



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Modelos Explicativos de la Enfermedad Mental en Practicantes de las Terapias Complementarias y Alternativas (MCA)**

**Dr. Edwin Alexander Duque Correa  
Código 05598793**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Bogotá, Colombia  
2013



# **Modelos Explicativos de la Enfermedad Mental en Practicantes de las Terapias Complementarias y Alternativas (MCA)**

**Dr. Edwin Alexander Duque Correa**  
Código 05598793

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Especialista en Psiquiatría**

Director:

Médico Psiquiatra, profesor titular Universidad Nacional de Colombia  
Dr. Ricardo Sánchez Pedraza

Codirector:

Médico Psiquiatra, profesor asistente Universidad Nacional de Colombia  
Dr. José Manuel Calvo Gómez

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Bogotá, Colombia  
2013







*A mi familia, mis amigos, mis compañeros por su apoyo  
y su respaldo incondicional.*

*A mis profesores por ser los guías en este  
largo camino que aún no termina...*





## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional de Colombia por su apoyo y financiación.



## Resumen

Teniendo en cuenta el auge de las Medicinas complementarias y alternativas (MCA) y su creciente práctica en nuestro país, es importante conocer desde la perspectiva de quienes ejercen este tipo de terapias, los modelos explicativos y los enfoques terapéuticos en nuestro entorno social y cultural. El objetivo del presente estudio es conocer los modelos explicativos (ME) y el abordaje de la enfermedad mental en personas dedicadas a la práctica de MCA con énfasis en los llamados brujos, santeros, chamanes, espiritistas, pitonisas, tarotistas, entre otros. Se realizó un estudio cualitativo que usa como herramienta la entrevista a profundidad. Se entrevistaron 25 practicantes de MCA de diferentes sectores de la ciudad de Bogotá, Colombia. Se encontró que los participantes explican el origen de la enfermedad mental en forma multicausal siendo los relacionados con posesión o acción de espíritus o entidades externas, la brujería y los problemas psicológicos, los más comunes en nuestra población. Hay una adecuada correlación entre el ME y la terapia destinada a tratar la condición presente.

**Palabras Clave** (DeCS): Terapias Alternativas, Terapias Complementarias, Magia, Entrevista como asunto

## Abstract

Given the rise of complementary and alternative medicines (MAC) and its growing practice in our country, it is important to know from the perspective of those who practice this type of therapy, vision and mental illness in this context, the explanatory models and therapeutic approaches that give them, under the influence of our social and cultural environment. The objective of this study was to determine the explanatory models (ME) and addressing mental illness in persons engaged in the practice of alternative and complementary therapies, with emphasis on the so-called witches, santeros, shamans, spiritualists, mediums, tarot readers, among others. This qualitative study was performed using as tool depth interviews. We interviewed 25 MAC practitioners from different sectors

of the city of Bogotá, Colombia. Participants were found to explain the origin of mental illness as being multicausal anyway related to the possession or action of external entities spirits, witchcraft and psychological problems, as the most used in our population. There is a good correlation between the ME and therapy designed to treat this condition

**Key words** (MeSH): Alternative Therapies, Complementary Therapies, Magic, Interviews as topic

# Contenido

Pág.

Resumen.....	VII
Abstract.....	VII
<b>1. Objetivos .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Marco Teórico .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Materiales y métodos.....</b>	<b>1</b>
3.1 Diseño del estudio .....	1
3.2 Población.....	1
3.3 Muestra .....	1
3.4 Materiales.....	1
3.4.1 Entrevista a profundidad .....	2
3.4.2 Viñetas.....	3
<b>4. Análisis estadístico .....</b>	<b>5</b>
4.1 Análisis cuantitativo .....	5
4.2 Análisis cualitativo .....	5
<b>5. Resultados .....</b>	<b>7</b>
<b>6. Discusión.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>25</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>XXVI</b>

## Lista de Gráficas

Gráfica 5 - 1 Género, variable categórica:.....	7
Gráfica 5 - 2 Edad, variable numérica:.....	8
Gráfica 5 - 3 Tiempo experiencia, variable numérica: .....	8
Gráfica 5 - 4 Escolaridad, variable categórica:.....	9

## Lista de Tablas

Tabla 5 - 1 Escolaridad, variable categórica: .....	9
Tabla 5 - 2 Tipo de terapia: variable categórica .....	10
Tabla 5 - 3 Variables categóricas socio demográficas .....	16
Tabla 5 - 4 Variables numéricas socio demográficas .....	16
Tabla 5 - 5 Modelos Explicativos Causas.....	17
Tabla 5 - 6 Modelos Explicativos Tratamiento.....	18

## Lista de Símbolos y abreviaturas

### Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
<i>ME</i>	Modelos Explicativos
<i>MCA</i>	Medicinas complementarias y alternativas
<i>NCCAM</i>	Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (en inglés)
<i>NIH</i>	Instituto Nacional de Salud (de los Estados Unidos)
<i>NHIS</i>	Encuesta Nacional sobre la Salud
<i>SEMI</i>	Modelo de entrevista: Short Explanatory Model Interview
<i>BEMI</i>	Barts Explanatory Model Inventory
<i>MINI</i>	McGill Illness Narrative Interview



# 1. Objetivos

El objetivo principal del presente estudio es conocer los modelos explicativos (ME) de la enfermedad mental en personas dedicadas a la práctica de terapias alternativas y complementarias, con énfasis en los llamados brujos, santeros, chamanes, espiritistas, pitonisas, tarotistas, entre otros, que realizan consulta en diferentes sectores de la ciudad de Bogotá .

El objetivo secundario es conocer la manera de abordar y tratar los casos relacionados con síntomas que pertenecen a diferentes grupos de patologías mentales según los criterios establecidos en el DSM IV TR.



## 2. Marco Teórico

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por sus siglas en inglés), dependencia del Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos , define la medicina complementaria y alternativa (MCA) como un conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional, denominada también medicina occidental o alopática [1]

“Medicina complementaria” se refiere al uso de la medicina complementaria y alternativa junto con la medicina convencional, tratando al paciente como un todo, en lugar de concentrarse en una enfermedad o trastorno específico. Así fue propuesto el enfoque de George Engel en su modelo biopsicosocial para el manejo de la enfermedad, aplicado por muchos en la psiquiatría actual. [1, 2]

“Medicina alternativa” se refiere al uso de la medicina complementaria y alternativa en reemplazo de la medicina convencional. [1, 2]

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Salud (NHIS, por sus siglas en inglés) de 2007 en Estados Unidos que incluyó preguntas detalladas sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa por parte de la población general, alrededor del 38% de los adultos utilizan medicina complementaria y alternativa. En Colombia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se estima que el 40% de la población utiliza MCA para satisfacer sus necesidades sanitarias [3], es decir, 1 de cada 3 personas recurre alguna vez a estos tratamientos para dolencias comunes, entre ellos síntomas que corresponden a enfermedades mentales. Las tasas más altas de consulta con MCA se han encontrado en pacientes con depresión mayor y trastorno de pánico; sin embargo, algunos estudios han reportado el uso frecuente de MCA en pacientes con trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia. [4, 5]

El NCCAM clasifica los tratamientos de la medicina complementaria y alternativa en cinco categorías [1, 2]:

