

El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México

Shoshana Berenzon Gorn¹, Sarahí Alanís Navarro¹, Nayelhi Saavedra Solano¹

Artículo original

SUMMARY

The use of therapeutic methods and assistance different from the officially recognized ones, in addition to self-care practices, has remained constant throughout history. The extensive interest in so-called alternative or complementary medicine (ACM) has occurred as a result of their growing use in various countries. International literature reports the growing use of alternative and/or complementary treatments by persons with emotional disorders, particularly depression or anxiety. Commonly mentioned alternatives include relaxation techniques, physical therapies, herbal treatment, chiropractic and spiritual healing.

The National Survey on Psychiatric Epidemiology undertaken in Mexico (2002) reported that 6.5% of the individuals with affective disorders in the 12 months prior to the study used some kind of alternative medicine. This occurred in 7.3% of the individuals with anxiety disorders and 3.9% of those with disorders associated with substance use. Information from surveys conducted in Mexico City showed that from 18% to 20% of the individuals with depressive disorders, 18% had physical disorders and over a quarter of those with anxiety problems seek a solution to their suffering in various types of alternative medicine.

The aim of this study is therefore to determine the therapeutic resources used by the population to treat emotional problems and to analyze the prevalence of these practices in individuals with anxiety or depressive disorders.

Method

The study was conducted on the inhabitants of six neighborhoods in Mexico City. They were all selected on the basis of the criteria established in a multi-stage, stratified random sample design. The stratification variable used was socio-economic level. The questionnaire included four sections: 1) socio-demographic characteristics; 2) use of 10 self-care and/or alternative service resources related to the presence of emotional disorder; 3) characteristics of the resources or services use and 4) prevalence of depressive and anxiety disorders.

The ethical guidelines followed in this research included obtaining verbal informed consent and providing a clear explanation about the objectives of the research, and the way the dwelling and

the persons were selected. The researchers stressed the interviewee's freedom to cancel the interview and guaranteed the confidential handling of the information.

The diagnoses of mental disorders were obtained on the basis of the ICD-10 criteria. For the analysis of service use, the therapies were grouped into two categories, self care (home remedies, self-medication, physical activities, etc.) and alternative and/or complementary services (self-help groups, traditional Mexican medicine, clergy, etc.).

Results

Of the 361 of the individuals interviewed, 45.9% were men and 54.1% women, the mean age being 45 years old. The 54% of participants represent the high-middle class, and the 46% the low class. Nineteen point two percent of the sample met the diagnostic criteria for one or more disorders, at least once in their lifetime (12.7% in the men's group and 25.1% in the women's group). The prevalence of depressive episodes for women was 9.2% as opposed to 3.0% for men. In the case of anxiety disorders, the prevalence was 16.3% and 9.0%, respectively.

Of the total sample 52.5% engaged in some form of self-help, while 28.2% had resorted to alternative systems for coping with emotional disorders at least once in their lives. Among the most commonly used self-help strategies were: enrolling in a physical activity (33.5%), seeking help from informal networks (28.5%) and using household remedies (16.1%). The use of alternative services included visiting a clergy (11.1%) and attending self-help groups (10.2%). The use of self-help and alternative therapies was more common among women.

An analysis was undertaken of the type of service used among persons that had met the diagnostic criteria for one or more disorders and those that failed to do so. The group characterized by the presence of disorders undertook more self-help actions than those with no disorders (72.9% and 47.6%). The same trend was observed in the use of alternative services (52.9% and 22.1%).

An analysis of the disorders, divided into two main groups, anxiety disorder and depressive episodes, showed that the prevalence of self-care practices (76.6% and 72.7% respectively) and the use of alternative medicines (53.2% and 59.1%) was similar. Most of the group with

¹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Departamento de Información en Salud.

Correspondencia: Shoshana Berenzon Gorn, Instituto Nacional de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, D.F. Correo electrónico: berenz@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 21 de noviembre de 2007. Segunda versión: 28 de abril de 2008. Aceptado: 4 de agosto de 2008.

anxiety disorders reported that it used informal support networks (59.6%) and engaged in physical activities (53.2%). The 45.5% of those that experienced depressive episodes engaged in physical activities, 47.8% visited relatives and friends and 26.1% consulted a priest. The prevalence of self-care practices conducted in the 12 months prior to the survey showed a similar pattern throughout lifetime.

