano en el sentido de que si el tumor era cáncer... y justo apareció mi cuñada quien era quien conocía a Maritza, y cuando teníamos la confirmación de que se trataba de un tumor pero no sabíamos de que tipo hablamos de inmediato del tema, ella me dijo yo te llevare con la iriología y me contó todo lo que ella creía. Entonces esto ya estaba hablado entonces con diagnostico nos pusimos inmediatamente en contacto con ella.

¿Entonces desde un principio fueron ambos métodos?

Si, lo que pasa es que lo que hice yo fue descartar la quimioterapia. porque cuando ya se comprobó que era cáncer en la primera cirugía aprovecharon, a través de una biopsia, ver como estaba dentro y vieron que tenía un cáncer pulmonar, y mi problema de la fibrosis tapó el cáncer y eso derivo en el tumor que tengo. En la clínica de Santiago yo converse que la quimio no la veía como una opción y sobre todo después de que hable con Maritza ella me dijo "ojala no te hayas hecho la quimio" y trata de demorarla para darle tiempo al tratamiento alternativo. La quimio podía entorpecer el tratamiento alternativo. Y cuando tuve la segunda ruptura el médico me dijo que por el lugar de la perforación la radioterapia estaba contraindicada, el tratamiento te va a atravesar el pulmón pero todo lo que esta antes y después lo va a quemar. Y como tú tienes poco pulmón te hare menos me dijo te haremos quimioterapia y me derivó. Y yo internado en la clínica reñaca pregunte

cuando iniciaba el tratamiento y me lo querían hacer a la semana siguiente de inmediato. Y yo no quise no me gusto, si me hubiese hecho eso no estaría aquí dando una entrevista.

¿Cómo usted asume y enfrenta su enfermedad actualmente?

Totalmente positivo, mira no pienso en el futuro o me voy a mejorar cosas así, solo lucho por estar bien, me cuido bastante más que antes, trato de no hacer cosas que no corresponden aunque a veces igual las hago.

En ese sentido, ¿realiza actividades respecto a su enfermedad que no son ni recomendaciones del médico ni de la terapeuta?

Me gustaría hacer reiki que me han dicho que es bueno, pero también entro en el tema de que me he puesto muy flojo, me cuesta un mundo levantarme pero si trato de caminar lo más que puedo pero no mucho, aunque debiese ser más. Tratar de salir a dar una vuelta a caminar, etc. pero no hago más que eso.

¿Alguna razón especial por querer sanarse, algo por hacer algo que cumplir?

Por mi familia. Yo la primera noche que estuve hospitalizado, nunca había estado hospitalizado, no que me sintiera mal pero el hecho de estar en el hospital lo asumí porque era que ya no estaba bien y la verdad el único motivo que me lleva para adelante es mi familia. Pero mi hijo por ejemplo entra el próximo año a estudiar así que tengo que hacer algo por generar recursos, hay toda una historia por delante: mis hijos y mi señora. Lo que siempre he pensado desde que partí la enfermedad es que siempre sufre la familia. Porque hasta los amigos desaparecen. Me preguntaba también si es que he dejado alguna huella si he hecho algo importante, eso también me gustaría sentirlo, pero después me sentía bien porque harta gente me ha demostrado cariño apoyo y ayuda. Soy millonario en cariño y amistad.

Bueno ahora vuelvo a la medicina... ¿qué resultados esperaba obtener, con MCA, que no había obtenido antes??

Buena pregunta, yo te diría que como vengo del mundo científico tenía claro que lo tengo es irrecuperable o intratable. Que en cuanto durara no lo sabemos, es como tener una lusa al final del túnel con este tratamiento, tener una esperanza buscar un camino diferente en el cual tengo plena confianza. De hecho Maritza me dice muchas veces que yo me voy a mejorar, ella está convencida. Como te digo cuesta un poco a veces ser constante, ahora en este minuto se que me he portado mal porque no me

he tomado todos los remedios etc, he estado confiando pero siempre hay que ser constante, porque todos los tratamiento homeopáticos no son instantáneos sino que son acumulativas no hay que dejarlos hay que ser constantes. Esa es mi expectativa.

¿Cree necesario una vez terminado el tratamiento seguir frecuentando cualquiera de los dos tratamientos?

Yo voy a, siempre, voy a recomendar tanto al neumólogo, médico general y a Maritza y a Maricarmen como MC.

¿Qué significa para usted estar sano?

Estar sano seria recuperar el 100% de mis funciones. Volver a trabajar a andar en bicicleta, poder hacer actividades físicas sin temor a ahogarme, porque la alegría de vivir la tengo igual.

Caracterización Paciente

Edad: 53Años

Nivel educacional: Enseñanza Superior

Ocupación: Odontólogo

Ingresos: 1.000.000

Entrevista 4

Paciente Silvana Cárdenas

¿Cómo usted llego al centro de MCA?

Yo llegué guiada por una irióloga, pero previo a eso yo estaba siendo intervenida quirúrgicamente debido a un cáncer de colon con metástasis pulmonar. Un cáncer tipo 4 considerado terminal, en esa categoría estoy yo encajada. Ella me derivó a una hacia Maricarmen para hacer sesiones porque la irióloga, ella también piensa, al igual que yo, piensa que los canceres son enfermedades, más que biológicas, son enfermedades del alma, de traumas cosas hechos que uno ha pasado durante toda su vida o cuando a uno le toco pesado. A mí me ha tocado pasar por muchas cosas fuertes, cosas puntuales, no he estado toda mi vida en eso, pero si hay cosas que si me han marcado mucho.

¿Que la llevo a tomar la decisión de ir a un centro de MCA?

He leído mucho, no me limite a la parte médica, leí mucho sobre medicina alternativa, sobre relajación, sobre lo que tiene que ver con la respiración, el

conversar, entonces cuando a mí me propusieron ir donde Maricarmen porque ella podía ayudar, yo dije pero si eso también se puede.

¿Qué enfermedad específica se trató con MCA?

El cáncer

¿Hace cuánto sufre de esa enfermedad?

En abril del año pasado me la descubrieron y fue un proceso súper rápido porque en un mes yo me sentí mal me enferme y en un me encontraron y estaba muy avanzado el cáncer. Por lo que me dijo el doctor me dijo tu traes de hace tres años este tumor canceroso

Y en esos tres años, en chequeos médicos, ¿nunca le dijeron nada al respecto?

Yo no fui ni al médico porque yo siempre he sido muy sana, a mí no me dolía nada no me hacía ningún control rutinario, ni mamografías nada. Por mi edad, tengo 60 años, pero nunca me imaginé ni pensé ni me sentía mal yo muy entusiasta hasta ese día que me descubrieron yo trabajaba, ese mes estuve con licencia volvía a trabajar dos tres días y así hasta que me hicieron el scanner en ese mes y ahí me salió el cáncer que era el tumor

¿Cree que usted que le provocó la enfermedad?

Yo creo que las enfermedades del alma, cuando uno está con mucha pena con mucha angustia tus defensas bajan, todos tenemos células cancerosas pero te pilla volando bajo tu flaqueas y tu salud se resiente y se agarra. Esto en el fondo es acumulativa entonces si tú pasaste un episodio y después pasan años y tu vida es plana con ir y venir pero mejor, y de repente esto te golpea y es otra cosa todo.

¿Qué problemas le ha traído la enfermedad?

Problemas físicos, obviamente las quimioterapias carcomen. Te explico, son varias cosas secundarias que pasan, por ejemplo se rompe la piel de la cara, eso duele, se rompen las manos, se hace tajos igual como con bisturí, tajos lacerantes, se rompen las plantas de los pies, se rompen la mucosa bocal, se rompe la nariz, se escama la espalda. A mí me paso eso, se me cayó el pelo. y bueno el estado general digamos, uno se siente muy cansada, es como estar permanentemente con un cuadro gripal. Eso en la parte física. en la parte emocional no me volteó la enfermedad, o sea yo , el primer día que me dijeron, que fue un médico porque yo soy del campo de la salud, me dijo Silvana esta cuestión es un cáncer, no hay nada que hacer. No es que creamos que sea un tumor nada, esto es un cáncer me dijo, nada que hacer.

Entonces ese día estuve despierta toda la noche, y yo misma me dije tengo que ver la parte buena de esto. entonces empecé a ver todo lo bueno que yo tenía en ese momento, dije, mis hijos ya están grandes, profesionales, no es como cuando uno tiene niños chicos que es una preocupación enorme. Por otro lado estaba en un buen hospital, en el hospital naval, muy bien atendida, limpio, pulcro, personal idóneo. Eso también es muy importante. Económicamente no soy millonaria pero estoy bien, cubro mis necesidades básicas.

¿Laboralmente le trajo problemas?

Ninguno porque llevo un año y medio con licencia pagada, ósea con mi sueldo completo con todos mis beneficios, por esa parte yo dije ya eso está bueno. No es tan terrible, de repente me bajoneaba pero yo me dije quiero vivir o quiero morir y me dije quiero vivir. Si tengo que hacer la quimioterapia hare la quimioterapia, si me aferro a la parte natural lo hago. Si alguien me quiere rezar, de x religión, que lo haga, porque la buena intención la buena energía se traspasa. Entonces vi que tenía hartas posibilidades, tengo que tomarlo por el lado bueno para recuperarme de adentro hacia afuera.

¿Esta enfermedad usted se la trato primero en la medicina alópata y luego con MCA?

Claro, yo llevaba como 6 sesiones de quimioterapia cuando empecé con MCA y después tuve dos sesiones de quimioterapia en seis meses. Cada doce días tenías sesiones y estaba tres días con droga, me dieron pero dos bombazos fuertes, y estaba algo de 57 horas con drogas pasando y pasando eso es muy fome. Entonces mi caso eran tres días pero pegados, desde las 9am hasta el tercer día a las 5-6pm con drogas hospitalizada. Y bueno cuando llevaba esas seis quimios pasé con Maricarmen. Y después termine la primera tanda de 12 me hice mis controles me había aumentado los nódulos pulmones, o sea ya no estaban solo en la base si no en el lóbulo superior, la metástasis había sucedido, estuvo peligroso. cuando empecé con Maricarmen estaba así, y empezamos a hacer esas sesiones y a erradicar eso malo de adentro y cuando llevaba la sesión número 6 -porque cada 6 quimioterapias me hacían un scanner- scanner de todo el cuerpo eran como 8 scanners en total, y me hospitalicé y partí al otro día con la quimio número 7 y así pero de la nada el médico me dice está todo bien todo paso, yo no te digo que estoy sana porque el cáncer en mi etapa ya no lo erradico más yo tengo cáncer hasta que me muera, entiendes tú? pero esta aplacado, ese cáncer esta aplacado. Estuve cuatro meses en promisión, o sea, vallase a la casa, veamos. Estoy en casa como de todo hago de todo salir,

jardinear, cocinar, manejar salir a comprar, o sea, yo hago todo como si estuviera sana. Me tome los scaners a fines de agosto y siguen bien.

¿De acuerdo a lo que dijo, en la séptima quimio decidieron no hacerle más sesiones de ésta?

O sea no alcanzaron, porque en la numero 6 detuvieron.

¿Y cuantas sesiones eran el tratamiento en total?

Eran 2 tiradas de 12 sesiones cada una. Entonces de hecho ya tenía las drogas pedidas para las 12 sesiones, y cada sesión era de 3 días como te dije. O sea uno no alcanza a reponer para cuando ya te hospitalizaban otra vez. Bueno como te digo, cuando a uno le hacen los scaners tiene que estar 24 horas solo pasándome suero para desintoxicarme porque inoculo mucho y para el contraste de las vísceras, con yodo, te inyectan yodo, entonces antes de la quimio pasas 24 horas pasando suero y tomando agua y desintoxicarme y luego más quimioterapias, pero yo más quimioterapias me iba a morir, yo ya no las quería hacer. Incluso yo estaba decidida a habar con la doctora y decir que llegaba hasta ahí, pero juntos antes de que yo no dijera nada justo me dicen vallase a la casa porque esta todo bueno, los exámenes todo bien, los scaners también.