- **Sistemas médicos integrales:** Ejemplos de sistemas médicos alternativos desarrollados en culturas occidentales incluyen la homeopatía y la naturopatía. Ejemplos de sistemas que se han formulado en culturas no occidentales comprenden la acupuntura, la medicina tradicional China, el método Ayurveda de la India y el yoga.
- **Enfoque sobre la mente y el cuerpo:** La medicina de la mente y el cuerpo utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el propósito de afianzar la capacidad de la mente para influir sobre la función y los síntomas corporales. Algunas técnicas consideradas anteriormente como medicina complementaria y alternativa se han formalizado (por ejemplo, grupos de apoyo a pacientes y terapia cognitiva y conductual). Otras técnicas para la mente y el cuerpo aún se consideran medicina complementaria y alternativa, incluida la meditación, la hipnosis, oración y aliento espiritual y las terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música o la danza.
- **Terapias biológicas:** Emplean sustratos biológicos que se encuentran en la naturaleza. Aquí se incluyen las esencias florales, terapia de hierbas, dietas especiales.
- **Terapias de manipulación basados en el cuerpo:** Hacen énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o más partes del cuerpo como la Quiropraxia, la osteopatía y el masaje.
- **Terapias sobre la base de la energía:** Incluyen el empleo de campos de energía y comprenden dos tipos:
  - **Terapias del biocampo.** Procuran afectar los campos de energía que rodean y penetran el cuerpo humano. Los ejemplos incluyen Chi gong, Reiki y Toque terapéutico.
  - **Terapias bioelectromagnéticas.** Implican el uso no convencional de campos electromagnéticos como campos de impulsos, campos magnéticos o campos de corriente alterna o directa. El ejemplo es el Biomagnetismo.

Las prácticas de los curanderos tradicionales también se pueden considerar una forma de MAC. Los curanderos tradicionales utilizan métodos basados en teorías, creencias indígenas y las experiencias transmitidas de generación en generación [2].

De las mencionadas, las que se han aplicado al tratamiento de los cuadros psiquiátricos (ampliamente definidos) son: acupresión y acupuntura, aromoterapia (estrés y ansiedad), ayurveda, bioenergética, quelación, quiropraxia, cromoterapia, terapias basadas en la danza, hierbas medicinales psicoactivas, homeopatía, masaje, meditación, medicina oriental, medicina osteopática, oración, medicina basada en vidas pasadas, reflexología, reiki chamanismo, musicoterapia, yoga. [6]

Estos enfoques sobre el individuo basados en la diversidad, la flexibilidad y la amplia aceptación dentro de la población de este tipo de prácticas, hace que la MCA resulte una propuesta atractiva para muchos, tomando un papel importante en el contexto de la atención actual en enfermedad mental. [7]

Dentro de los denominados “Itinerarios terapéuticos”, concepto francés (Sndzingre 2002)[8] para definir todos los procesos que se llevan a cabo para buscar una terapia, desde que aparece el problema, se ponen en marcha diversos tipos de interpretación y cura, y se utilizan diversas instancias terapéuticas, institucionales o no, es común encontrar que el primer contacto ocurre con consejeros religiosos, brujos o practicantes de MCA, siendo la consulta con los profesionales de salud mental, una de las instancias finales en situaciones donde el cuadro se hace inmanejable[7]. En consecuencia, se ha detectado que un porcentaje significativo de personas con enfermedad mental, como lo descrito en un estudio hecho en la Universidad Javeriana y publicado en la revista de la ACP en 2010, sufren notorias demoras desde el momento en que realizan la primera consulta, hasta ser diagnosticadas correctamente, y retardan la instauración de un tratamiento adecuado[7].

En Colombia, la resolución 2927 de 1988 reglamenta la práctica de las siguientes terapias alternativas: Bioenergética, Homeopatía y sus modalidades, Acupuntura y procedimientos asociados, Terapia neural, Terapia con filtros, Terapias manuales, las cuales solo podrán ser ejercidas por médicos titulados en universidades reconocidas por el Estado de acuerdo con la Ley 14 de 1962, con formación específica en la o las terapias

alternativas que practique, y que acrediten el registro profesional [9]. Sin embargo, es evidente en nuestro medio, que personas sin formación como lo indica la ley practican este tipo de alternativas terapéuticas, que incluyen las llamadas “ciencias ocultas” entre las que encontramos curanderos, brujos, chamanes, adivinos, pitonisas, consejeros, astrólogos, etc.

Teniendo en cuenta el auge de estas terapias complementarias y alternativas así como la creciente práctica en nuestro país donde en regiones como los llanos orientales, la amazonia, la costa pacífica entre otras, hacen gran uso de estos recursos para el abordaje de sus patologías dentro de las que se incluyen trastornos mentales, es importante conocer desde la perspectiva de quienes ejercen este tipo de práctica, la visión de la enfermedad y en este contexto, los modelos explicativos y los enfoques terapéuticos, que dan a las mismas, basados en la influencia del entorno social y cultural.

Arthur Kleinman [10] desarrolló el concepto de Modelos Explicativos (ME), que hace referencia a *“las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento, que es empleado por todos aquellos involucrados en el proceso clínico”*.

Tanto los pacientes como sus familiares o cuidadores, dentro de su idiosincrasia, explican sus problemas de diferentes maneras. Esto incluye explicaciones en torno al origen de la enfermedad, el inicio de los síntomas y el curso clínico y así mismo se relaciona estrechamente con los comportamientos de búsqueda de ayuda y las expectativas con los tratamientos. Dichos modelos se encuentran fuertemente influenciados por factores tales como el entorno cultural y social, el sistema de creencias religiosas y la experiencia vital, entre otros.

Conocer dichos modelos en el caso específico de los practicantes de las MAC nos permitiría entender mejor la incidencia de los factores culturales en la motivación del paciente para acceder a este tipo de terapias, basados en el concepto de pensamiento mágico, donde fundamentalmente el hombre descubre que hay relación entre la presencia de ciertos objetos y una situación existencial personal, es decir, el ser humano se rige por las apariencias de las cosas [11]. Igualmente entender algunos aspectos

prácticos relacionados con los itinerarios terapéuticos y aún del pronóstico de los pacientes que acuden a estos tipos de terapias. Nos aportaría información valiosa para orientar programas psicoeducativos y finalmente, nos permitiría tener logros una mayor empatía con nuestros pacientes y con ello mayor satisfacción en la atención y adherencia a los tratamientos [12].

En la revisión de la literatura, se encuentra un estudio publicado en el 2009, realizado en Sudáfrica, que explora los modelos explicativos en curanderos locales, haciendo uso de 4 viñetas correspondientes a esquizofrenia, depresión, pánico y somatización. Se realizaron 4 discusiones en grupos focales y 18 entrevistas a profundidad. Se encontraron múltiples modelos, así mismo se encontró que las patologías psicóticas eran consideradas como enfermedades mentales, no siendo el caso para las patologías no psicóticas [13]

Para el estudio se utilizó el modelo de entrevista Short Explanatory Model Interview (SEMI), usado en estudios de tipo cualitativo, la cual permite explorar modelos, partiendo del entorno cultural del sujeto, la naturaleza del problema que presenta, los comportamientos de búsqueda de ayuda, la interacción con los prestadores de servicios de salud y las concepciones acerca de la enfermedad mental [14].

Otro modelo similar, utilizado en estudios cualitativos, es el de entrevista semiestructurada Explanatory Models Interview Catalogue (EMIC) que intenta explorar modelos explicativos en grupos culturales específicos, y que permite agregar ítems según las creencias culturales locales [15].