Two logistic regression models were used to analyze factors related to the practice of self-care and the use of alternative and/or complementary therapies. The variables included in the models were sex, age, educational level, occupation and the presence of an anxiety or depression disorder.

The logistic regression analysis showed that the probability of using self-care practices is higher in persons with an anxiety disorder ($OR=3.11$), women ($OR=1.74$) and persons with a higher educational level ($OR=1.93$). The likelihood of using an alternative or complementary medicine increases among people experiencing a depressive episode ($OR=3.23$) and anxiety disorders ($OR=3.45$).

The people that sought help from relatives, friends or a priest stated that their reasons were «to solve a family problem», «receive support» or «stop feeling sad.» The reasons for visiting the self-help groups were feeling sad or depressed, or trying to deal with problems related to their alcohol consumption. Those who used home remedies sought to soothe their «nerves» and overcome their insomnia. The main reason for engaging in physical activity or performing curative practices adapted from other cultures, such as Bach Flowers or Reiki was to relax and «relieve stress.» Interviewees used vitamins or food supplements to cope with the «feeling of weakness,» or «lack of energy and strength» all of which are concepts underlying the idea of «improving» their state or condition.

Discussion

The use of self-care practices in response to the perception of emotional disorders is common in the interviewed population. This suggests that this type of practices could be regarded as a significant component of mental health care and should therefore be examined with more detail. The main focus should be the link between individuals' perception of their emotional illness or problems and the orientation of their self-care actions.

An analysis of the group with disorders showed that a significant percentage of the population with one or more depressive episodes (26.1%) and anxiety disorders (26.1%) used alternative therapies in the 12 months previous to the study.

The analysis conducted throughout this study suggests the need for health personnel to have basic knowledge of self-care practices and alternative medicine and to find out about the use of the latter by patients. It has been shown that having this knowledge can significantly improve the doctor-patient relationship, have a positive impact on treatment and help prevent potentially damaging interactions between conventional and alternative treatments. It also provides a better understanding of people's concepts of health and illness, and what they seek in the various medical systems. However, we still have a great deal to learn about the needs, expectations and demands of those that engage in these practices.

Key words: Self-care, complementary and alternative medicine, anxiety, depression, survey.

RESUMEN

El uso de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes a las oficialmente reconocidas, además de las prácticas de autocuidado, han mostrado su vigencia a lo largo de la historia. En la bibliografía nacional e internacional se reporta un creciente uso de medicinas

alternativas y/o complementarias, principalmente entre personas con trastornos de depresión o ansiedad. Derivado de lo anterior, el objetivo del presente trabajo es conocer, mediante una encuesta en hogares, cuáles son los recursos terapéuticos y asistenciales que utiliza la población para tratar problemas emocionales, así como analizar la prevalencia de estas prácticas en personas con trastornos de ansiedad o depresión.

Método

La investigación se realizó entre los habitantes de seis colonias de la Ciudad de México. El trabajo de campo comprendió el periodo de agosto de 2006 a marzo de 2007. La selección de los entrevistados se hizo con un diseño muestral aleatorio estratificado y multietápico. La variable de estratificación fue el nivel socioeconómico. Originalmente se planteó la inclusión de tres niveles con el objetivo de hacer comparaciones entre ellos. Sin embargo, debido a la dificultad de acceder a la población de estrato alto, se seleccionaron colonias representativas de nivel socioeconómico bajo y medio alto.

El instrumento estuvo conformado por cuatro secciones: 1) datos sociodemográficos; 2) uso de diez recursos de autoatención y/o servicios alternativos ante la presencia de malestares emocionales; 3) características de los recursos o servicios utilizados y 4) prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad (a partir de los criterios del ICD-10).

Entre los cuidados éticos se consideró el consentimiento informado de manera verbal y se enfatizó en la libertad del entrevistado para suspender la entrevista. Se aseguró el manejo confidencial de la información.

Para el análisis del uso de servicios, las terapias se agruparon en dos categorías: prácticas de autocuidado (remedios caseros, automedicación, actividades físicas, etc.) y servicios alternativos y/o complementarios (grupos de autoayuda, medicina tradicional mexicana, consejeros espirituales, etc.).