Me podría relatar, brevemente y engrosando lo anterior, su experiencia en el tratamiento de su enfermedad con medicina alópata, ¿entendía perfectamente lo que significaba el diagnostico?

Si totalmente, yo vengo del campo de la salud, soy enfermera. Yo ni siquiera pensaba que era cáncer, yo decía calculo en vesícula porque vomitaba a cada rato tomaba agua y vomitaba, y cuando me hice el scaners incluso le dije a mi hijo tengo probable que me operen de vesícula, y cuando me dijeron cáncer o sea yo ya supe todo lo que se venía, distinto es tenerlo que atender a una persona con cáncer. Sabía que se venían quimio, hospitalizaciones, los síntomas todos los efectos secundarios que a una le pasan. La familia que se tiene q hacer responsable, mi hijo del medio se tuvo que hacer responsable de acompañarme estar en todos lados conmigo.

¿Esta enfermedad entonces la descubre al sentirse mal e ir al médico?

Claro, eso fue un mes antes, yo me empecé a sentir mal a mediados de marzo y me acuerdo que semana santa, estábamos en Santiago y yo estaba tan mal

¿Qué sintió cuando le dijeron que tenía cáncer?

Tuve una reacción bien especial, porque lo único que dije fue "la wea que me faltaba" porque yo trabajaba en ese momento y cuidaba a mi papa, trabajaba mucho, estaba un poco estresada en el fondo. A mi más o menos lo único que me faltaba era que me dijeran que tenía cáncer, tenía que ver toda las cosas mi hijo, mi papa, el trabajo, etc. y ahí pensé quiero vivir o morir, como te dije delante, y decidí vivir y aferrarme a la parte positiva de esto. y yo, honestamente, me encuentro súper bien.

¿Me podría relatar su experiencia respecto al tratamiento con médicos, por ejemplo, lo que le hicieron y las apreciaciones que usted tiene respecto a eso?

La primera fue la intervención quirúrgica, sacar el tumor, me sacaron 50cms de intestino, porque el tumor estaba en el colon pero igual tuvieron sacar demás por la probabilidad de la metástasis alrededor. Bueno todo eso salió bien, no había mas células cancerosas porque mi cáncer va por el torrente sanguíneo que es peor aún que este ganglio.

¿Y después de extirpar el cáncer que siguió?

Te instalan un reservorio para las quimio, aun lo tengo puesto, es un dispositivo que va abajo de la piel, en el musculo, va conectado a una vena gruesa que llega a los vasos gruesos, porque la quimio si te la pasan por el brazo te queman el brazo se te muere el brazo. Y por eso llevo ese reservorio que ocupan siempre, pichan ahí y pinchan siempre.

¿Desde que detectaron la enfermedad hasta la última quimio cuanto tiempo paso?

Un año y medio.

¿Cómo asume y enfrenta su enfermedad actualmente?

Lo asumo con responsabilidad, porque yo sé en qué consiste todo esto, se lo que tiene q ver con la parte alimenticia, y lo veo desde el punto de vista, cuidado físico y cuidado personal y espiritual. Es importante mantenerse uno sano de mente.

¿Realiza actividades, respecto a su enfermedad, que no son recomendaciones?

No hago ningún deporte. Solo camino casi a diario y estudio gramática italiana, eso me distrae y enriquece mucho.

¿Tiene alguna razón especial por querer sanarse?

Por supuesto, si porque quiero seguir disfrutando a mis hijos, uno nunca termina de criar. Tengo nietos, tengo hartos por salir, yo me siento bien. Para mis 60 años, a pesar de la enfermedad, yo me siento bien.

¿Cree necesario seguir necesario yendo a atenderse con MCA?

Por el momento no, cuando sienta algún cambio en mi salud lo hare, no lo voy a pensar, voy.

¿Qué significa para usted estar sana?

Una alegría inmensa, porque uno que conoció el lado b de todo esta enfermedad, la enfermedades quitan muchas cosas como el estado de ánimo en el entorno hay un sufrimiento. Ahora en esta etapa que me creo sana soy feliz, hago de todo.

¿Y qué apreciación tiene al tratamiento en sí?

El tratamiento quirúrgico tenía que ser si o si tenía que hacerse. La quimioterapia, como yo había tomado la decisión de hacerlo que fuese necesaria, y partí y yo hice todo lo que me dijeron, y también yo me ayude en no desgastarme en cosas como tan tontas, empecé a salir más. Para mí la parte médica ya estaba agotada. Con los resultados yo encuentro que a mí la quimio a mí me dio resultado, a lo mejor si no me lo hubiese hecho, también lo he pensado, quizás la homeopatía no me hubiese servido sola. Fue lo más acertado hacerlo. Los dos tratamientos aunque para mí el MCA es complementario al tratamiento alópata.

¿Cuál es su opinión respecto al tiempo dedicado a la terapia, a los horarios, a las formas de atención, en el hospital?

Yo creo que ellos hicieron todo, porque de hecho me incluyeron, por mi situación grave, en un programa de la clínica los condes donde agregaron una droga, y me la proporcionaron porque la clínica la mando, pero no estaban experimentando, sino que me estaban ayudando así como "señora pongamos esta otra cosita para ayudar un poco más". Y las drogas uno tiene q seguir el tratamiento porque es un protocolo impuesto por la OMS a nivel mundial, es un esquema a nivel mundial para tratar al cáncer. y al cirujano y la oncóloga y yo le dije a ver dígame cuanto me queda de vida. No me dijeron si pueden ser años, 1, 2, 3, 5, 15 años. Porque hay gente que con la primera quimio ya no puede más. Nadie tiene este asunto comprado. Yo encuentro que hicieron lo correcto conmigo y todo lo que podían y yo lo agradezco porque yo lo necesitaba en ese momento, era eso o eso.

¿Qué significa para usted estar enferma?

Los aspectos físicos, que son los que más pesan, porque cuando uno trabaja tiene un ritmo de vida, sentirse mal es sentirse muy desgraciada, no tener ánimo ni fuerza, yo quedaba muerta pero yo quería hacer cosas y no podía muy bien. El estar limitada físicamente me afectó bastante.

¿Continúa asistiendo a terapia en el Centro Médico Hipnosis Clínic?

No, ella considero que ya estaba bien de acuerdo a las terapias.

¿Y cuánto duro ese tratamiento?

Yo creo que unos dos o tres meses, todas las semanas. Unas 10 sesiones más o menos.

¿Fue la irióloga quien lo derivó?

La irióloga me derivó.

¿Usted tenía conocimientos respecto a estos tratamientos?

No, no conocía específicamente de hipnosis. Pero yo le decía a ella que lo único que se sentía era mi cabeza, no sabía ni sentía mi cuerpo, estaba completamente relajada (relajación versus tensión). Y cuando ella me iba hablando y me decía imagina esto imagina esto otro y yo lo imaginaba con brillo y colores sabes.

¿Me podría relatar su experiencia, su apreciación completa respecto al tratamiento con MCA?

Mi opinión es buena porque a mí me sirvió, porque ella primero escucha, pero una conversa con ella y conversa tranquila. Es muy sutil ella cuando conversa, tiene una música de fondo muy apropiada, y hace que uno se entregue en el fondo. Ella genera ese ambiente de tranquilidad, uno se siente relajado, sabes que puedes conversar, sentir. y se trata de no solo asumir, también se trata de olvidarlo de soltarlo, no quedarse pegado con las cosas, cambiar.

¿Esa posición de cambiar y mejorar corresponde a la terapia de hipnosis?

Si, uno no puedo conversar con amigas a veces entonces estas cosas que una tiene presente hay que trabajarlas. Así uno aprende a vivir más feliz en el sentido de paz interna, con enseñanzas del día a día.

En ese sentido ¿usted cree entonces que hay diferencias en la forma de tratar en la relación médico-paciente y terapeuta-presente?

Si totalmente, porque en la parte médica, el médico te dice vamos a poner una droga que no se puede ni siquiera decir los nombres, vamos a poner de esto, de esto y de lo otro, y te vas a sentir de todas estas formas, estas serán tus reacciones, entonces es una cosa bien sistematizada. En cambio acá en MCA, es más amplio el tema porque yo puedo pasar de esto a esto otro, relacionando las cosas que me pasan en un tratamiento holístico. Por ejemplo cuando yo volví a la siguiente quimioterapia, la enfermera me reviso entera, el pelo, la piel, si estaba bien lubricada porque me daban cremas y bloqueadores especiales que parecía que uno se echaba tiza, y les dije que sentía que me dolía no me dolía, y me decían esto es parte de la quimioterapia.

¿Y usted tenía incidencia en el tratamiento alópata?

No, no podía. Pero no por eso la atención era mala, era súper buena, pero los médicos son más impersonales, porque éramos 20 personas enfermas y yo generalmente estaba sola.

¿Cuáles es su opinión al cuidado del terapeuta y al apoyo que recibe por parte de ella?

Es bueno es completo porque ella no solamente trata con la hipnosis, ella también me hizo a mi seis sesiones de intoxicación iónica. Entonces uno se siente que alguien está pensando en ti, te está ayudando quizás más de lo que a ella le corresponde. Estoy satisfecha con su labor totalmente.

¿Cómo considera que ha sido su participación en el tratamiento MCA?

Ella consideraba mis opiniones yo considero que por su puesto participaba en el tratamiento, yo a veces llegaba a sus sesiones y le decía fijate Maricarmen aplique lo que me enseñaste y realmente me hizo bien, entonces era como participativo de ambas partes.

¿Qué limitaciones percibe que le provocó la enfermedad?

No creo que limitaciones porque las limitaciones son las que corresponden, yo no puedo andar en invierno a las 9pm en la playa, eso es una limitación pero bueno.

¿Qué consecuencias sociales le ha traído su enfermedad?

Nada, ninguna ni discriminación ni perdida de trabajo, nada. En el trabajo me apoyaron me sentí querida y apoyada.

Al proceso de enfermedad ¿hay algo que considere positivo?

Que me cambio como persona, me cambio mi forma de ver las cosas, uno se desapega mucho para ver otras realidades otras cosas.

¿Cómo asume y enfrenta su enfermedad actualmente?

Lo asumo con responsabilidad porque yo sé en qué consiste todo esto, la parte alimenticia en este tema y lo veo desde el punto de vista cuidado físico y también cuidado personal y espiritual.

¿Realiza actividades respecto a su enfermedad que no son indicaciones ni del médico ni del terapeuta?

No hago ningún deporte. Camino bastante y estudio gramática italiana, yo no pienso en la enfermedad todo el día. Pero después de almuerzo descanso como 2 horas también. Porque ahora tengo tiempo, porque antes con el trabajo y mi papa enfermo no tenía nada de tiempo.

¿Alguna razón especial por querer sanarse?

Por su puesto, quiero seguir disfrutando a mis hijos porque yo creo que uno nunca termina de criar en el fondo. Tengo nietos, tengo hartos por salir. Me siento muy bien, con 60 años me siento muy activa a pesar de mi enfermedad.

¿Cree que sea necesario seguir frecuentando a el centro una vez finalizado el tratamiento?

Por el momento no, a no ser que tenga un cambio de mi salud y sienta nuevamente la necesidad de retomar las terapias, lo voy a hacer, no lo voy a pensar. Si siento que voy a necesitar, vuelvo, como si siento que necesito un retoque por así decir que estoy flaqueando en alguna cosa.

¿Qué significa para usted estar sana?