Adicionalmente se encuentran la Barts Explanatory Model Inventory (BEMI) [16] y la McGill Illness Narrative Interview (MINI) [17]. Ninguna de éstas ha sido usada en población hispanoparlante

Al realizar el proceso de investigación de los modelos explicativos es importante tener en cuenta los siguientes elementos. Primero, se requiere un tiempo considerable, no solo para la recolección de datos, sino también para codificar e interpretar los mismos. Segundo, se debe tener en cuenta el contexto cultural y social, lo cual permite entre otras cosas, entender ciertos vocablos, expresiones o manifestaciones locales. Tercero, el proceso de exploración de ME puede tener sesgos derivados de la propia interacción con

un entrevistador que se percibe como un representante de un cuerpo científico, lo cual puede inhibir a las personas a expresar sus verdaderas convicciones y por el contrario llevarlas a decir lo que suponen, quieren escuchar sus interlocutores. En éste sentido, además, pueden confluír otros elementos de lo percibido en el entrevistador que alterarían la información recabada.



## **3. Materiales y métodos**

### **3.1 Diseño del estudio**

El presente es un estudio transversal, descriptivo, con un diseño cualitativo.

### **3.2 Población**

Practicantes de terapias complementarias y alternativas, mayores de 18 años ubicados en la ciudad de Bogotá, Colombia.

### **3.3 Muestra**

25 personas practicantes de las diferentes terapias complementarias y alternativas, según la clasificación del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM).

### **3.4 Materiales**

Los participantes fueron elegidos dentro de una amplia gama de ofertas publicitarias que incluía volantes repartidos en la calle, avisos clasificados en los diferentes periódicos de circulación local así como en páginas de internet con igual fin, también por ubicación directa con los avisos comerciales en cada sitio de atención y finalmente por referencias de los mismos participante o de personas concedoras del estudio. Durante un tiempo de 10 meses se realizaron aproximadamente 130 contactos directos e indirectos con el fin de obtener las entrevistas, el 80,7% de los contactados no accedieron a conceder la entrevista dando múltiples argumentos para justificarse, entre ellas predominó el temor a que la información obtenida fuera usada en un programa periodístico de divulgación nacional o a que fueran puestos en evidencia sus conocimientos con inadecuado uso de

ellos, entre otras. Todas las entrevistas se realizaron en el sitio de ubicación (local o vivienda) de los participantes, requiriendo para ello, en su gran mayoría, una cita previa concertada telefónicamente

Todos los participantes fueron informados sobre las características y propósitos del estudio y aprobaron mediante consentimiento informado, que la entrevista fuera grabada en voz, realizándose una entrevista en profundidad. Se indagaron los siguientes datos generales: Edad, género, nivel de escolaridad, tipo de terapia practicada, tiempo de experiencia en dicha práctica.

### **3.4.1 Entrevista a profundidad**

Con el fin de obtener información sobre los trastornos mentales, se presentaron cuatro viñetas (Psicosis, depresión, manía, ansiedad) con base en la entrevista Modelo Explicativo Corto (Short Explanatory Model Interview (SEMI), una entrevista breve que se utiliza para obtener modelos explicativos(14), cuyo abordaje nos permite realizar una investigación más abierta y flexible en comparación con otros métodos tales como las entrevistas estructuradas / semi estructuradas, y se evitan las dificultades logísticas inherentes a las entrevistas en grupos focales [18]. Uno de los autores, previa realización de una prueba piloto, realizó las entrevistas a profundidad, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas para su análisis. Durante la entrevista el moderador lee cada viñeta y expone en cada caso la inquietud sobre la naturaleza del problema, las expectativas de causa y la opción de tratamiento.

Su diseño tuvo en cuenta elementos de los modelos estructurados previamente descritos [16, 17, 19, 20]. Las intervenciones por parte del entrevistador solamente se enfocaron a orientar, guiar y favorecer la expresión del participante, así como a aclarar, en los casos necesarios, algunos términos o procedimientos desconocidos con el fin de favorecer una adecuada contextualización en el curso de la narrativa, teniendo cuidado de no ejercer influencia sobre la temática, con el fin de preservar la validez de los hallazgos. Solo un entrevistador participó en la realización del estudio con el fin de facilitar la comparación de los contenidos.

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

### 3.4.2 Viñetas

#### **Caso viñeta 1 Psicosis**

Hombre de 36 años, procedente del área urbana. Sin ocupación actual. Vive con su padre y otro hermano. Se conoce que su rendimiento escolar fue irregular pero terminó estudios secundarios. Ha tenido diversas ocupaciones que abandonaba pronto, pues se desadaptaba. En la actualidad tiene relaciones esporádicas con una mujer de su misma edad. Nunca ha consumido drogas, ingiere alcohol de manera esporádica. Asiste a la consulta porque cree que sus vecinos lo “miran por dentro” conociendo sus ideas y le quitan su voluntad por medio de algún aparato obligándolo a hacer cosas que él no quisiera. Escucha “voces” a distancia; en la televisión oye comentarios sobre su forma de vestir, piensa que tal vez quieren hacerle un maleficio o someterlo por medio de hipnosis, pues siente su cuerpo electrizado. En las últimas semanas no sale a la calle, pues se siente vigilado y tiene la permanente impresión de que alguien está detrás de él. Está inquieto, ha perdido el sueño y expresa temores por su vida.

#### **Caso viñeta 2 Depresión**

Hombre de 40 años, jefe de personal de una industria, quien desde hace 2 meses presenta decaimiento, lloradera sin causa, tristeza, pesimismo y una progresiva incapacidad para desempeñar sus obligaciones o disfrutar sus pasatiempos. Se queja además de pérdida de apetito, se despierta a las 4 am, frialdad de las extremidades y una excesiva preocupación por la salud de sus hijos y su esposa. Piensa que su enfermedad le llevará a perder el empleo y que ya nunca recuperará su salud. Hace 3 años tuvo un episodio similar pero más leve que mejoró espontáneamente después de 4 meses

#### **Caso viñeta 3 Manía**

Hombre de 38 años sorprendido por la policía en la calle hablando incoherentemente y agrediendo a los transeúntes. Cuatro días antes había empezado a hablar exageradamente, no dormía, se sentía feliz e inspirado. A pesar de estar desempleado,

retiró sus ahorros del banco, viajó a otra ciudad, se hospedó en un hotel lujoso y en 3 días despilfarró el equivalente a 6 meses de sueldo. Regalaba dinero en la calle, invitaba a desconocidos a comer y a beber. Proyectaba grandes negocios, hablaba incesante e incoherentemente y a la menor contradicción se tornaba agresivo. Ha sufrido 4 episodios similares durante los 3 años previos

#### **Caso viñeta 4 Ansiedad**

Paciente varón de 37 años casado, padre de familia, empleado en un almacén. Manifiesta que no puede dormir, tiene mucha angustia, siente que lo persiguen y tiene ideaciones homicidas, no se concentra y perdió el apetito. Afirma que todo empezó hace una semana después de que ayudó en la detención de un ladrón que estaba arrebatándole la cartera a una señora. En espera de la llegada de la policía, transcurrieron aproximadamente 20 minutos, y por la presión de la gente que se acumuló en el lugar, debió soltar al delincuente, para que éste se fuera. Transcurrido aproximadamente media hora él ladrón regresa en compañía de tres amigos y lo amenaza de muerte. A las pocas horas aparece la sintomatología descrita y debido a la intensidad de éstos acude a consultar

## **4. Análisis estadístico**

El tamaño de la muestra se estimó en 25 personas escogidas con un criterio no probabilístico, teniendo en cuenta incluir en el grupo representantes de las diferentes metodologías terapéuticas.

### **4.1 Análisis cuantitativo**

El análisis estadístico de las variables contempladas en el presente estudio se llevó a cabo descriptivamente utilizando medias o medianas junto con sus respectivas medidas de dispersión en variables continuas y sus respectivos porcentajes para variables categóricas. Los estimadores se muestran junto con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Los análisis fueron realizados con el programa estadístico R, versión 2.15.2.