Resultados

De las 361 personas entrevistadas, el 45.9% fueron hombres y el 54.1% mujeres. La media de edad fue de 45 años, el 54% representó al estrato medio-alto y el 46% al bajo. El 19.5% de la muestra cumplió los criterios diagnósticos de uno o más trastornos alguna vez en la vida (12.7% hombres y 25.1% mujeres). La prevalencia de episodios depresivos fue de 9.2% para las mujeres y 3.0% para los hombres, y de trastornos de ansiedad 16.3% y 9.0%, respectivamente. En relación con la prevalencia de uso de servicios alguna vez en la vida, ante un malestar emocional, el 52.5% del total de la muestra realizó alguna práctica de autocuidado y el 28.2% recurrió a los sistemas alternativos. El uso de autocuidados y terapias alternativas fue más frecuente entre las mujeres.

Se encontró que el grupo caracterizado por la presencia de trastornos realizó acciones encaminadas a los autocuidados (72.9%) en mayor proporción a aquellos sin trastornos (47.6%). La misma tendencia se observó en el uso de servicios alternativos (52.9% y 22.1% respectivamente).

Además, se realizó un análisis de regresión logística cuyos resultados mostraron que existe una mayor probabilidad de realizar prácticas de autocuidado entre las mujeres ($OR=1.74$), cuando el nivel de escolaridad es mayor o igual a bachillerato ($OR=1.93$) y cuando se presenta algún trastorno de ansiedad ($OR=3.11$). La probabilidad de usar alguna medicina alternativa o complementaria aumenta 3.23 veces en personas con depresión y 3.45 con ansiedad.

Discusión

Los resultados de este trabajo hacen evidente la necesidad de capacitar al personal de salud sobre las medidas de autocuidado y las me-

dicinas alternativas. Estos conocimientos pueden mejorar la relación médico-paciente e impactar positivamente en el tratamiento. Asimismo, los resultados de esta investigación permiten comprender mejor los conceptos que tienen las personas sobre salud y enfermedad, y las razones para acudir a los diversos sistemas médicos. Sin embargo,

todavía tenemos que aprender mucho sobre las necesidades, las expectativas y las demandas de las personas que buscan esta ayuda.

Palabras clave: Autocuidados, medicinas alternativas y/o complementarias, ansiedad, depresión, encuesta.

INTRODUCCIÓN

El uso de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes a las oficialmente reconocidas, además de las prácticas de autocuidado* han mostrado su vigencia a lo largo de la historia.¹⁻³ El interés en las llamadas medicinas alternativas o complementarias** (MCA) ha surgido a partir de su creciente uso en diversos países de Europa, África, Asia y América.⁴⁻⁷ Los datos de las últimas encuestas nacionales realizadas en los Estados Unidos demuestran que más del 40% de los entrevistados usó alguna terapia alternativa.^{8,9} De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en los países latinoamericanos también es frecuente el uso de las MCA, en Chile el 71% de la población ha utilizado alguna vez este tipo de medicinas; el 40% de la población colombiana y entre el 15% y 20% de la mexicana.^{10,11}

La bibliografía internacional reporta que las personas con trastornos emocionales, principalmente depresión o ansiedad, presentan un uso elevado de las medicinas alternativas y/o complementarias.^{2,9,13-15} Las alternativas mencionadas con alta recurrencia son: las técnicas de relajación, las terapias físicas, la herbolaria, quiropraxis y sanación espiritual.¹⁶

Diversas encuestas de hogares realizadas en México muestran que la población con trastornos emocionales recurre en primera instancia a sus familiares o amigos (54%) y en segundo término a sacerdotes o ministros religiosos (10%). El uso de servicios especializados sólo se presenta en porcentajes más bajos (5%) y de manera secundaria.^{3,17,18}

En una encuesta aplicada en la Ciudad de México se abordó la relación entre el tipo de trastornos y los servicios alternativos. Los resultados mostraron que el 18% con trastornos depresivos, 18.5% con trastornos fóbicos y 26.7% con problemas de ansiedad, utilizaron diversas medicinas alternativas para aliviar su padecimiento; entre ellas destacó la ayuda espiritual.¹⁷ Los datos provenientes de la En-

cuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en México en 2002, arrojaron los siguientes datos: el 6.5% de la población con trastornos afectivos utilizó algún tipo de medicina alternativa en los 12 meses previos al estudio. De este porcentaje 7.3% tenía trastornos de ansiedad y 3.9% trastornos asociados al uso de sustancias.¹⁹

Los datos presentados muestran un incremento en la aceptación y demanda social de las estrategias de autocuidado y de los servicios alternativos. Derivado de ello, el objetivo del presente trabajo es conocer cuáles son los recursos de autoatención y las prácticas alternativas que utiliza la población para tratar problemas emocionales, así como analizar la prevalencia de uso en personas con trastorno de ansiedad o depresión. Lo anterior, a partir de la información recolectada en una encuesta en hogares realizada en la Ciudad de México.