Es una alegría inmensa porque uno que conoció la parte, el lado b de todo este asunto, las enfermedades quitan muchas cosas como el estado de ánimo, el entorno, hay un sufrimiento, no lo demostraba por mis hijos o sea que fome que ellos tengan el espectáculo en la casa, eso también tiene un trabajo, un trabajo mental que ayuda a que uno este fuerte. Ahora que estoy en esta etapa igual su lado bueno ahora que estoy sana estoy feliz, porque me siento bien hago de todo. Ojala no me vuelva a enfermar y vivir lo mismo, aunque uno sabe que está el riesgo, de tener una recaída. Pero hoy estoy bien así que disfruto.

Caracterización Paciente

Edad: 56Años

Nivel educacional: Enseñanza Superior

Ocupación: Jubilada (Enfermera9

Ingresos: \$700.000 - \$900.000

Entrevista 5

Paciente José Carmona

¿Cómo llegaste al centro de MCA?

Me la recomendó una secretaria de mi papa, que trabajaba en la misma consulta de viña del mar.

¿Porque decidiste ir al centro?

Porque había leído sobre esto de antes, y me habían comentado que era muy efectiva, y ahí me dijeron que las personas que entraban siempre lograban beneficios y salían bien en corto tiempo.

¿Porque razón fuiste al centro, que enfermedad te tratabas?

No, por una consecuencias de la infancia que tuve, que igual me molestaban un poco entonces fui para sanarlas y para tener una vida más tranquila y mejor en ese sentido, concentrada.

¿Entonces sería una enfermedad de tipo psicológico?

mmm, sí.

¿Hace cuánto crees que sufre esos trastornos?

o sea igual desde siempre, eran cosas que me molestaban a mí mismo, entonces yo igual leo de psicología y de todo, y vi como lo de la infancia influía cuando uno se forma de grande entonces dije ah ya entonces pa´ solucionar esos problemas voy y me trato.

¿Qué crees tú que te provoco la enfermedad?

Sensibilidad, manipulación, cosas así. O no ser muy empático con los demás, que eso me causaba problemas según yo.

¿Tú le atribuyes la responsabilidad de tu enfermedad a ti mismo, o a cosas que pasaron y desencadenaron lo que me decías?

Podría decir que le echo la culpa a mis viejos, diría que fue por eso más que nada. Problemas de la infancia que me llevaron a la hipnosis.

¿Qué problemas te trajo descubrir esa condición negativa?

Era muy poco empático, todo me daba igual, la gente mis amigos, si alguien le pasaba algo al frente mío no me importaba.

¿Te trataste esta enfermedad anteriormente?

Si, fui a dos sesiones donde una psicóloga que conocía a mi papa, pero no sentí que me hicieron nada de efecto.

¿No lo terminaste entonces?

No fui dos días y sentí que no conseguía nada.

¿Me puedes relatar tu experiencia y por qué no lo terminaste?

Me hacían preguntas y daban los típicos consejos motivacionales que puedes encontrar en internet. Me hicieron hacer unos dibujos para decirme cosas que yo ya sabía. Después dije si sigo viniendo por acá mejor me meto a internet y veo un video de autoayuda.

¿Cuándo fuiste a esas sesiones te entregaron algún diagnostico?

Me dijeron algo de manipulación estratégica.

¿Y sabes a que se refiere eso?

Si algo sabía.

¿Fuiste por iniciativa propia al psicólogo?

Sí, porque quería estar más tranquilo conmigo mismo y mejorar como persona, entonces si para solucionar eso.

Te quería preguntar tu opinión respecto al tiempo que se le dedica a la terapia, a las formas de atención a la relación desarrollada con el médico, tu opinión como paciente.

Creo que es un proceso largo tedioso y poco efectivo. Uno tiene a aburrirse mucho como no ve resultados, es lento, costoso. La forma de atención es regular, no sentía que me entendieran o fueran empáticos conmigo.

¿Tú crees que la enfermedad te ha provocado costos materiales y no materiales?

Sentimientos de culpa, por no ser más empático con los demás, algo que no me nacía. Tenía relaciones sociales porque sociable soy, pero ponerme en su lugar no podía y quería ser distinto.

¿Qué significa para ti estar enfermo?

mmm algo malo.

¿El tratamiento con MCA lo terminaste?

Si, por lo que yo iba sí, pero ahora por tema de plata no he seguido yendo. Pero iría para potenciar otras cosas.

¿Hace cuánto tiempo que te atiendes allí?

Un año y medio. Y voy constantemente porque siento que me sirve, porque veo los resultados apenas me levanto. Ella es tan empática, te entiende, lo que me gusta es que tiene la habilidad para entender y entenderte a ti mismo entonces tu sentí que estay logrando cosas solo con la conversación entonces con el tratamiento es más fuerte los resultados, uno ve resultados desde que entra hasta que sale. Aparte es rápido, aunque salga un poco más caro yo siento que vale la pena pagar.

¿Me puedes relatar tu experiencia con MCA, en qué consistió el tratamiento?

primero yo entraba, aunque fueron cambiando los métodos, como adaptándose a mí, yo entraba le conversaba respecto a este problema o a este otro, como me había sentido, después le decía que quería lograr y solucionar y me recostaba en el sillón y ella empezaba a hablarme y yo estaba como en un estado como dormido, en una experiencia muy bacán, después despertaba y empezar a sentirse distinto, mejor, más relajado, y a medida del día, dependiendo de lo que habíamos buscado, comenzabas a notar los cambios a sentirte mejor, y eso, casi todas las sesiones eran así y los problemas se iban solucionando.

¿Cuánto duro el tratamiento en sí?

Tres meses algo por ahí. Yendo una vez a la semana o a veces dos.

Me puedes describir, si es que las hay, diferencias en las formas de tratar la enfermedad entre ambos métodos

Yo sentía que Maricarmen se ponía en mi lugar, me entendía por completo, ni siquiera podría compararlos, como lo bueno y lo malo.

¿Porque preferiste seguir el proceso de tu enfermedad con un tratamiento alternativo y no seguir con la medicina alópata?

Porque como había leído del tema y las personas que me recomendaban yo confiaba en ellas, al principio esta escéptico, pero después de la segunda sesión ya notaba los resultados y fue como ya no aquí estoy listo, aquí me quedo.

¿Cuál es tu opinión al cuidado de Maricarmen y al apoyo que recibiste por parte de ella?

El apoyo de ella casi como una madre con un hijo, siempre estaba pendiente de mis problemas de si yo estaba bien, nos comunicábamos siempre para saber cómo estábamos. Me ayudaba a entenderme a mí mismo. Los beneficios que me dejó como persona fueron innumerables.

¿Te sientes satisfecho con su labor?

Sí, 100 por ciento recibí más de lo que esperaba.

¿El tratamiento solo se enfocó en tu parte enferma o abordaron tu situación por completo, concibiendo lados que supuestamente no tiene que ver con la enfermedad?

Podríamos decir porque como ella yo le hablaba de todo, ella me preguntaba todo tipo de cosas, algunos problemas yo pensaba que era por una cosa y ella me hacía darme cuenta que me pasaban por otra cosa que yo ni siquiera se me había ocurrido. Entonces solucionábamos el problema viéndolo desde varios puntos de vista.

¿Cómo consideras que ha sido tu participación en el tratamiento, te consideras participativos o activo?

Sí, he sido participe del tratamiento. Porque yo igual tenía que poner de mi parte, porque para poder lograrlo, ella me decía, tenía que querer de adentro para poder lograrlo porque si yo no quería ella no podía hacer nada.

¿Qué limitaciones cree que te ha provocado la enfermedad?

En mi rol de hijo porque el problema era principalmente con mis padres, pero en las otras cosas no, sino que ser poco empático.

¿No sufriste ninguna consecuencia social como discriminación social, pérdida de trabajo, etc?

No nunca, el problema era más que nada que un día me dijo a mí mismo no yo no puedo seguir así, y yo me quise cambiar.

Respecto al proceso de la enfermedad ¿hay algo que consideres positivo?

Que al querer sanar esa enfermedad logre varias cosas positivas aparte de sanar la enfermedad así.

¿Esa enfermedad fue un proceso que te llevo a descubrir cosas?

Si, podríamos decir que me ayudo tener ese problema porque me ayudo a descubrir muchas cosas.

¿Cómo asumes y enfrentas el proceso y la enfermedad?

No se hago una vida normal como si nada hubiera pasado, no tengo ningún problema de nuevo, ni mini secuelas ni nada.

¿Realizas actividades que ayudan a mantener ese estado positivo, que no son recomendaciones de la terapeuta ni del médico?

Si, voy al gimnasio porque me ayuda a desestresarme de la universidad, me deja con buen ánimo y salud, solo hago eso.

¿Qué cambios ves reflejados en tu vida diaria a partir del tratamiento?

Está todo bien ahora con todos.

¿Alguna razón especial por querer sanarse?

Porque me sentía como mala persona o desinteresado hacia los demás, entonces sentía una pseudo culpa por ser así.

¿Qué resultados esperabas obtener con MCA que no habías obtenido antes?

Solucionar el problema

¿Cómo pretendes mantener aquellos resultados?

Me preocupo por el resto de las personas, y me nace de adentro no lo hago por sentirme responsable

¿Crees necesario seguir frecuentando el centro o asistir a un psiquiatra, hospital, etc?

La verdad no porque me he sentido bien, entonces supongo que no, y como siento que ya sane hace tiempo si tuviese algún problema de nuevo siento que ya hubiese ido.

¿Qué significa para ti estar sano?

Sentirme bien conmigo mismo, psicológica y físicamente. No sirve estar bien de la una si estas mal de la otra, así no estás bien completamente.

Caracterización Paciente

Edad: 22 años

Nivel Educacional: Enseñanza Superior en curso

Ocupación: Estudiante y trabajador

Ingresos: \$400.000

Entrevista 6

Paciente Sandra Villalón

¿Cómo usted llegó al centro de MCA?

Llegué por situaciones circunstanciales, yo estaba muy mal, destrozada. Sufría depresión y estaba demasiado mal, como desde los 30-35 años que tengo la depresión de manera constante, antes de esa edad siempre tenía pero esporádicas, entonces así un día yo estaba con licencia y me levanté, porque estaba mal yo no quería nada, me levante y dije necesito buscar algo que no tenga que ver con remedios y mejorar, me levanté y fui porque yo me había tratado con la irióloga, entonces ella me habló del reiki y yendo al reiki me encontré con una amiga y ella me dio el contacto de Maricarmen.

¿Por qué decidió ir al centro?

Porque necesitaba sanarme los medicamentos ya no me estaban haciendo bien, yo la Sandra necesitaba encontrarme conmigo misma.

¿Cuál fue la enfermedad específica que se trató?

Depresión, todo lo que tiene que ver con la parte emocional.

¿Hace cuánto sufre esta enfermedad o sufría?

Desde pequeña, desde que tengo uso de razón.

¿Qué cree usted que le provoco la enfermedad?

Creo que son muchas cosas, por un lado no me crie con mis papas sino con mi abuela en el campo con una vida salvaje se podría decir. Creo que me lo provoco la ausencia de la crianza de mis padres, después yo llegue con mis papas a vivir me di cuenta que el papa que tenía no era el gran padre... pasa también que las depresiones vienen cuando uno tiene miedo, y yo me crie sin los lazos más afectivos de la infancia, no estuvo tu mama para apoyarte cobijarte no estuvieron.

¿Qué problemas le trajo la enfermedad?

Muchos, a veces yo me desquitaba con mi hijo, yo le transmitía a él las inseguridades y los miedos, lo más terrible es cuando tú eres una persona débil y temerosa los miedos se los transmites a tu hijo.

¿La depresión se la trato anteriormente?

Si, con psicólogos públicos y privados, con psiquiatras, con neurólogos.