### **4.2 Análisis cualitativo**

A las transcripciones de las entrevistas se les realizó un análisis temático inductivo [21]. Inicialmente fueron leídas por los investigadores con el propósito de comprender completamente el contenido, y esbozar un plan de análisis. Luego se pre codificaron independientemente y estas pre codificaciones fueron discutidas por parte de los investigadores para llegar a un esquema de codificación definitivo para cubrir cada uno de los tópicos. Con dicho esquema, se procedió a realizar una nueva lectura de las transcripciones con el fin de identificar cada una de las posibles explicaciones dadas a los casos expuestos. Finalmente se realizó un consenso entre los investigadores acerca de las diferentes explicaciones y se identificaron otros tópicos emergentes. Se utilizó el software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti versión 5.5

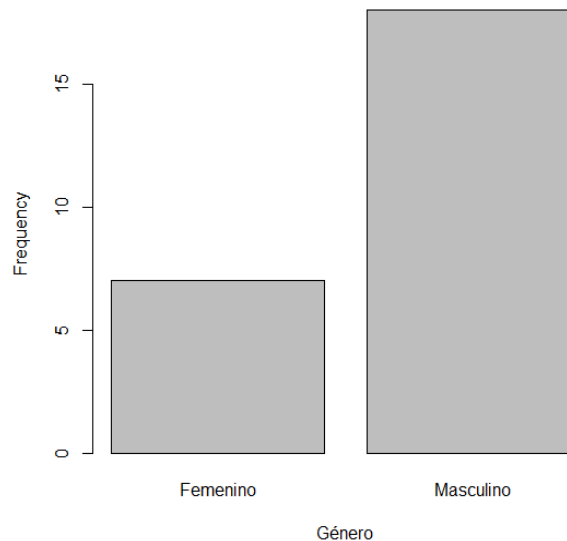


## 5. Resultados

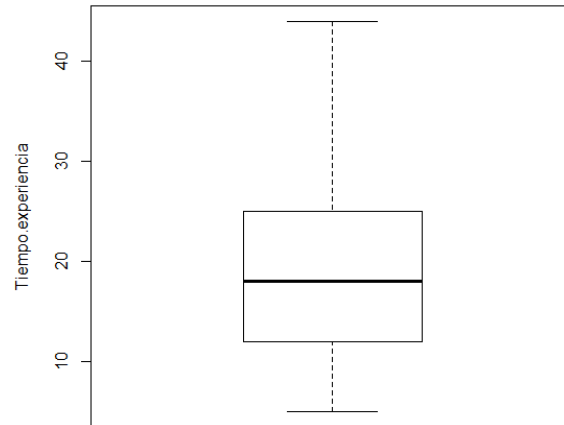
El resumen de las variables socio demográficas se encuentra en las tablas 5-1 y 5-2. Un total de 25 personas participaron en el estudio.

La media de edad fue de 44.84 años; 18 (72%) eran hombres. Con igual proporción en estudios secundarios y universitarios (n=9, 36%) y similar proporción en estudios primarios (n=4, 16%) y técnicos (n=3, 12%). El tiempo de experiencia en cada una de las prácticas mostró una media de 20,04 años. (Gráficas 5-1 a 5-4)

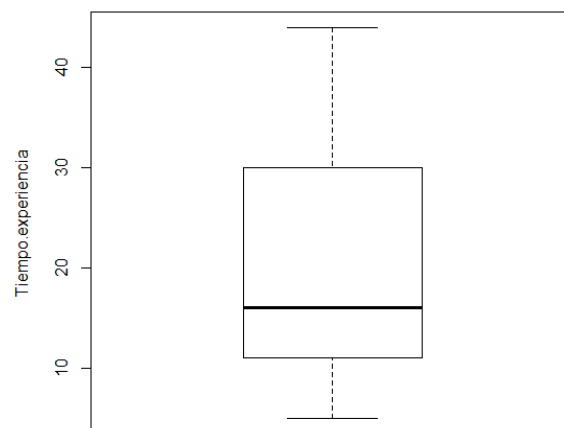
**Gráfica 5 - 1 Género, variable categórica: masculino (n=18, 72%); femenino (n=7; 28%)**



**Gráfica 5 - 2 Edad, variable numérica: media: 44.84, mediana: 42, desviación estándar: 10.05**



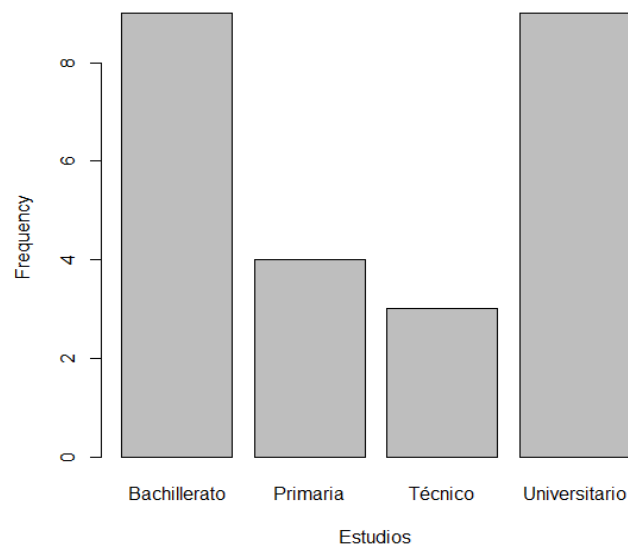
**Gráfica 5 - 3 Tiempo experiencia, variable numérica: media: 20.04, mediana 18, desviación estándar: 10.13**





**Tabla 5 - 1 Escolaridad, variable categórica:**

Nivel	N	Porcentaje
Primaria	4	16
Bachillerato	9	36
Técnico	3	12
Universitario	9	36

**Gráfica 5 - 4 Escolaridad, variable categórica:**

En cuanto al tipo de prácticas, la mayoría define tener experiencia en más de dos de ellas, sin establecer un predominio, en primer lugar se encuentra la lectura e interpretación del Tarot (n=7, 17,95%), seguido por la denominada “consejería” (n= 4, 10,26%) y en igual proporción la herbología, parapsicología y astrología (n=3, 7,69%) , seguidos por la práctica de la numerología, el manejo de energías, el reiki y la veloterapia (n=2, 5,13%) , por último quienes aseguran tener una sola práctica terapéutica basada

en angelología, técnicas de auto superación, aromaterapia, brujería, manejo de chacras, chamanismo, espiritismo, santería o lectura del tabaco (n=1, 2,56%). En el abordaje de los casos (psicosis, depresión, manía y ansiedad), se especifican los modelos explicativos para cada uno teniendo en cuenta que la explicación puede ser la misma independiente del terapeuta, el tipo de terapia o las particularidades propias de cada uno de los casos o por el contrario, puede haber múltiples explicaciones para un mismo caso. (Tabla 5 - 2)

**Tabla 5 - 2 Tipo de terapia: variable categórica**

Terapia	n	Porcentaje
Angelología	1	2.56
Aromaterapia	1	2.56
Astrología	3	7.69
Auto superación	1	2.56
Brujería	1	2.56
Chakras	1	2.56
Chamanismo	1	2.56
Consejería	4	10.26
Energías	2	5.13
Espiritismo	1	2.56
Hierbas	3	7.69
Numerología	2	5.13
Parapsicología	3	7.69
Pitonisa	1	2.56
Quiromancia	2	5.13
Reiki	2	5.13
Santería	1	2.56
Tarot	7	17.95
Veloterapia	2	5.13