MÉTODO

Uno de los ejes de esta investigación fue probar si al modificar la estructura de los instrumentos, dirigidos a estudiar las prácticas alternas de atención, es posible conocer mejor las características asociadas con la realización de autocuidados y el uso de servicios alternativos.

En la estructura típica se pregunta primero sobre la prevalencia de enfermedades, después se realiza una serie de preguntas sobre la asistencia a servicios institucionales y finalmente se agrega un pequeño apartado sobre la asistencia a terapias alternativas, restándole así importancia a las mismas. Esta forma de preguntar delimita la información en torno al uso de sistemas alternativos.

Por ejemplo, en diferentes estudios clínicos y epidemiológicos se ha observado que, si bien muchos pacientes utilizan simultáneamente la medicina convencional y las terapias alternativas, la mayoría no comunica esta combinatoria a sus médicos, ya sea por evitar la censura o por considerar que su médico no sabe sobre el tema.^{8,12}

Por lo anterior en este estudio se propone un instrumento donde primero se explora el uso de servicios y posteriormente la presencia de trastornos.

Diseño del estudio y selección de la muestra

La investigación se realizó entre los habitantes de seis colonias de la Ciudad de México. Todos ellos fueron seleccionados bajo los criterios planteados en un diseño muestral alea-

* Autocuidado o autoatención: Son prácticas de salud generadas por el individuo o el grupo doméstico, inscritas en un marco sociocultural. Están centradas en aspectos preventivos y de promoción de la salud que corresponden al ámbito de lo cotidiano y son utilizadas para tratar los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento.¹²

** La medicina complementaria y alternativa (MCA): «es el conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos, médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional». Cuando se usan solas se las suele llamar «alternativas». Cuando se usan junto con la medicina convencional, se las suele llamar «complementarias». La lista de lo que se considera medicina complementaria y alternativa cambia continuamente.¹⁰

torio estratificado y multietápico que se realizó en cuatro fases: selección de colonias, manzanas, viviendas y finalmente el encuestado. La variable de estratificación utilizada fue el nivel socioeconómico.* Originalmente se planteó la inclusión de tres niveles con el objetivo de hacer comparaciones entre ellos, sin embargo, debido a la dificultad de acceder a la población de estrato alto, se seleccionaron colonias representativas de nivel socioeconómico bajo y medio alto.

Las personas seleccionadas para aplicar la encuesta fueron aquellas mayores de 18 años, con residencia permanente en el hogar y sin impedimentos para responder el cuestionario. Las entrevistas fueron realizadas cara a cara, tuvieron una duración aproximada de 90 minutos y se aplicaron, generalmente, en una sola sesión.

Instrumentos

1. Cuestionario de hogar: en éste se registraron las características de la vivienda, los datos generales de sus habitantes y el ingreso familiar. También se utilizó para seleccionar de manera aleatoria a la persona que respondería el cuestionario de uso de servicios.
2. Cuestionario de uso de servicios: el instrumento incluyó cuatro apartados. El primero recolectó los datos sociodemográficos. En el siguiente se plantearon las preguntas que funcionaron como un filtro para detectar el uso de diez recursos de autoatención y/o servicios relacionados con la presencia de malestares emocionales. En el tercer apartado se registró información específica sobre los recursos o servicios utilizados. La cuarta sección incluyó preguntas formuladas para identificar episodios depresivos y trastornos de ansiedad, entre los que se incluyó: la ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico y trastornos fóbicos (agorafobia, fobia específica y social). Estas preguntas se basaron en la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI), la cual ha mostrado tener confiabilidad entre entrevistadores,^{21,22} test-retest^{23,24} y validez adecuadas.²⁵⁻²⁷

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría y el estudio se consideró de riesgo mínimo.** La participación voluntaria de los entrevistados fue garantizada de manera verbal mediante el consentimiento informado, enfatizando la

* El nivel socioeconómico de las colonias elegidas se realizó de acuerdo con los datos de población e identificación del censo de Población y Vivienda del INEGI en el año 2000.²⁰

** Se consideran investigaciones de riesgo mínimo los estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico.

libertad del entrevistado para suspender la entrevista. Se expuso claramente el objetivo de la investigación, la manera como fue seleccionada la persona y el manejo confidencial de la información. Los entrevistadores proporcionaron una lista de instituciones y servicios de salud a quienes solicitaron esta información.