¿Cuánto tiempo duro ese tratamiento?

Como 10 años... es que yo me estaba haciendo adicta a los medicamentos, a los antidepressivos, a los relajantes musculares, inductores de sueño, ansiolítico, medicamentos para todo. Después yo me tomaba los paracetamol o quetoprofeno de a dos solo porque me dolía la cabeza. Y a veces duplicaba las dosis de otras cosas... empecé a perder la memoria hasta hoy.

¿Terminó esos tratamientos?

Si los terminé

¿De acuerdo al medio tratante?

Sí, me decía hagámoslo por seis meses, hagámoslo por un año, el problema es que después me hice dependientes y dependía de los medicamentos, si no los tenía en la cartera me sentía insegura.

Cuénteme su experiencia con MA

cuando empecé a hacerme continuo porque antes empezaba tratamientos y no los terminaba dejaba de ir, pero cuando empecé con uno continuo fue cuando me vino una depresión muy fuerte deseos de suicidarme de suicidarme con mi hijo, me di cuenta que no estaba bien, que no era normal lo que estaba sintiendo, ahí estuve seis meses. La sensación era así por ejemplo la primera semana súper bien, pero

después volvía aunque estuviera con medicamentos sentía el agotamiento, el desánimo, la melancolía, sentía que nada me importaba, no tenía un interés por nada, no sentía la felicidad y el medicamento me empezó por ejemplo me tome uno dos me tomaba el otro si no sentía nada me tomaba otro, ya no me hacía efecto subía las dosis. Me daban inductores de sueño e igual no dormía.

¿Usted entendía el diagnóstico, lo que le decían los médicos?

Solo me decían que tenía depresiones, estado ansioso que lo asociaba por problemas en el trabajo de vida familiar con mi pareja, y yo según yo era víctima de todo lo que me pasaba, que todo me atacaba a ni pero el problema no era yo, hasta que entendí que era al revés.

Me da su opinión respecto las formas de atención, el tiempo dedicado a la terapia, todo esto en la MA

Primero siento que es poco el tiempo, porque el psicólogo tiene cada una hora un paciente. Pero uno cuando está mal uno necesita que lo escuchen y uno empieza a hablar, pero los psicólogos son a veces muy crueles porque te preguntan o te dicen cosas y te dejan más mal.

¿Usted daba su opinión y la tomaban en cuenta?

No, mira el psiquiatra no para nada. Yo empezaba a conversar y él no me tomaba en cuenta se recostaba en el sillón y no me atendía bien y cobraba \$40mil y después me decía pero si tú sabes lo que te pasa.

¿El médico jamás le preguntó respecto a su vida espiritual o lo que usted consideraba mejor para su tratamiento?

El psiquiatra no, pero el psicólogo sí. El psiquiatra se gana la plata fácil, él se sienta te dice este medicamento estas dosis y chao y solo un par de minutos.

¿Considera usted que la enfermedad le ha provocado costos tanto materiales como no?

Sí, mucho dinero, sabes lo que pasa no solo pasa por un tema de medicamentos antidepressivos, sino eso también eso me llevaba a problemas con la "purpura", también pensaron que tenía leucemia entonces todo eso sumaba y todo tiene su costo, yo en quince días baje con los médicos 15 kilos, y ellos pensaban que era cáncer me hicieron endoscopia, fue muy muy desagradable, también más exámenes más medicamentos.

¿Hace cuánto se atiende en el centro?

Hace 6 meses.

¿Poseía conocimientos de las MCA?

A mí me gusta leer, entonces yo había leído reportajes y ahí leí algo acerca de la hipnosis el caso de una niña y su madre que gasto millones para curarla y lo logro con una hipnoterapeuta. También de reiki y cosas así... y como ya con la medicina normal no había resultados yo estaba de una depresión en otra dopada en medicamentos, ya no dormía, yo era un desastre yo necesitaba algo. Y en una de las operaciones el traumatólogo me decía que eso era por tener problemas psicológicos sin resolver, y yo me percate y me dije si un traumatólogo que no es psicólogo ni psiquiatra se da cuenta por lo que yo estoy pasando, entonces hay algo que debo arreglar... quiero saber que cresta me pasa aquí dentro y allí decidí buscar a alguien que hiciera hipnosis.

¿En qué etapa o sesión del tratamiento se encuentra o este finalizó?

No he finalizado pero yo creo que estoy como a muy poco tiempo de finalizar, porque si bien hay momentos en los que me achaco pero tengo claro que no es la forma de pensar, me tranquilizo me hago consciente de lo que me está pasando y busco la solución.

¿Podría relatarme en que ha consistido el tratamiento con MCA?

la mitad de la terapia la conversamos porque me pregunta como estoy, lo que me ha pasado cada los quince días que voy, porque al principio iba 4 veces a la semana, o sea, sáname sáname sáname!, después una vez a la semana porque fui a trabajar, y después yo misma le pedí a ella que fuera menos para que resolviera sola, para no crear dependencia, entonces le dije quiero cada quince días porque necesito saber cómo yo puedo intentar y hacer las cosas que me pasen de aquí para adelante y eso me cambio la vida porque fui desprendiendo muchas cosas, empecé a descubrirme. Sentía un miedo enorme y con el tratamiento en el centro ya no sentí ese miedo y yo y las personas vieron ese cambio.

Entonces ¿me podría describir las diferencias generales que hay tanto entre el médico y el terapeuta y los tratamientos de cada medicina?

Lo que es medicina tradicional como medicamentos son muy invasivos, y yo siempre digo puede hacer bien para una cosa y enferman otra. Mi forma de verlos es lo

medicamentos que te desgastan el organismo. Te pueden encuadrar por un tiempo pero no son efectivos 100% porque eso al final te crea dependencia, cuando termina el tratamiento viene el efecto rebote que es mucho más fuerte, de alguna forma te enferma tu cuerpo. La MCA no hay medico delante de por medio ya eso es un pie para uno. Ahora sin medicamentos disfruto la vida no me complico y siento mi cuerpo mucho más encantado

¿Cuál es su opinión respecto al cuidado de la terapeuta de MCA y a su apoyo?

Un 7, estoy súper contenta, de hecho cualquier cosa hablamos.

¿Siente que trataron su enfermedad individualmente o abordaron todos los aspectos de su vida?

Yo a ella le he contado toda mi vida para que me pueda ayudar y comprender, y esa es la diferencia entre los médicos y estas MCA. Los médicos se enfocan a lo que estudiaron y a la parte que se especializaron, corazón, intestino con sus especialidades pero no se enfocan en saber que te provoco eso... con la Maricarmen se preocupa que es por eso empieza a preguntarte a preguntarte y así entra para ayudarte.

¿Considera usted entonces que su participación como paciente ha sido activa, que su opinión es escuchada?

Si, ella siempre te escucha, te pregunta te ayuda.

¿También le pregunta que es lo mejor que es para usted, como por ejemplo, guiar el tratamiento?

Claro porque uno le dice mira sabes que me gustaría trabajar esto, y ella dice ya ok y lo combinamos con esto, y es solo trabajar la mente

¿A usted la enfermedad le ha provocado alguna limitación?

Sí, porque que me limita, los miedos yo no sabía si estaba haciéndolo bien, hasta el día de hoy me cuesta, uno toma a decisión y después te decían no, no era eso, sentía miedo a tomar decisión o a conversar con la gente, se te acaba la paciencia, porque de repente estas tan metida en tu rollo que no quieres escuchar a otra persona te molesta.

¿Qué consecuencias sociales le ha traído la enfermedad? (discriminación, pérdida de trabajo, etc)

Los cuatro últimos años se aprovecharon, mis compañeras de trabajo y jefas, me trataban de loca, de enferma, me escondían las cosas, y ellas me hicieron mal. Yo fui tan feliz cuando me despidieron.

¿Qué significa para usted estar enferma?

Hoy en día, mal, porque estar enferma es no poder, porque de repente te sientes víctima pobrecita y estando enferma igual aburrís a los demás, porque siempre te estas quejando lamentado y tirar vibrar negativas a las personas que están alrededor tuyo.

¿Hay algo positivo respecto al proceso de enfermedad?

Gracias a eso aprendí a mirar así ya sabes que aquí no soy víctima aquí la que tiene q cambiar soy yo y cuando lo hice cambio todo mi entorno porque lo hice para mejor.

¿Cómo asume y enfrenta su enfermedad actualmente?

Hoy en día todas las cosas que veía negativas ahora todo son positivas. Lo veo así como que esto es parte de lo que uno tiene que aprender, que tiene q pasar, es parte de mi vida, o sea, esto me tiene que suceder para que yo sea esto como ahora, así positiva.

¿Realiza actividades que no son indicaciones ni del médico ni de la terapeuta?

No, no hecho, porque estoy con el cuero tan agotado, yo de verdad quede agotada, no he salidos a trotar me encantaría hacerlo o ir a un gimnasio, pero camino, para todos lados camino, antes y después del trabajo, visito amigas, trato de leer.

¿Percibe cambios positivos al hacerlas?

Si

¿Alguna razón especial por querer sanarse?

Si porque, mira yo llegue ya a un límite que ya no quería la vida que tenía, quería estar bien, y la única forma de estar bien era entender.

¿Qué resultados esperaba obtener con este tratamiento que no obtuvo antes?

Ser feliz, primero el apoyo de personal de ella que me entregó ya era distinto y ahora veo las cosas con más claridad, yo hoy en día no tomo medicamentos, duermo, lo

que no estaba haciendo, yo antes no dormía nada, las crisis de pánico me daban a las 2am y me duraban hasta las 6 am y ahí me va al trabajo y estuve así como cuatro años.

¿Cómo esperar mantener esos resultados?

No alejarme de la terapeuta, y aprender a resolver los problemas, ya no verlos como algo tan terrible, sino es como ir corriendo y ver caminos y hay que pararse pensar y elegir el correcto

¿Cree necesario volver a un hospital o clínica algo así?

No, yo emocionalmente me trataría con psicólogos, para saber qué tipo de personalidad tengo yo, porque cuando entre al trabajo me mandaron a evaluar y quede con dudas con la evaluación de ellos. Entonces quiero saber trabajar con una psicóloga.

¿Ha mejorado en lo anímico en lo físico en sus energías después del tratamiento con MCA?

No sabría cómo explicarlo, primero ver la vida las cosas bonitas de la vida, yo solo vivía pensando en problemas, yo ahora me levante y aprecio el paisaje el sol las nubes me siento bien y viva. en lo físico antes me encontraba gorda pero ahora con mi autoestima no me pasa eso, ahora trato de mantener el peso.

¿Qué significa para usted estar sana?

Significa vivir la vida a concho disfrutando todos los detalles, lo bueno y lo malo, pero ya no lo ves con tristeza, ahora las cosas no dan pena, malas o buenas buscas soluciones siempre.

Caracterización Paciente

Edad: 45Años

Nivel educacional: Enseñanza Superior

Ocupación: Enfermera

Ingresos. \$400.000

Entrevista 7

Paciente Yesenia Mancilla

¿Cómo llegaste al centro MCA?

Porque a mí me recomendaron que fueran para allá. Me atendía con una iriología llamada Maritza.

¿Porque decidiste ir donde MCA?

Porque estaba súper mal, estaba metida en un hoyo, no quería hacer nada de mi vida, comía porque tenía que comer, dormía porque tenía que dormir, estaba con una depre muy cuatica.

¿Qué enfermedad específica llegaste a tratarte con MCA que ya habías tratado antes?

Mira a mí no me gustaba tratarme con médicos, porque yo trabajaba en una clínica y el cierre de esa clínica fue muy estresante y ahí empecé con estrés y enfermedades sobre todo depresión.

¿Pero ese estrés fue diagnosticado por los médicos?

No, por la irióloga.