En el caso 1, el 40% atribuyen la causa de la psicosis a presencia, posesión o acción de espíritus o entidades externas; 32% a problemas o traumas psicológicos; el 20% a problemas psiquiátricos, un "trabajo" hecho por alguien o brujería; el 16% a una baja autoestima, a situaciones relacionadas con la energía y a habilidades sensoriales; el 12% a delirios de persecución o paranoia; el 8% a nerviosismo, sugestión, miedos,

necesidad de llamar la atención, un bloqueo, alteraciones de la infancia, inestabilidad emocional, carencias nutricionales, problemas relacionados con la estructura familiar, un despertar espiritual, una fuerza negativa, secuelas de vidas pasadas, celos o envidia y el 4% otras como alcoholismo, alteración de chacras, comunicación con los muertos, debilidad cerebral, tener un don, influencia de los medios de comunicación, inseguridad, presión social, rompimiento de la esencia interna, sintonización de otras frecuencias, somatización o vacío de poder. (Tabla 5-5)

*“...yo tengo mente para decir que a ese señor lo que tiene es mucha debilidad cerebral también y por eso él siente cosas y ve cosas, está demasiado débil el cerebro, entonces todo el mundo cree que es brujería que le están haciendo pero no siempre es brujería. De todas maneras para esa persona tendría uno que vitaminizar el cerebro con una buena vitamina y según hacerle un conjuro de exorcismo en la cabeza...”*

En el caso 2, la explicación para la depresión está distribuida así: 36% a problemas psicológicos, brujería o daño hecho por otros, al temor, preocupación o nervios; 24% a situaciones relacionadas con la energía; el 20% a estrés; el 16% a posesión de espíritus; 12% a atadura, ligadura o amarre, a problemas nutricionales y a bloqueo; el 8% a agotamiento físico o mental, alteración de chacras, carga emocional y entre este grupo hay quienes la explican con su nombre clínico de depresión; el 4% otras como afectación en el aura, un ataque del astral, falta de amor o a problemas familiares. Ver (Tabla 5 - 3)

*“...Esta persona, ésta persona en el contenido de lo que usted me habla, es un problema psicológico. Él ha traído lo que le está pasando en su parte económica, en su parte laboral, lo ha traído a su cotidianidad. O sea aquí no hay nada de anormal. Aquí hay algo netamente psicológico...”*

En el caso 3, se explica la manía en un 40% como un problema psiquiátrico; 20% como un problema psicológico, 16% como brujería, 8% como una frustración, un trastorno de la personalidad, un problema de inferioridad, una posesión por una entidad y el 4% otras como una alteración de la infancia, un bloqueo de chacra, un cambio químico del cuerpo, una debilidad cerebral, una decepción amorosa, una depresión, una alteración de la

energía, un estado de conciencia diferente, a la falta de erección, inarmonía desde el vientre, influencia cultural, estar inspirado, miedo, tener neuronas quemadas, un problema de superioridad y problemas de drogas. (Tabla 5 - 3)

*“...Yo diría que esta persona se desconectó de algo. Brujería no es. Ataques psíquicos no es. Yo digo que se desconectó de algo. Tal vez era una persona que...”*

*“...Eso es una decepción amorosa que el hombre pudo haber tenido, se enamoró de pronto de alguna persona y fue rechazado eso causa esa clase de trastornos, esquizofrenia, a parte afectiva que es una de las parte más vulnerables del ser humano, he, existe mucho inconveniente, mucho problema, mucho proceso de diferentes índoles...”*

En el caso 4, la ansiedad por estrés agudo se explica en un 56% como amenaza, angustia, desespero, estrés, miedo, zozobra, susto o temor; en un 20% como posesión de una entidad, en el 16% como shock nervioso y como sugestión, en un 12% como relacionado con las energías y delirios de persecución; 8% con magia o brujería, presión o justicia espiritual, impacto psicológico y en el 4% otras que incluyen: baja de defensas, crisis, división del alma, falta de amor y conciencia, influencia negativas, mala suerte, una maldición, manipulación, preocupación excesiva, presión social, trauma cerebral, vacío referencial del hogar, violación de la ley natural. (Tabla 5 - 3)

*“...Recibe una fuerza de presión, recibe un shock nervioso prácticamente, sí, entonces a eso ya hay que darle unas terapias psicológicas, motivarlo con mucha fuerza para que vuelva a estabilizarse, él recibió un shock depresivo, un shock nervioso, una psicosis entonces en todos los momentos él va a sentir eso, día y noche y obviamente si se da insomnio, estrés, preocupación, muchas cosas porque a todo momento ya vive pensando que lo van a agredir, que lo van a matar, que le va a suceder algo, se deja llevar por esa depresión; con una mezcla de shock nervioso e intenso...”*

Respecto al abordaje de los casos se encuentra que en su mayoría y en forma independiente de la práctica que realizan, la consejería ocupa un primer lugar en el tratamiento de la psicosis, la manía y la ansiedad con una media de 46.6% lo cual abarca, entre otras, técnicas para afrontar el miedo, cambio de alimentación, tranquilización, mejoría del autoestima, desculpabilizar, etc. Para el abordaje de la depresión, la mayoría describe la limpieza energética y el uso de plantas medicinales en un 40%. Para el caso particular de la psicosis la necesidad de remisión a psiquiatría y el uso de medicación psiquiátrica ocupan los últimos niveles en el abordaje, lo que estaría relacionado con el ME de la causa que en un 40% fue atribuida a presencia o posesión de espíritus. Caso contrario se observó en el abordaje de la manía cuyo ME predominante fue un problema psiquiátrico y/o psicológico en un 60%, por lo que además de la consejería, en orden de importancia se encontró la derivación a la consulta médica (que incluye medicina general, psiquiatra o psicólogo), como forma de tratamiento.

En el caso 1, la limpieza energética ocupa un 40%, el abordaje a través de esencias florales, baños de plantas y aromaterapia, un 32% rituales propios de la brujería y relacionados con las energías en un 28%, las plantas medicinales en infusión y complementos nutricionales el 20%, otro incluyen la hidroterapia, la lectura del tarot, recurrir a la oración y a sacerdotes católicos, terapia de carbón y meditación en un 4%.

(Tabla 5 - 4)

*“...Primero compre una buena vitamina y hay una vitamina buenísima que aunque nadie crea son los tres, son tres perritas chiquitas negras y a esas quita el cuerito, son recién naciditas, se les quita el cuerito se hace como cocinar un cerdito, se cocina y se le da en sopa de pasta eso le vitaminiza el cerebro y los hace poner bien y enseñarlos a que no hay nada...”*

En el caso 2, el ME causal deriva a recurrir en primera instancia al uso de plantas medicinales y a limpieza energética en el 40%, la consejería en el 28%, al uso de complementos nutricionales y vitamínicos en el 24%, las esencias florales y la derivación a la consulta médica en el 20%, técnicas de nivelación energética y de chacras como las usadas en el reiki en un 16% y en correspondencia al 8% que acierta con el diagnóstico médico como ME, es igual la proporción para el uso de antidepresivos en cuyo caso es

recomendado por ellos mismos como lo expresan en la entrevista. Entre los manejos con menor proporción se describen el uso de agua bendita, acudir a la ayuda de un sacerdote, una carga energética, la invocación de santos (San Antonio, San Marcos; Santa Marta, entre otros), y otros procedimientos como purgas, sahumeros, baños con sal marina y rituales chamánicos en un 4%. (Tabla 5 - 4)