¿Qué enfermedad te atendiste con MA entonces, fuiste a algún psicólogo u otro?

Claro, estuve yendo al psicólogo porque me daban crisis de pánico, cuando ya estaba con el estrés me dieron como crisis de pánico, yo pensaba que era porque tenía diabetes o algo así porque no lo sabía asociar. Pero después cuando me dio la crisis de pánico más fuerte allí el psicólogo me dijo que sufría de crisis de pánico como diagnóstico.

¿Hace cuánto sufrías esa enfermedad?

Todo el 2015

¿Qué crees que te provoco la enfermedad?

Yo creo que el cierre de mi lugar de trabajo, me trajo todos los problemas, allí empecé con los atados.

¿Por perder el trabajo?

No, ya estaba chata, se me acumularon todos los problemas que tenía desde más chica y después empecé a reaccionar con lo que me había pasado cuando niña... pasaba encerrada no quería salir, no quería estudiar. O sea trabajaba porque tenía que trabajar nomas, nada más.

¿Esa enfermedad tratada con psicólogos y algo más? y donde te atendiste?

No alcance a llegar a psiquiatra... y me atendí particular en una clínica en la Centromed y gasté caleta de plata.

¿Ese tratamiento que iniciaste con psicólogo lo terminaste?

Bueno de hecho, igual todavía no lo termino. Pasa que cuando yo me empecé a tratar con la Maricarmen a mí me tenían con unas dosis mínimas de pastillas. Entonces cuando yo llegue al MCA empecé a dejar todas las pastillas, y ya después no se 6 meses 7 meses yo estaba así bien como nueva, y después de ahí deje la medicina de los médicos, pero seguía usando la cuarta parte de las pastillas, nunca la dejé.

¿Seguiste auto medicándote?

Claro, como pa no dejarla... y este año bueno después de ver un año a la Maricarmen porque estaba bien, y este año volví a recaer pero fue por una estupidez mía.

¿Respecto al tratamiento del psicólogo, tu sabes lo que significaba el diagnostico de estrés y crisis de pánico?

Algo sabía por lo que había estudiado yo (enfermería) pero si hubiera pasado antes no hubiese tenido idea. Pero lo primero que te hacen es como que te empiezan a tratar al tiro con los medicamentos, y eso a mí me carga.

¿Tú sabes que no te hace bien?

No po, ¿porque te hace bien para una cosa pero daña otra cosa, es así como un parche nada más.

¿Me podrías relatar tu experiencia en el tratamiento psicológico, dándome tu opinión al respecto del tratamiento?

Mira realmente con la psicóloga que yo me atendía con la que gaste hartas Lucas, no me gusto. No de hecho la primera vez fue bacán la segunda vez ya buena pero ya las últimas veces no ya chao y ahí la deje.

¿Por qué?

Porque te empiezan a diagnosticar el tiempo pasado y empiezan a abrir ciertas etapas de las que tú te quieres olvidar y ellos la abren para mmm,,, no sé al final te hieren más, no.

¿Qué crees del tiempo que le dedicaron a tu terapia?

Si igual es que después me trate con otra psicóloga, y ella era mejor no se basaba en el tiempo pasado ella siempre veía el futuro para allá íbamos.

¿Los psicólogos en las consultas te pedían tu opinión, por ejemplo que considerabas tu qué era lo mejor para tu tratamiento?

La primera psicóloga no, la segunda sí.

¿El costo económico fue alto?

Totalmente

¿Y que otro costo te provoco que no sea material?

No sé, no más que nada económico.

¿Qué opinas de los métodos y de las formas de tratar que tuvieron los psicólogos?

Ellos como que son profesionales y no te dan como, como podría decirlo, como que no te dan el carisma que tú necesitas para poder conversar. Como que siempre te van a criticar que aquí y que allá. La segunda psicóloga era más carismática y siempre veía el lado positivo, pero la primera no, yo cacho que era porque era más vieja, era más edad.

¿Todo en Centromed?

No, la segunda fue en el consultorio que trabajé, público.

¿Quieres agregar algo de tu experiencia en el tratamiento, tu apreciación?

Es que mira del primer tratamiento lo que puedo decir es que me cargo atenderme con ella, porque una que sentí que gaste caleta de plata en nada, porque se basan en los test y todas esas cuestiones, y eso no te sirve de nada, yo creo que ellos tienen una apreciación respecto a los test que nadie tiene.

¿Qué significa para ti estar enferma?

Yo creo que uno se provoca las enfermedades, pero o sea no sentirse bien con uno mismo. Yo cacho que pa' no enfermarse teni' que estar bien contigo mismo primero.

¿Hace cuánto que te tratas en MCA?

cuando estaba con la depre estuve yendo como 6-7 meses con la MCA, y ahí quede tiqui-taca ningún problema, y después deje de verla un año, pero ahora este año quede con las dudas de que podía estar embarazada y eso me provoco una crisis de pánico porque estaban todas las farmacias cerradas y cero posibilidad de hacerme un test de embarazo y ahí cagué, colapsé, estaba encerrada no le quise contar a nadie estaba yo no más con la cuestión... y por eso volví con ella.

¿Y ese nuevo tratamiento aún no termina?

No, voy ahora siempre una vez a la semana, pero ahora voy por el tema concentración por los estudios más que nada

¿Poseías algún conocimiento?

No ni de la irióloga, no cachaba nada. Aunque en realidad siempre me gusto la MCA pero porque no me gusta ir a los consultorios ni hospitales me da lata, de hecho estudio medicina y no sé porque lo estoy estudiando, como que nada que ver. Pero siempre busqué medicinas alternativas también y todo el tema. y tampoco nunca había escuchado de la hipnosis clínica y la irióloga me la recomendó. Y fui porque pasaba durmiendo todo el día, porque las clonas eso hacen po.

¿En qué etapa o sesión del tratamiento te encuentras?

No, no se no lo hemos conversado todavía

Ahora quiero abordar tu tratamiento con MCA, ¿en qué consisten las sesiones?

Las sesiones de ahora están enfocadas solamente en el estudio, en mi concentración porque yo soy muy vola muy despistada.

¿Cuál es tu opinión respecto al tratamiento a partir de tu experiencia?

Buena, aunque ella siempre me dice has esto otro y yo siempre hago lo contrario. Y desde que me estoy tratando con Maricarmen ya no tomo pastilla, o sea tomo pero la nada misma y quiero dejarlas y no volver a tomar. Son tratamientos completamente distintos, para mí la Maricarmen es como no sé si una amiga pero siempre te da los consejos que tú quieres escuchar, yo lo veo así. Por ejemplo a la psicóloga le pedían consejo y no me decía nada, me daban un consejo profesional y la terapeuta me da consejos de la vida, es una relación más cercana.

¿La terapeuta te impulsa para que tu decidas que es lo que puede ser mejor en tu tratamiento?

Si po, ella hace que me dé cuenta de lo que necesito como ahora más importante, me escucha en ese sentido y me pide la opinión.

¿A partir de lo que me estas diciendo, quería preguntarte, si es que es así, porque prefieres la MCA por sobre la MA?

Porque yo creo que los medicamentos son un negocio, te hacen bien para una cosa y te hacen mal para otra, eso más que nada, yo encuentro que todo es un negocio.

¿Cuál es tu opinión respecto al cuidado de la Maricarmen y al cuidado que recibes por parte de ella?

Es que a veces la veo como una mama también, no podría decir eso pero es como no se te da ese cariño, estoy muy satisfecha de su cuidado.

¿La enfermedad además es trata de forma holística no?

Claro yo le decía me siento mal por esto, y ella busca él porque del porque me siento mal, o tratar de analizarlo de que hice mal, o la causa y me da a entender no sé cómo que siempre le busca el lado positivo a las cosas.

¿Cómo crees que ha sido tu participación en el tratamiento, consideran tu opinión?

Si, una participación activa creo yo.

¿Qué limitaciones te ha provocado/provocó la enfermedad?

Sí, yo no quería ir a viña, le tenía fobia ir a viña, de hecho llegaba a viña empezaba a sudar me quería venir se me apretaba el pecho y todo el cuento.

¿Te afecto tu condición de estudiante?

Más de trabajar que yo trabajaba en viña, y de hacer cosas porque era buena para salir y bueno de hecho hace poco empecé a salir de nuevo a ir a valpo o viajar lejos porque tenía miedo fobia y pánico de viajar a otros lados.

¿Qué consecuencias sociales te ha traído la enfermedad (discriminación, pérdida de trabajo, internación)?

No, nunca tuve como un problema nada social, pero lo que si me di cuenta cuales eran mis amigos de verdad y cuáles no. tenía un montón de amigos y ahí me di cuenta que habían solamente algunos amigos que estaban ahí, no todos.

¿Te sirvió como proceso entonces?

Si, completamente

¿Respecto al proceso de la enfermedad, hay algo que consideres como positivo?

No, nada positivo, creo que no sé qué cosa positiva le puedo sacar a una enfermedad porque Es una enfermedad.

¿Hoy en día como asumes y enfrentas la enfermedad?

Haciendo otras cosas, como que me olvido.

¿Entonces realizas actividades aparte de las recomendaciones de MCA?

Sipo, lo que pasa es que yo soy muy hiperquinética, entonces estoy todo el día moviéndome, me empiezo a ahogar o a aburrir mucho entonces tengo que estar haciendo cualquier cosa tengo que estar en movimiento.

¿Respecto a las crisis de pánico lo asumes como algo que ya pasó o crees que esa condición la tienes y persiste en ti?

No, yo creo que pasó y son cuestiones que vienen así cuando estas mal.

¿O sea podría volver?

No sé, según yo no, pero realmente no sé.

¿Tenías alguna razón especial por querer sanarte?

Porque son cuaticas las cuestiones cuando vienen, porque las presiones en el pecho igual son brigidas po.

¿Qué resultados esperabas obtener en MCA que no habías obtenido antes?

de primera pensé que no podía resultar, no le tenía mucha fe, pero me después me di cuenta que fue mejor que haber seguido con los médicos, porque con ellos una consulta te sale 40lucas y es caro para no conseguir nada, como para que te den un parche no más pa eso, mejor no, mejor la medicina alternativa.

¿Y cómo esperar mantener esos resultados positivos que tuviste?

mmmm no sé cómo respondértelo. Es que no soy muy responsable pero pucha auto cuidándome nomas.

¿Crees necesario una vez terminado el tratamiento seguir yendo a donde Maricarmen o volver a ir a un MA?

No para que ir a un hospital no, de hecho en esta segunda recaída lo primero que hice fue ir donde Maricarmen nada más, no fui a ningún hospital nada por el estilo, con Maricarmen nomas.

¿Cómo has mejorado con el tratamiento de Maricarmen en lo anímico, en lo físico, en tus energías para vivir, en tu visión respecto a la vida?

Cuando empecé con el tema de la depresión no quería ni comer quería estar todo el día hecha durmiendo viendo tele, era lo único que hacía, y cuando empecé con Maricarmen me puse más segura de mi misma, más alegre, tenía ganas de hacer otra cosa, porque de hecho cuando empecé con ella agarre el vuelo y dije ya voy a estudiar, nunca pensé que iba a estudiar e ingresar a enfermería, no estaba ni ahí antes, entonces me abrió otras puertas.

¿Me podrías describir lo que significa para ti estar sana?

Sentirme bien conmigo misma y eso.

¿Las terapias con MCA han afectado tu presupuesto?

Si igual un poco, porque son 60 lucas al mes cachai, que igual son 60 lucas que tenis que tener. Que me las hago yo en mi trabajo porque vivo con mis papas y todo lo otro lo pagan ellos: la casa comida etc.