*“...Yo le puedo ofrecer, o le daría a esta persona ayuda para que él salga de su problema, porque es un problema económico lo que él está viviendo ahí. Le daría secretos y misterios en la parte de lo que yo manejo, para que él, por medio de los secretos que van rezados, consagrados y conjurados, él pueda sobresalir sobre ese momento de crisis económica que está viviendo. Porque lo demás todo va ligado a ese problema psicológico que él tiene, el problema económico...”*

Para el caso de la manía y aunque su principal ME es un trastorno psiquiátrico cuyo abordaje principal es la derivación a la consulta médica, también encontramos abordajes similares a los de los otros casos, siendo menos frecuentes los baños en lodo, la hipnosis, la musicoterapia, la lectura del tarot, el uso de agua bendita y prácticas como un bautizo espiritual, un novenario con tabacos, la medicina conjurada y la transmutación en un 4%. (Tabla 5 - 4)

*“...En este caso, el tratamiento, sí, tendríamos que remitirlo como a un psicólogo, a una persona que pueda como conectarlo nuevamente, tratar de conectarlo porque no; por ejemplo en el caso mío yo no me atrevería, esto es más como caso clínico más concreto, ya es la mente, es la razón y eso ya...”*

En el caso 4, se relaciona la ansiedad, llamada también angustia, desespero, zozobra, estrés, miedo, susto o temor como principal ME y la posesión por una entidad en segundo orden, con un abordaje que además de la consejería utiliza la limpieza espiritual y las plantas medicinales en un 20% y abarca la nivelación de energía y chacras a través del reiki, la aromaterapia, las esencias florales, el uso de amuletos y talismanes, los complementos nutricionales y vitamínicos en igual proporción que la derivación a la

---

consulta médica en el 12%. Menos uso de prácticas como la invocación a los santos, la veloterapia y un renacimiento consciente son referidos a este caso, con solo el 4%. Ver (Tabla 5 - 4)

*“...bueno ahí le podríamos dar consejos de cómo cuidarse de si en realidad hay un peligro o no si ellos van a volver si a él le toca tener precauciones pero tampoco veo nada de energía, hay lo mismo son de pronto sus preocupaciones que me van a perseguir, peor no veo nada de energías hay lo que hace uno es abordar una persona y decirle por medio de que es mi método del tarot no estos personajes no lo van a volver a molestar...”*

Modelos Explicativos de la Enfermedad Mental en Practicantes de las Terapias  
Complementarias y Alternativas (MCA)

---

**Tabla 5 - 3 Variables categóricas socio demográficas**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>			
	Masculino	18	72
	Femenino	7	28
<b>Nivel educación</b>			
	Primaria	4	16
	Secundaria	9	36
	Universitaria	9	36
	Técnico	3	12
<b>Tipo de terapia</b>			
	Angelología	1	2,56
	Aromaterapia	1	2,56
	Astrología	3	7,69
	Auto superación	1	2,56
	Brujería	1	2,56
	Chakras	1	2,56
	Chamanismo	1	2,56
	Consejería	4	10,26
	Energías	2	5,13
	Espiritismo	1	2,56
	Hierbas	3	7,69
	Numerología	2	5,13
	parapsicología	3	7,69
	Pitonisa	1	2,56
	Quiromancia	2	5,13
	Reiki	2	5,13
	Santería	1	2,56
	Tarot	7	17,95
	Veloterapia	2	5,13

**Tabla 5 - 4 Variables numéricas socio demográficas**

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Edad</b>	44,84	42	10,05
<b>Tiempo de experiencia</b>	20,04	18	10,13



Tabla 5 - 5 Modelos Explicativos Causas

Caso 1 Psicosis		Caso 2 Depresión		Caso 3 Manía		Caso 4 ansiedad	
Presencia, posesión o acción de espíritus o entidades externas	40%	Problemas psicológicos Brujería o daño hecho por otros Temor , preocupación o nervios	36%	Problema psiquiátrico	40%	Amenaza, angustia, desespero, estrés, miedo, zozobra, susto o temor	56%
Problemas o traumas psicológicos	32%	Situaciones relacionadas con la energía	24%	Problema psicológico	20%	Posesión por una entidad	20%
Problemas psiquiátricos. "Trabajo" hecho por alguien o brujería	20%	Estrés	20%	Brujería	16%	Shock nervioso Sugestión	16%
Baja autoestima Situaciones relacionadas con la energía Habilidades sensoriales	16%	Posesión de espíritus	16%	Frustración Trastorno de la personalidad Problema de inferioridad Posesión por una entidad	8%	Situaciones relacionadas con la energía Delirios de persecución	12%
Delirios de persecución o paranoia	12%	Atadura, ligadura o amarre Problemas nutricionales Bloqueo	12%			Magia o brujería, Presión o justicia espiritual Impacto psicológico	8%
Nerviosismo, sugestión, miedos Necesidad de llamar la atención Bloqueo Alteraciones de la infancia Inestabilidad emocional Carencias nutricionales Problemas relacionados con la estructura familiar Despertar espiritual Fuerza negativa Secuelas de vidas pasadas Celos o envidia	8%	Agotamiento físico o mental Alteración de chacras, Carga emocional Depresión	8%	Alteración de la infancia Bloqueo de chacra Cambio químico del cuerpo Debilidad cerebral Decepción amorosa Depresión Alteración de la energía Estado de conciencia diferente Falta de erección Inarmonía desde el vientre Influencia cultural Estar inspirado Miedo Neuronas quemadas Problema de superioridad Problemas de drogas	4%	Baja de defensas Crisis División del alma Falta de amor y conciencia Influencia negativas Mala suerte Maldición Manipulación Preocupación excesiva Presión social Trauma cerebral Vacío referencial del hogar Violación de la ley natural	4%

Modelos Explicativos de la Enfermedad Mental en Practicantes de las Terapias  
Complementarias y Alternativas (MCA)

(CONTINUACION) Caso 1 Psicosis		Caso 2 Depresión		Caso 3 Manía		Caso 4 ansiedad	
Alcoholismo Alteración de chacras Comunicación con los muertos Debilidad cerebral Tener un don Influencia de los medios de comunicación inseguridad Presión social Rompimiento de la esencia interna Sintonización de otras frecuencias Somatización Vacío de poder	4%	Afectación en el aura Ataque del astral Falta de amor Problemas familiares.	4%				

**Tabla 5 - 6 Modelos Explicativos Tratamiento**

Caso 1 Psicosis		Caso 2 Depresión		Caso 3 Manía		Caso 4 ansiedad	
Consejería	48%	Limpieza energética Uso de plantas medicinales	40%	Consejería	36%	Consejería	56%
Limpieza energética	40%	Consejería	28%	Derivación a consulta médica	32%	Limpieza espiritual Uso de plantas medicinales	20%
Esencia florales Baños Aromaterapia	32%	Complementos nutricionales y vitamínicos	24%	Uso de plantas medicinales	28%	Nivelación de energías y chacras-Reiki Aromaterapia Amuletos-talismanes Derivación a consulta médica Esencias florales Complementos nutricionales y vitamínicos	12%
Medicina tradicional (brujería, chamanismo, exorcismo, rezos) Nivelación de energías y chacras-Reiki	28%	Derivación a consulta médica Esencias florales	20%	Nivelación de energías y chacras-Reiki	20%	Conjuros y rezos Cristales y piedras Meditación-relajación	8%
Uso de plantas medicinales Complementos nutricionales y vitamínicos	20%	Nivelación de energía y chacras-Reiki	16%	Medicación psiquiátrica Invocación de santos, ángeles o fuerzas espirituales	16%	Invocación a través de santos Veloterapia Renacimiento consciente	4%
Derivación a consulta médica	12%	Uso de antidepresivos Cristaloterapia Veloterapia Hipnosis	8%	Yoga Meditación	12%		

(CONTINUACION) Caso 1 Psicosis		Caso 2 Depresión		Caso 3 Manía		Caso 4 ansiedad	
Medicación psiquiátrica Sacerdotes y oración Hidroterapia Tarot Terapia con carbón Meditación	4%	Agua bendita Ayuda de un sacerdote Carga energética Invocación a través de santos Purgantes Ritual chamánico sahumerios Sal marina	4%	Esencias florales	8%		
				Complementos nutricionales y vitamínicos			
				Sacerdotes y oración			
				Agua bendita Amuletos Baño en lodo Bautizo espiritual Hipnosis Medicina conjurada Musicoterapia Novenario con tabacos Tarot Transmutación veloterapia	4%		



## 6. Discusión

Cultural y ancestralmente, en algunas regiones de nuestro país hay una preferencia a recibir atención por curanderos tradicionales actualmente llamados chamanes, adivinos, brujos, entre otras nominaciones, aun cuando el acceso a los servicios médicos se ha ampliado y se han incluido en los planes de salud, algunos procedimientos relacionados con MCA. Aunque el estudio fue realizado en la capital del país, el número creciente de personas dedicadas a la práctica de estas terapias, sugiere que en igual proporción la demanda de consulta ha ido en aumento en las diferentes modalidades de atención y servicios ofertados en los medios de comunicación, de predominio radial, escrito y a través del ciberespacio. El número de volantes que se entregan en las esquinas de la ciudad y la evidente presencia de conglomerados en zonas específicas identificadas y reconocidas por quienes desprevenidamente encuentran en estas prácticas un medio de sustento económico más dentro del denominado comercio informal, permiten suponer que el acceso a un número importante y representativo de los participantes del estudio se facilite, sin embargo el desarrollo de la investigación mostró que en la realidad, el acceso a la información que estos representantes de las MCA tienen a su haber, se maneja de una forma discreta, misteriosa y clandestina, dando pie a argumentar lo que popularmente se han llamado las “ciencias ocultas”.

Para el presente estudio, encontrar explicaciones a las diferentes manifestaciones expuestas por personas que hipotéticamente consultan a un santero, chaman, rezandero, tarotista, pitonisa o como a bien quiera denominarse cada uno de ellos, genera controversia desde el mismo momento en que su argumento para llegar a una conclusión o “diagnóstico”, requiere la presencia física del supuesto afectado, basados en la necesidad de “percibir su energía”, “leer su aura” o “echarle el Tarot”.

En su mayoría los estudios consultados hacen referencia a los modelos explicativos que dan los pacientes sobre sus diferentes patologías, describiendo una gran variabilidad en cuanto a los ME dados, y en los que se puede encontrar una relación estrecha con el entorno cultural, caso similar a lo encontrado en el estudio africano con curanderos de una comunidad y que para nosotros se evidencia cuando analizamos el tipo de respuestas obtenidas si las comparamos con la procedencia del participante (Llanos orientales, Guajira, Putumayo, Boyacá, Cundinamarca) y su grado de escolaridad.

Los resultados de este estudio muestran que la manía parece ser el modelo principal de enfermedad mental, posiblemente debido a su relación con trastornos graves de la conducta, siendo ejemplo de estigmatización y así descrito por algunos de los participantes "...es el típico loco, que habla solo y tira piedras en la calle". En segundo lugar, los síntomas psicóticos están más estrechamente ligados a la presencia o posesión de espíritus o fuerzas externas mientras que la depresión es concebida como un conglomerado de síntomas producidos por afectaciones psicológicas, estrés o nervios, sin descartar que los mismos sean consecuencia de una brujería, "un trabajo", o lo que es igual, un "daño" que fue inducido por otros por una variedad de causales que incluirían la envidia, los celos, el amor, el desamor, la atracción sexual, entre otras. En el estudio africano, los curanderos aplicaron ME basados en una diferenciación entre Trastornos psicóticos y no psicóticos, considerando los psicóticos como verdaderamente enfermos mentales y tratados con medicina tradicional, lo que difiere de nuestros hallazgos. Los tratamientos descritos, en su gran mayoría se corresponden con el ME causal si contextualizamos las posibilidades establecidas según la clasificación de la MCCA.

Además de las múltiples causas de la enfermedad mental descritas, incluyendo la brujería, la posesión de espíritus malignos, el desequilibrio energético o las alteraciones del aura, y el consumo de sustancias, también se narran factores estresantes vitales por lo que en su mayoría estadística, su trabajo fue descrito como consejería y ocupa el primer lugar en el abordaje de la manía, la psicosis y la ansiedad.

Según algunos de los participantes, no consideran que el paciente con esquizofrenia sufra de una enfermedad mental y más bien aseguran que ha desarrollado “habilidades sensoriales”, ha sido “bendecido con un don”, “está sintonizando otras frecuencias”, está viviendo un “despertar espiritual” y consideran que escuchar voces, o aislarse socialmente, no siempre se consideran como signos de una enfermedad mental. Este hallazgo está en consonancia con la descripción del trabajo africano. Igualmente, es evidente un sesgo en el abordaje de la manía cuando se menciona que el paciente se torna agresivo con los transeúntes en la calle, por lo que se cree que los terapeutas de MCA son más propensos a diagnosticar enfermedad mental si se muestran signos de comportamiento inadecuado o conductas que generan problemas a la comunidad.

Los practicantes de MCA pueden ser considerados como expertos en su área de trabajo y por tanto sus creencias y experiencias no necesariamente coinciden con las creencias de la comunidad en general. La literatura sugiere que es común que los curanderos, brujos, santeros, chamanes, espiritistas, escuchen voces “de sus ancestros” [22, 23] por lo que podrían ser renuentes a aceptar que el paciente de la viñeta 1 sufra de una enfermedad mental. Uno de los participantes manifestó haber sido diagnosticado como esquizofrénico y haber encontrado que “...las voces realmente querían hacerme entender cuál era mi verdadero camino a seguir y era este...”

Los participantes en el estudio tienen varios ME para la depresión y la ansiedad, considerándolas como una reacción a situaciones difíciles de la vida y una reacción relativamente normal a graves amenazas sociales y personales, a las pérdidas, por lo tanto no sería identificado como un trastorno mental a menos que adquiriera otras características tales como alteración del comportamiento. Coincidiendo con los estudios previos.

Los terapeutas utilizan una gran variedad de productos para el tratamiento de los síntomas que van desde las hierbas de uso habitual en la medicina tradicional, pasando por purgantes, agua bendita, frutoterapia, esencias florales, litio en gotas, oligoelementos, hasta el inolvidable “...caldo de tres perritas negras recién nacidas, preparadas en sopa de pastas...”, para “vitaminizar el cerebro”. En muchos casos los participantes no se

mostraron muy dispuestos a describir los tratamientos, lo que podría ser interpretado como miedo de que el investigador explotara su conocimiento.

Cabe reconocer que entre los participantes se encontró una relación entre el nivel de escolaridad, la aceptación de un trastorno mental en los diferentes casos y su incapacidad para resolver terapéuticamente la situación planteada, con la consiguiente derivación al equipo de salud, lo que favorecería el pronóstico para algunos pacientes que pueden acceder a los servicios de salud mental en forma oportuna.