Caracterización Paciente

Edad: 23Años

Nivel educacional: Enseñanza Superior

Ocupación: Estudiante y Secretaria

Ingresos. Entre \$100.000 - \$200.000

Entrevista 8

Paciente Carolina Segovia

¿Cómo llegaste al centro de MCA?

Yo había empezado a averiguar un poco, lo que me hice fue biomagnetismo, empezó por eso biomagnetismo con reiki y una amiga de mi mamá que tiene un centro médico ahí hacían biomagnetismo y así me recomendaron la hipnosis.

¿Porque decidiste ir al centro?

Porque a mí me habían diagnosticado con depresión mayor hace hartos años, hace tiempo y estuve tratándome con antidepresivos y todo el rollo, no me sirvió de nada, después deje de hacerme cualquier cosa y después de nuevo de varios años empecé a tener bajones de ánimo y ahí empecé a averiguar que me podía servir y conocí eso.

¿Llegaste al centro para tratarte la depresión mayor?

Si po' tenía depresión mayor y como baja de defensas y distintas cosas provocadas por lo mismo

¿Hace cuánto tiempo sufres esa enfermedad?

Cuando me diagnosticaron tenía 22 años, era chica.

¿Qué crees tú que te provoco la enfermedad?

En realidad yo no creo que esa sea una enfermedad, tiene que ver con un rollo de disconformidad como frente a distintas cosas pero que también es provocado por el mismo sistema igual po, una inadecuación algo así... y bueno es que es como un proceso súper largo como irte dando cuenta que es lo que es enfermedad para ti si esto, no si uno realmente está enferma o si no se en realidad es otra búsqueda más allá de eso, por lo menos a mí me llevo a eso.

¿Qué problemas te trajo el haber padecido esa inadaptación que tu decías que fue diagnosticada como depresión mayor?

ahhhhh.... yo creo que los problemas más grandes fueron dentro de mí misma familia, porque ahí quedé para siempre como la depresiva aunque no lo fuera cachai, entonces ahí fueron los mayores problemas.

Bueno tú me dijiste que esta enfermedad te la trataste anteriormente con psicólogo, ¿él te diagnosticó depresión mayor?

Si po

¿Dónde fue en una clínica o hospital público?

Era en una clínica privada... después estuve harto tiempo en psicoterapia antidepressivos y toda la wea.

De esos tratamientos ¿también estuviste con psiquiatra?

Si

¿Y todos correspondían al mismo tratamiento o fueron tratamientos distintos?

noo, el mismo tratamiento era con los dos.

¿Y terminaste ese tratamiento?

Al final entremedio me aburrí es como que me di cuenta que no me estaba sirviendo de nada, porque había un momento, no se po, suponte tenía 22 años y estaba tomándome 5 pastillas diarias de prozac entonces como que en un punto pasaron unos meses y yo dije esto no, esto en realidad no está bien, no me está sirviendo para nada nada de esto. Y deje de ir de tomarme las pastillas y todo, y después de eso empecé a estar súper bien, pero en el fondo había algo que había que tratar, pero no sé si tratar pero algo que yo tenía que ir descubriendo... me llevó más que nada a eso en realidad, a yo misma tomar control sobre la situación en general.

¿Me podrías relatar la experiencia con MA desde que lo comenzaste con el psicólogo hasta la derivación con psiquiatra y de que se trataba?

Yo estaba en Antofagasta y mi vieja trabajaba en salud, por un amigo de ella que es médico dijo: "no esta niña tiene depresión y la wea" y ya po ahí comenzó la wea. Y ahí empecé a ir a esta clínica como psicológica y ahí empecé, el loco igual me hizo como un test enorme como con 500 preguntas como para cachar si tenía depresión o no, como dos horas respondiendo alternativas, y después ya un par de preguntas conversando bla bla... en realidad y no creo que él sea malo en lo que hace pero para mí no tenía ningún sentido y como que lo intente igual...

¿Y después de esas preguntas pasaste a terapia?

Sipo, el yo no creo que era mal psicólogo ni nada pero a mí no me hacía nada.

¿De que trataban las sesiones?

Así como bueno primero como que intentaba definir como era mi personalidad entonces como que dijo que mi personalidad era nostálgica por alguna razón... es

que no se no cacho como son sus escalas como te clasifican en una o en otra... y esos fueron varios meses como de ir siempre y no se po me preguntaba cosas de la U de cómo me iba. En realidad no entiendo muy bien que quería fortalecer, y a la par el tratamiento con el psiquiatra que era como el mismo tratamiento

¿El psicólogo te derivó al psiquiatra y te estaban tratando los dos al mismo tiempo?

Si po y tomando pastillas po prozac como 4 diarias que me daba el psiquiatría... como que el psiquiatra me daba las pastillas y el psicólogo me conversaba y que hace esto hace esto otro. De hecho era en el mismo lugar y era cautico porque se supone que los locos eran especialistas en jóvenes pero yo encontraba que todo, o sea en un principio igual lo intente, era como que en un rato tenía que sacarme estaba muy triste entonces estaba ya lo voy a intentar, pero después como de meses cache que no po, no me servía de nada es una wea que te mantiene acostada porque no teni nuina energía nada si obvio te estai mandando 5 pastillas diarias po!

¿Tu entendiste cuando el medico te da el diagnostico, lo que significa el diagnóstico?

O sea yo me imaginaba lo que era y en ese momento como estaba buscando nombres así como que es esto, como que dije si debe ser y después de eso me sentí incapacitada de hacer nada por un rato y yo cacho que se debió a lo mismo, como a las pastillas al mismo tratamiento que es como súper inválidamente

¿Fuiste por iniciativa propia entonces a ver lo que te estaba pasando?

Sipo y en ese rato como estaba mal, al cuidado de mis viejos porque era más chica, también mi mama era así como ahí como en ella como buscando la wea.

¿Me podrías dar tu opinión al tiempo que se le dedica a la terapia, a los horarios, a las formas de atención, etc en la MA?

Duraba como una hora más o menos era larga y pero asi como...

¿Sentías tú que avanzaban en el tiempo dedicado a la terapia?

Yo sentía que no avanzaba nada no le encontré ningun asunto a eso si iva harto por 9 meses dos o una vez a la semana y cada quince días al psiquiatra asi como todo muy seguido.

¿Y qué apreciación tienes de la "relación" que desarrollaste tanto con el psicólogo como con el psiquiatra para abordar el tratamiento. Tu relación médico-paciente?

Putá yo me sentía como obligada igual, en ese punto sentía como puta esto me va a sanar po, y sentía como una obligación. Esa no es la forma obviamente, no llegarás a ninguna parte si sientes esa obligación que te imponen, y para mí era caleta como impuesta familiar como por todas las imágenes de autoridad de ese momento, aparte me sentía muy chica y muy invalidada entonces era como que estaba obligada en la wea po era como el deber ser.

¿El tratamiento en el MA que costo tanto materiales como no te provocó?

Igual en ese tiempo no había como tantos costos económicos porque mi viejo trabajaba en Codelco, entonces le reembolsaban las moneas así como de la que necesitara lo reembolsaba en ese tiempo... y en el cuerpo fue como la destrucción total po huón así como puta no tenía energías, estaba como súper mal físicamente, como con dolores de cabeza súper seguido si es como que te destruyen un poco po.

¿El médico en el tratamiento te escuchaba o te pedía tu opinión?

Si, en teoría sí, pero como que no les importaba mucho

¿Respecto aspectos espirituales o que es lo que creías tu que era mejor para tu tratamiento?

No po eso nunca te lo pregunta

¿Entonces tampoco te impulso a que pensaras tú, respecto a lo que era mejor para tu salud?

No po eso no te lo dicen si es lo que quieren ellos nomas po, que es lo mejor porque han estudiado tienen diplomas el típico rollo.

¿Qué significa para ti estar enferma?

Es que primero como que la enfermedad en general parte por un dolor, como que algo te duele te duele el cuerpo, es como tanto que te duele, entonces frente a ese dolor empezai' a buscar alguna ayuda algo como que se te pase el dolor, quizás eso es el principio de la enfermedad.

Ahora abordaremos tu experiencia con MCA. ¿Cuánto tiempo te estuviste atendiendo con MCA?

Después ya nunca dejé de tratarme.

O sea hasta el día de hoy ¿desde qué edad?

La primera vez que fui tenía 26 y ahora tengo 31 años.

¿Fuiste por iniciativa propia o por el consejo de algún médico o conocido?

Un amigo empezó a ir con la terapeuta y ahí la conocimos, y ahí cachamos que era bacán y que nos estaba mostrando una wea que nunca habíamos pensado que existía.

¿Conocías estas MCA?

En realidad cuando era chica mi vieja siempre estuvo media metida, hacia reiki o reflexología, como que igual tenía conciencia de lo que era pero no me había tratado nunca.

Si te lleva tratando 5 años, más que tratarse ¿es como asistir a un encuentro contigo misma?

Si

En ese sentido ¿podrías definir en qué etapa o sesión te encuentras, sabiendo que ya llevas 5 años, tú quieres terminar o quieres seguir?

Es que en realidad después ya no lo vi más como un tratamiento, de pronto como que paso a ser una ayuda nomas, así porque obviamente de pronto uno igual se lleva a ciertos estados, es que ahora como que ya pasai después a tener una responsabilidad contigo, entonces suponte yo tengo una responsabilidad de levantarme temprano, de hacer yoga casi todos los días, de ver como estoy, las cosas que como, weas que yo cache que no me valla a mandar a la mierda po.

¿Entonces no hay etapa o sesiones sino un proceso que en este momento no tiene fin?

Sipo, entonces de pronto igual como se me va a la mente mucho como pensar pensar y pensar y en eso como que digo puta quizás es momento de ir a ver a la ---- de conversar, de que mande reiki como que cuando ya no puedo hacérmelo yo por ejemplo y ahí puta converso con ella me pone los imanes o lo que sea y después de eso bacán vuelvo como a mi vida normal y todo bien.

¿Podrías relatarme tu experiencia tratándote con MCA?

El primero en particular era de biomagnetismo y reiki, y yo estaba pasando como por un momento de, bueno porque después de que los antidepresivos y los psicólogos y toda la wea ya no volví mas y ahí empecé a estar súper bien po, empecé a tener un poco más de conciencia sobre mi... después pasaron unos años y ahí empezó un bajón brigido así como baja de defensas y me sentía súper mal, me dio herpes me acuerdo y ahí empezamos averiguar que el biomagnetismo servía caleta pal herpes porque sube las defensas etc entonces por eso llegue ahí po... eran como 5 sesiones que tenías que hacerte y ya como a la segunda estabas bien... y pa mi era como pero esto cómo como existe qué onda, y después ya vai cada vez sintiéndote mejor y cada vez más consciente de la energía y la energía que te rodea y es que nunca tuvo que ver con que te diagnostiquen una wea po...

¿Y luego que terapia siguió?

Después con el reiki, pero fue básicamente eso. Y ya después como estuve como medicina bioenergética pero dentro del mismo espectro.

¿Qué apreciación tienes tú respecto a tu experiencia con MCA?

Por lo menos así como hablábamos antes de que la enfermedad como que parte por un dolor, yo siento que esto de verdad te ayuda a que no te duela, como que de verdad existe un equilibrio una ayuda a que vuelva el equilibrio.

Me gustaría que me describas, si tú crees que hay, diferencias o analogías, en las formas en que ambas medicinas abordan el tratamiento

Sipo, si hay, es que las medicina alópata ellos tienen la verdad po, y lo que teni que hacer y punto entonces como que todo se basa en su verticalidad y tu estay ahí como en el último eslabón de la wea sintiéndote como el hoyo, pésimo y como una obligación po, esto teni que hacer y punto no hay mayor cuestionamiento. En cambio lo otro es como no se po, una conversación, son otros métodos... por este otro lado esta lo holístico, que es bien hippie decirlo, pero es verdad po.