Los resultados de este trabajo buscan además de las narrativas de los modelos explicativos, una implicación respecto a las prácticas de los curanderos, chamanes, brujos, santeros, hechiceros, etc. y la atención en los servicios de salud mental, dado que los primeros tienen un pobre conocimiento de la enfermedad mental, llegando a diagnosticar a pacientes con patología mental con otras enfermedades físicas. El riesgo de suicidio en las personas afectadas por depresión mayor y trastorno afectivo bipolar se estima en un 6-15% [24], por lo que el diseño de campañas psicoeducativas que involucren a practicantes de MCA, enfermos y familias, sería beneficioso.

Entre las limitaciones de este estudio está el hecho de que el entrevistador perteneciera al cuerpo médico, lo cual puede sesgar la valoración de ciertos modelos *no médicos*, subestimando su frecuencia. Aunque se recogen los conceptos textuales clave en la identificación de los ME, la agrupación codificada excluye descripciones explícitas que podrían ser interpretadas por otros observadores desde una perspectiva de explicación diferente. La limitación principal fue el difícil acceso a la población a estudio, siendo necesario visitar muchas zonas de la ciudad para obtener la muestra elegida a conveniencia en su número, con un rechazo de aproximadamente un 81% de los posibles participantes contactados.



## 7. Conclusiones y recomendaciones

Los practicantes de terapias alternativas y complementarias explican los síntomas relacionados con la enfermedad mental de diferentes formas, siendo de todas maneras las relacionados con posesión o acción de espíritus o entidades externas, la brujería y en menor medida los problemas por ellos mismos denominados psicológicos, que abarcan el temor, el miedo, las preocupaciones y el estrés, como los más usados en nuestra población; otros modelos que son significativos son los relacionados con alteraciones energéticas, y en menor cantidad la aceptación de una enfermedad mental. La totalidad de los participantes consideran más de un factor causal de la enfermedad; y hay una adecuada correlación entre el ME y la terapia destinada a tratar la condición presente. El presente estudio nos permite abrir las perspectivas para futuras publicaciones en las cuales se abordarán otros factores relacionados con las percepciones acerca de la enfermedad y la posibilidad de implementar adecuados programas psicoeducativos que propendan por un diagnóstico y un tratamiento oportuno de los itinerantes en las MCA.

Debido al daño potencial del tratamiento no médico en los enfermos mentales, es necesario advertir en la comunidad científica para que soliciten a los pacientes que informen si han consultado a una MCA previa o simultáneamente y discutir las implicaciones de la intervención conjunta entre la medicina occidental y la MCA.

Conocer la forma en que los participantes abordan los casos de los pacientes en sus diferentes modalidades terapéuticas e incluso los espacios donde se presenta el primer contacto con el paciente, nos ha permitido ser conscientes de la necesidad imperativa de ser empáticos y generar confianza con el paciente y su familia, brindándole la información oportuna y adecuada sobre su patología de la manera más amable y sincera posible, con el fin de garantizar la alianza y adherencia terapéuticas.

## Bibliografía

[1] Sánchez R, Ballesteros M, Suarez A. Terapias complementarias y alternativas en niños con cáncer. Instituto Nacional de Cancerología: estudio de prevalencia. Revista Colombiana de Cancerología 2011;20 (15)3

[2] NIH National center for complementary and alternative medicine. Classification of complementary and alternative medical practices. NCCAM publication No D 156, 2002. Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>. Accessed may 2004.

[3] Pan American Health Organization, World Health Organization. Traditional, complementary and alternative medicines and therapies. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1999.

[ 4 ] Unützer J, Klap R, Sturm R, Young AS, Marmon T, Shatkin J, et al. Mental disorders and the use of alternative medicine: results from a national survey. Am J Psychiatry. 2000;157(11):1851-7.

[5] Wahlström M, Sihvo S, Haukkala A, Kiviruusu O, Pirkola S, Isometsä E. Use of mental health services and complementary and alternative medicine in persons with common mental disorders. Acta Psychiatr Scand. 2008;118(1):73-80

[ 6 ] Lloyd KR, Jacob KS, Patel V, St Louis L, Bhugra D, Mann AH. . The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. Psychol Med 1998;28: 1231-1237

[ 7 ] Sarmiento S MJ., Strojilevich S., Gomez-Restrepo C; Gil L.L; Gil F. Uso de medicinas complementarias y alternativas en pacientes con trastorno afectivo bipolar en Colombia. Rev Colomb Psiquiat., 2010; 39 (4)665-682

[ 8 ] Fernandez, G. Salud e Interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural J. 2010; 41

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/DispForm.aspx?ID=804>

[10] Kleinman A. Rethinking Psychiatry: from Cultural Category to Personal Experience. New York: Free Press, 1998. 256 p.

- [11] Vallejo J, Bulbena A; Grau A, Poch J, Serrallagona J. introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría , Salvat Editores, Madrid, 1980, (11) 207-208
- [12] Byerly MJ et al. Antipsychotic Medication Adherence in Schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am.* 2007;30:437–52
- [13] Sorsdahl KR, Flisher AJ, Wilson Z, Stein DJ. Explanatory models of mental disorders and treatment practices among traditional healers in Mpumalanga, South Africa. *Afr J Psychiatry* 2010;13: 284-290
- [14] Lloyd KR, Jacob KS, Patel V, St Louis L, Bhugra D, Mann AH. . The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychol Med* 1998;28: 1231-1237
- [15] Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, Wypig D, Pathare S, Bhatawdekar M, Bhave A, Sheth A, Fernandes R. Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcult Psychiatry* 1997;34: 235–263
- [16] Rudell K, Bhui K, Priebe S. Concept, Development and Application of a New Mixed Method Assessment of Cultural Variations in Illness Perceptions. *Barts Explanatory Model Inventory.* *J Health Psychol.* 2009 Mar;14(2):336-47.
- [17] Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry.* 2006 Dec;43(4):671-91.
- [18] Brown C, Lloyd K. Qualitative methods in psychiatric research. *Adv Psychiatr Treat.* 2001;7:350-56.
- [19] Lloyd KR, Jacob KS, Patel V, St Louis L, Bhugra D, Mann AH. . The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychol Med.* 1998 Sep;28(5):1231-7.
- [20] Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, Wypig D, Pathare S, Bhatawdekar M, Bhave A, Sheth A, Fernandes R. Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcult Psychiatry.*1997;34:235–63.
- [21] Whitley R, Crawford M. Qualitative Research in Psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2005 Feb;50(2):108-14.
- [22] Hammond-Tooke W. Rituals and medicines: indigenous healing in South Africa. Johannesburg: AD Donker; 1989.

- 
- [23] Ngubane H. *Body and mind in Zulu medicine*. London: Academic Press; 1977.
- [24] Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:35-7.
- [25] Ministerio de la protección social – Fundación FES SOCIAL. *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia* 2003.
- [26] WHO. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland.
- [27] Kendler K. Explanatory Models for Psychiatric Illness. *Am J Psychiatry*. 2008 Jun;165(6):695-702
- [28] Das S, Saravanan B, Karunakaran KP, Manoranjitham S, Ezhilarasu P, Jacob KS. Effect of a structured educational intervention on explanatory models of relatives of patients with schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;188:286-87.
- [29] McCabe R, Priebe S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *Br J Psychiatry*. 2006 Mar;188:286-7.
- [30] Ghane S, Kolk AM, Emmelkamp PM. Assessment of explanatory models of mental illness: effects of patient and interviewer characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Feb;45(2):175-82
- [31] Sumathipala A, Siribaddana S, Hewege S, Sumathipala K, Prince M, Mann A (2008) Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka Study. *BMC Psychiatry*. 2008 Jul 8;8:54.
- [32] Uribe CA. Narración, mito y enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1999; 28(3):219-38.