¿Entonces prefieres una medicina por sobre otra?

Si, las alternativas por sobre la científica. Igual me da un poco de cosa porque después de que paso esto de los antidepresivos y todo quede como con desconfianza pa´ siempre con los médicos. Entonces ahora me cuesto mucho ir. Si fuera por mí no iría más, pero igual es rollo porque de pronto hay que ir po...yo siempre he tenido anemia y debería ir y hacerme un control pero me da paja porque todo lo que tenga relación con ellos me da paja.

Es como si hubieses desarrollado cierto trauma

Yo creo que sí, frente como a toda la situación. Es que aparte no fue solamente de ir al médico sino que fue como un rollo familiar así como la depresiva de la familia. Nadie me dijo estas creciendo, te estas auto descubriendo a lo inadaptada que eres pero tu tranquila no te pasara nada, nadie me dijo eso. Fue como directamente enferma y depresiva a ojos de todo y eso fue lo más cuatico de todo.

¿Cuál es tu opinión respecto al cuidado y apoyo de los terapeutas?

mucho mucho apañe, que después de esa primera experiencia empecé a tener otras, en otros lados con distintos terapeutas y como algunos cada vez más fuertes también, como espiritualmente entonces como su contención también es más grande, entonces puedes llegar a problemas más profundos también entonces es bacán, igual yo me imagino los charlatanes en este cuento y todo.

¿Te sientes satisfecha entonces con la labor que cumplieron?

Si, totalmente... con la psicología sentía todo el rato como que es una ciencia castigadora todo el rato, no deberían llevarte eso, te dice no debieses ser esto, debieses ser de esta manera entonces yo te voy a ayudar de esta manera, entonces basándose en eso es como difícil como que te lleven a otra cosa como a un respeto hacia ti, a potenciarte.

¿Cómo consideras que fue tu participación en este tratamiento con las MCA, activa o pasiva?

Súper activa porque yo estaba como más consciente, ya habiendo pasado por todo ese webeo ya estaba mucho más consciente, estaba un poco más grande también po.

¿Consideraban mucho más tu opinión?

De todas maneras es que yo cacho que eso es como una diferencia básica, que la medicina te conduce como a una especie de normalidad.

¿En la MCA, te preguntaban lo que era mejor para tu tratamiento?

Sipo es que también iba súper a la par, era como conversar, ver como vai.

¿Entonces de parte de los terapeutas había una intención de impulsarte a ver lo que era mejor para tu salud?

Si de todas maneras.

¿Qué limitaciones percibes tu que te provocó el padecimiento (por ejemplo como estudiante, trabajadora ,etc)

Yo estaba muy pa la cagá no podía hacer nada, de hecho recuerdo que me compraron una tele y estaba todo el día viendo tele en la casa. Para pasar el rato en que estaba enferma.

¿Y sufriste la pérdida de trabajo, o la discriminación por ejemplo?

Si po sobre todo como te conté con mi familia. Como que te miraba para abajo así como la depresiva.

Respecto al proceso de enfermedad ¿hay algo que consideres positivo, incluyendo todo?

Si es que al final como que en un punto uno igual tiende como a decir puta si no me hubiese pasado esta wea, que al final igual es una pura wea, si es parte del proceso y de la vida toda la búsqueda, y al final agradezco toda la wea porque soy gracias a eso la persona que soy ahora y me gusta.

¿Cómo asumes y enfrentas actualmente tu enfermedad?

Como que me estoy amigando un poco más con la enfermedad, como que en un principio es como la enemiga, la pena, la angustia son como los enemigos, y después vay cachando que no po que no son los enemigos y si te sientes mal ya los episodios son más cortos... algo que antes te duraba un año ahora te dura no se po dos semanas, entonces vas buscando formas de poder controlarlo pero a veces se sale si igual es un aprendizaje

¿Realizas actividades respecto a tu salud que no son recomendaciones ni de médicos ni de terapeutas?

Sipo hago yoga, me preocupo caleta de mi alimentación, hago cosas como no comer o fumar sustancia que sé que me pueden afectar.

¿Percibes cambios positivos al realizar dichas actividades, se ven reflejados en tu vida diaria?

Si de todas maneras, se refleja en todo po, en todos los aspectos porque vai generando una cierta seguridad que nadie te la va a entregar porque tu estas clara de tus prácticas de que es lo que sientes también. Me siento cada vez más segura.

¿Alguna razón especial por querer sanarte?

Para vivir bien po y confiar en mí en los demás en el universo, y como sea.

¿Qué resultados esperabas obtener con MCA que no habías tenido antes?

No tenía muchas expectativas iba como a cachar nomas, después empecé a ver que funcionaba, pero no tenía expectativas

¿Cómo pretendes mantener aquellos resultados positivos?

Aumentando la conciencia sobre mí.

¿Me podrías describir, a partir de las MCA, si mejoraste en lo anímico, en lo físico, en tu visión respecto a la vida?

Completamente es que en realidad te vai dando cuenta de que no estas enferma, de que no eres depresiva de que en realidad es como algo que va más allá de eso, mas allá de una etiqueta, eso como que ya eres nomas po, con ciertas características que hay que potenciarlas y punto.

¿Sentiste que recuperaste el cuerpo? tú me decías que habías destruido tu cuerpo con MA

Si de todas maneras.

¿Me podrías describir lo que significa para ti estar sana?

Estar consciente estar segura y serena.

Caracterización Paciente

Edad: 31Años

Nivel educacional: Enseñanza Superior

Ocupación: Vendedora y gestora cultural

Ingresos. \$200.000

Entrevista 9

Nicolás Neut

¿Cómo llegaste al centro?

Por un amigo que me lo recomendó, él se había tratado ahí.

¿Porque decidiste ir a ese centro?

Porque tenía curiosidad en la hipnosis, en el método hipnótico y por confianza.

¿Alguna razón o enfermedad específica que fuiste a tratar?

Yo creo que es como una sensación de agotamiento y en ese momento quizás si como asociado a estrés.

¿Esta sensación de agotamiento fue lo mismo que te trataste con MA?

Mmmmm esa sensación bueno de agotamiento, de estancamiento me la he estado tratando en el tiempo, claro con distintos métodos y uno de ellos fue una psicóloga pero que también trabajaba con métodos complementarios. Si bien psicóloga de formación igual trabaja con medicina complementaria digamos.

Entonces en el centro fuiste siguiendo la misma búsqueda de tratamiento...

Y de alguna manera yo considero que el trabajo con esa psicología, siendo como el principal trabajo que realicé durante ese tiempo, para mí el trabajo con hipnosis era para complementar ese proceso.

¿Esa sensación de agotamiento o enfermedad hace cuanto tú crees que la sufres?

Eeeemmm... yo creo que desde siempre, desde chico porque en realidad estaba como aterrizando cada vez más esa sensación ese diagnóstico como a una fatiga mental, o sea que se manifiesta físicamente pero que sobre todo por una sobre actividad neurótica, como un exceso de pensamiento ¿cachai?

¿Qué crees tú que te provoco aquello?

Yo creo que igual había una predisposición como de cada persona pero creo que también es la época en que vivimos po, que es como que te bombardean mentalmente.

El tratamiento anterior ¿era en el sistema público o en el sistema privado?

Privado

¿Aquel tratamiento con la psicóloga lo terminaste?

Si

Ella, al ejercer terapias alternativas ¿nunca te diagnosticó una enfermedad específica cómo decirte tienes depresión etc.?

No realmente, lo que sí me dijo, bueno trabajamos con el eneatis, que es por ahí por el tipo que tengo yo tiene como ciertas tipificaciones, como que en el lado más patológico mi tipo de carácter podría ser más tendiente a lo maniaco o a lo narciso.

¿Y tú entendías el método que ella estaba utilizando o el diagnóstico?

Yo eso lo investigué después. Me interese y por mi cuenta fui investigando mas. Ahora sí, yo desde chico fui diagnosticado no muy profesionalmente pero en el colegio el orientador o la psicóloga del colegio si me diagnosticaron con déficit atencional. Y de ahí querían que tomara ritalin cuando chico y en mi familia nunca quisieron medicarme. Yo creo que he sido afortunado en ese sentido porque mi entorno nunca como que ha apoyado esas técnicas.

¿Fuiste tú por iniciativa el que llega a buscar respuestas donde la psicóloga o alguien te envió?

No. fui por iniciativa propia.

¿Me podrías relatar en que consistían las sesiones con la psicóloga?

Con ella consistían básicamente en conversar y a veces ella dirigía ciertos ejercicios, tenían que ver muchas veces con el cuerpo, o masajes gestálticos, o a veces como general diálogos como con los alter egos que se presentan ahí durante, a veces se manifiestan como bloqueados digamos durante el transcurso de la conversación...por ejemplo básicamente yo diría que la matriz de las sesiones era como conversación cachai, pero si de repente en la conversación aparecía algún elemento que ella sentía que era como una energía bloqueada entonces como trataba de darle voz a esa energía, eso se nota mucho en las proyecciones como cuando uno empieza hablar mal de alguien.

¿La relación desarrollada fue cercana con la psicóloga entonces?

Sí, pero igual siempre en lo terapeutico o sea ella igual es una persona que también tiene una búsqueda, o sea ella misma de repente dice que se sanó del psicoanálisis. Se ha formado en una escuela más psicoanalítica, pero finalmente en su proceso de terapeuta devino en algo súper cercano, o sea ella atendía en su casa.

¿No es la típica relación médico paciente de una clínica o algo así?

Claro, aunque también me traté con ella en un centro de viña, pero claro digamos el contexto es más impersonal, pero ella siempre como trabaja también desde esa cercanía como mas no se humana por decirlo o más simétrica.

¿La psicóloga te escuchaba o pedía opinión respecto a lo que tu creías era mejor para ti en el tratamiento?

Yo diría que sí.

¿Te preguntaba sobre eso?

Si, ella obviamente de repente tomaba decisiones terapéuticas, no me las consultaba simplemente porque ella estaba en la posición en el rol de llevar la terapia ¿cachai?, pero dentro de todo súper conversando como más como un conjunto.

¿Te impulsaba también a pensar y a decidir respecto a lo que podía ser mejor para tu salud?

Si po, en todo momento.

¿Qué costo crees que te ha provocado tanto materiales como no?

Yo creo que fatiga física y neurótica.

¿Y en que te ha limitado aquello socialmente?

Pero también de alguna manera yo creo que por mi tipo de carácter o personalidad muchas veces como el no saber poner límites en la interacción social me llevaba a esa fatiga, entonces creo que también aparte del aprendizaje terapéutico para mi también el aprender a decir no, a poner límites, como aprender a relacionarme o restarme un poco de situaciones sociales, en ese sentido quizás estaba sobreexposto socialmente así me sentía.

¿Qué significa para ti estar enfermo?

Yo creo que estar enfermo significa para mí no comprender o no ver como una salida entre comillas a la situación de malestar. Yo creo que las sensaciones de malestar son parte de vivir pero a mí me parecer que cuando se vuelven crónicas o cuando uno no le ve ningún tipo de resolución a ese tipo de situaciones o siente que se hunde cada vez más en ese malestar, ahí para mi es enfermedad.

Yendo a la experiencia con MCA ¿poseías algún conocimiento respecto a estas terapias?

Sipo, bastante porque yo empecé como un proceso de terapia o de auto sanación por decirlo de alguna manera con el yoga y haciéndome instructor de yoga y después estudie quiropraxia, que si bien tiene un enfoque que es bastante biomecánico por decirlo de alguna manera, trabaja también con conceptos y cierto conocimiento que se podría asociar más al mundo de lo complementario. Y también bueno tengo redes de antes y asociaciones con ese mundo. Trabaje también un tiempo en un centro que era de terapia energética, impartían reiki y algo cachaba.

¿Me podrías relatar tu experiencia en el tratamiento con MCA, que sucedía en esas sesiones?

la mayor parte del tiempo el tratamiento fue bueno un tratamiento que yo lo definiría como una relajación profunda inducida, con visualización inducida también, donde el cuerpo y la mente podían lograr una relajación, un descanso profundo y la terapeuta iba reforzando ciertos mandatos por decirlo de alguna manera hacia el inconsciente o reforzando ciertas actitudes o ideas como fuera cachai que obviamente son de alguna manera convenidas a través de la conversación con ella, yo diría que es claro, como un proceso de programación neurolingüística, entonces es como ir a ahí transformando de a poco ese software.

Me puedes describir si es que las hay, diferencias o analogías en las formas de tratar la enfermedad entre ambos métodos, en la relación médico-paciente, en la aplicación de métodos, etc.

Yo diría hay como una cosa, la parte quizás como la sintomatología más física de estos achaques o agotamiento más profundo quizás, me lo trate más de una vez con MA como dolor de espaldas, ese tipo de cosas, donde obviamente siempre el diagnóstico y el tratamiento están en función de como una localización súper puntual, como que tratan de puntualizar lo más posible una etiología, un origen de la enfermedad y de abordar eso en específico, como que generalmente es lo que se dice bastante como en todos los caminos más holísticos como les llaman, que es que la medicina tradicional finalmente va al síntoma y como que ve también todo como una engranaje de partes y es así que van a la parte que no funciona pero no ven la energía integral, consideración al entorno o otras cosas otros elementos.

¿Prefieres atenderte con MCA y no con MA?

Yo creo que los motivos fue porque las veces que me atendí con MA no fue, no hubo resultado ni de largo alcance ni de alcance profundo, no se po por ejemplo todo lo que yo me he tratado a través del yoga, como hernia lumbar o cosas más físicas, como que todo lo he ido trabajando a través de estos otros caminos porque las veces

que trate con la MA siempre fue como reposo, una pastilla, exámenes, también aparte como es muy segregado el sistema de salud y como que también me acuerdo de haber rebotado mucho por un tema económico, me acuerdo en momentos de gran dolor físico a ver tenido que estar rebotando de un centro de atención médico a otro, hasta cómo lograr que me atendieran en un lugar cachai'...llegar a la atención pública como que te aumenta la sensación de desamparo ¿cachai? era como hundirme como cada vez más en el dolor en vez de encontrar una salida. De ahí fue como puta ya prefiero bancarme la wea y empezar a verlo yo como tomar yo un poco, resolverlo con mas autonomía y buscando yo con mas participación. El tema es que cuando estas en una situación, cuando el dolor lo tienes como urgente de que alguien te atienda como que sentís mucha impotencia de estar rebotando de esa manera.

¿Cuál es tu opinión respecto al cuidado de las terapeutas y al apoyo que recibiste por parte de ellas?

si ósea yo sentí que efectivamente hay otro tipo de... se forma igual un vínculo aunque sea terapéutico pero si es un vínculo donde sientes que hay que hay un espacio y un tiempo donde efectivamente recibes atención, como una atención profunda cachai, que no pasa en la medicina tradicional que es un sistema que esta súper agobiado, yo tampoco soy anti alópata creo que efectivamente hay cosas que funcionan como que son necesarios como que pueden ayudar mucho, como si fracturo una rodilla cachai? pero esta súper saturado también ese sistema, claro ver todo el entorno, las causas, todos los otros factores de porque llegaste a fracturarte la rodilla es algo que quizás estas terapias alternativas te puede ir mostrando.

¿Te sientes satisfecho por la labor cumplida por ambas?

Si claro

Tú siempre buscaste abordar tu enfermedad con sistemas holísticos por lo que puedo ver...

Si

¿Consideras que tu participación ha sido activa o pasiva?

Activa

¿Crees que en ambos métodos consideraron más tu opinión que si hubieses estado en un hospital o en un centro, en tu caso que no estuviste?

Si

¿Qué limitaciones percibes que te provocó aquel padecimiento, en cualquiera de tus roles?

yo creo que hartas, de hecho yo como que un poco me auto diagnostique depresión, porque en un momento realmente sentía que no tenía energía ni motivación por las cosas que hacía, y yo creo que así cosas concretas bueno me llevó a no se po no terminar la universidad cachai, como no perseverar en trabajo, ciertas pegas que tuve , pero que en realidad que ahora viendo con perspectiva como que creo que estuvo bien cachai, como de no, no lo veo, siento que eran pegas de mierda, como que era una carrera que no quería estudiar como que igual no se siento que quizás podría haber forzado a través de pastillas o no sé qué reforzamiento como un psicólogo que me dijera así como "si es bueno terminar las cosas" , podría haber terminado cachai, pero habría sido como lo veo ahora no habría tenido mucho sentido, forzar una situación de la cual yo me estaba liberando.

¿Tuviste consecuencias sociales como discriminación, pérdida de trabajo, internación...?

Yo diría que sí, que tuve además consecuencias familiares quizás como ciertos quiebres familiares, de yo como irme de la casa y no querer volver, y todas esas rupturas o todas las presiones y distancias que eso generó, con respecto a mi entorno familiar. Y laboralmente lo que te decía, que en realidad me costó mucho en ese periodo como sentirme presente en los trabajos que hacía, me sentía muy ausente, no sentía verdadera motivación.

¿Respecto a este proceso de enfermedad, hay algo que puedas considerar positivo?

Yo creo que las cosas que más he aprendido en la vida me las ha enseñado la enfermedad, el malestar, muchas de las cosas que hago hoy día tienen que ver con las herramientas que fui cultivando para poder salir de esos estados como de malestar, entonces yo diría que si po, que hay mucho positivo, como en latencia en la enfermedad, es como quizás por usar una metáfora es como los lotos no cierto que salen generalmente de aguas estancadas o de pantanos, hay mucho ahí formándose o en potencia o en latencia, pero que yo creo que la visión de esos estados oscuros o sombríos como enfermedad, solo hace que se demore más o se bloquee más como esa energía que puede florecer en algún momento.

¿Cómo asumes y en enfrentas tu enfermedad actualmente?

Con muchas más calma, cuando me siento muy fatigado o cuando siento que no se po estoy pensando demasiado o cuando siento desmotivación o ganas de no se po, evadirme o escapar que es como otra cosa que también ha sido bastante típico en mi desarrollo terapéutico digamos, me lo tomo con más calma como que ya me he aprendido a conocer un poco entonces trato de no como volver un poco y acordarme e ir generando una memoria cada vez más viva de lo que he ido aprendiendo ¿cachai? porque de repente uno cuando logra salir de ciertos estados a veces también se olvida, se relaja, se olvida al momento en que uno está bien, se olvida de la propensión que uno tiene de como volver a actuar de esas formas que antes te llevaron por un camino que terminó así haciéndote sentir mal, he ido aprendiendo a reconocer las señales de cómo decir puta ya estoy muy cansado o estoy como con demasiados pensamientos y fantasías respecto del pasado del futuro de lo que sea, o estoy con demasiadas ganas de evadirme con mi presente, y como que todas esas cosas yo ya he aprendido a leerlas como señales cachai de que no estoy acompañándome bien cachai, entonces ahí digo ya puta no es que sienta ya la necesidad de ir al tiro a un terapeuta, pero si usar las herramientas que he adquirido.

¿Realizas actividades respecto a tu problema que no son recomendaciones de ningún terapeuta?

Sipo, obviamente, caleta, yo creo que porque ni la psicóloga clínica ni la terapeuta alternativa me trabajaron con el yo con la meditación directamente, creo que yo son las principales herramientas que uso.

¿Percibes cambios positivos al realizarlas, en tu estado?

Sipo, muy sustanciales.

¿Y esos cambios como se ven reflejados en la cotidianidad en la vida diaria?

Mmm yo creo que en estar como sentirme más presente con lo que estoy viviendo, como estar con más energía o más abierto también ¿cachai? como más abierto a la vida.

¿Alguna razón especial por querer sanarte, algo que hacer, algo que cumplir?

Si ósea yo creo que porque es bacán vivir, básicamente, y porque también vivimos como en una época súper oscura cachai, entonces creo que si uno no está bien y no esta calmado, como que quizás las aguas pueden ser turbias, oscuras o lo que sea pero no se po para poder navegar en esas aguas necesita tu estar piola, sino te hundes más nomas.

¿Qué resultados esperabas obtener con la MCA y la psicóloga terapeuta que sabías no obtendrías en el método de la MA?

yo creo que los resultados, en mi caso, tienen que ver más con los patrones de conducta, es como difícil, como que señalan más directamente hacia el ego, porque es difícil encontrar personas que trabajen eso po, como en el caso de psicóloga clínica me parece que, que trabaja con medicina alternativas, su trabajo es muy importante porque cuesta encontrar como terapeutas que vallan a ese punto, que es como el punto ciego del ego, como de todas estas construcciones que uno se ha hecho lentamente respecto de quien es o que es lo que tiene que hacer etc., y que es súper desgastante, te consume mucha energía vital. Llegue ahí y la terapia es más severa porque te mete el dedo en la herida cachai', pero encontré lo que buscaba.

¿Pretendes mantener los resultados que has obtenido a través de todas estas prácticas, yoga meditación, que me comentaste?

O sea, por un lado si, por otro lado también yo creo que yo también me he ido, como hago yoga terapia, también me he ido engarzando un poco en el camino de la terapia, entonces para mi es importante seguir tratándome, no es que creo que ya nunca más me voy a hacer terapia, o como que ya me gradué o sané, sino que estoy en un momento de mi camino donde, claro, quizás estoy enfocando la energía en ciertas cosas. A mí por lo menos, creo que siempre, sobre todo si uno trabaja un camino una herramienta, es importante también ponerse del otro lado...que el dolor es una característica del vivir...

¿Volverías a ir a un hospital o clínica?

No, en el camino personal o el agotamiento o fatiga mental, pero si las enfermedades físicas como lumbago cosas así.

¿Cómo, con estos tratamientos, mejoraste en lo anímico, en lo físico, en tus energías para vivir, en tu visión respecto a la vida?

En lo anímico yo creo que mi ánimo ha cambiado se ha vuelto más estable, creo que antes oscilaba muy drásticamente del entusiasmo al decaimiento total, la fatiga crónica, el desánimo, me sentía un poco presa de una curva de ánimo muy pronunciada, y siento que eso gracias a las terapias y cosas que hago se ha ido estabilizando, más suave aunque de repente hay bajones y cosas así. En lo físico, siento menos agotamiento, más fuerza o energía, pero igual relacionado mucho a lo del ánimo, porque el ánimo es una manifestación de lo físico... en la visión de la vida

yo creo que hartito, sobre todo, lo más importante ha sido desprenderme de las visiones de la vida, que son constructos súper mentales, hay que estar abierto, vivir nomás, dejarte contagiar de la vida, pero no del cliché del carpe diem, sino estar muy presente en lo que estás viviendo nomás. Respecto de lo que siento que es mi trabajo y mi búsqueda más personal, estos procesos me han enseñado mucho en la búsqueda personal y también colectiva.

¿Me podrías describir lo que es para ti estar sano?

Para mí es estar en el presente, y si hay dolor también vivirlo, no negarlo, creo que hay como una especie de bloqueo o confusión respecto a eso, de que el dolor es enfermedad, pero no po, la enfermedad es la negación del dolor, el no vivirlo, el no acompañarlo, el crecimiento en sí lleva crisis y renuncias que llevan dolor, el no querer verlo ni vivirlo lleva a situaciones mucho más agobiantes.

¿Han afectado las terapias tu presupuesto?

Totalmente.

Caracterización Paciente

Edad: 32 años

Nivel Educativo: Técnico Superior

Ingresos: 200mil