Análisis de la información

Los trastornos mentales fueron diagnosticados a partir de los criterios del ICD-10.²³ Para determinar la asociación entre variables se utilizó la prueba de χ^2 y con el fin de analizar los factores relacionados con el uso de medicinas alternativas o complementarias, un modelo de regresión logística. El manejo de los resultados se hizo mediante el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales versión 13 para Windows.²⁸

Las estrategias de autoatención y las medicinas alternativas y/o complementarias se agruparon en las siguientes categorías para analizar el uso de servicios:

- a) Remedios caseros: los baños, infusiones y pomadas son los más comunes y por lo general se preparan con hierbas, flores y plantas. Suelen ser recomendados por familiares o amigos cercanos.
- b) Automedicación: consiste en el uso de fármacos sin prescripción médica e incluyen: las vitaminas, complementos alimenticios y diversos medicamentos.
- c) Actividades físicas, de relajación y deportes (en adelante actividades físicas): ejercicios aeróbicos, yoga, caminata, ejercicios de relajación, ejercicios de respiración acompañados de imaginería, entre otros.
- d) Redes informales de apoyo: relaciones personales basadas en vínculos afectivos que no fueron conformados para brindar atención sanitaria. Comprenden a la familia extensa, las amistades, compadrazgos, compañeros de trabajo o estudio y grupos vecinales. Las prácticas antes mencionadas son consideradas, en esta investigación, dentro del nivel de autocuidado.
- e) Grupos de autoayuda: es una red social basada en los principios de ayuda mutua. Los grupos más representativos son Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, grupos de ayuda para alguna enfermedad, colectivos de mujeres, actividades de voluntariado, entre otros.
- f) Medicina tradicional mexicana: es un conjunto de métodos y recursos inspirados en las culturas locales, transmitidos de generación en generación. Surge de la combinación de medicinas indígenas, elementos españoles y africanos. Actualmente son empleados por diversos practicantes como hueseros, yerberos, curanderos y sobadores, quienes utilizan procedimientos y recursos simbólicos propios.
- g) Prácticas curativas adaptadas de otras culturas: incluye el uso de prácticas provenientes de culturas foráneas,

entre ellas se encuentran Flores de Bach, naturismo, iridología, aromaterapia y todas las combinaciones entre las mismas.

- h) Prácticas adivinatorias: lectura del tarot, astrología, numerología y otros.
- i) Acupunturistas, homeópatas y quiroprácticos: en México la práctica de estas disciplinas es tolerada por el sistema de salud.
- j) Consejeros espirituales: son los representantes de las diversas religiones como sacerdotes, pastores, rabinos, etc.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

De las 361 personas entrevistadas, 45.9% fueron hombres y 54.1% mujeres. Las edades oscilaron de los 18 a los 86 años, la media de edad fue de 45 años. En relación con la escolaridad, la mayoría de los hombres reportaron estudios de bachillerato (26.1%) o licenciatura (28.5%), en el caso de las mujeres 24.4% cursó estudios de nivel medio y 26.4% bachillerato; 11% de los entrevistados no concluyeron el nivel básico. En cuanto al estado civil, más de la mitad de los encuestados mencionaron estar casados o vivir en pareja (62%). Además, casi el cincuenta por ciento de los hombres reportó tener un empleo, una proporción similar de mujeres mencionó dedicarse a las labores de casa y con respecto al nivel socioeconómico, 54% representó al estrato medio-alto y 46% al bajo.

Prevalencia de trastornos

El 19.4% de la muestra cumplió los criterios diagnósticos de uno o más trastornos alguna vez en la vida (12.7% hom-

bres y 25.1% mujeres). La prevalencia de episodios depresivos entre las mujeres fue 9.2% y para los hombres 3%; los trastornos de ansiedad se presentaron en 16.3% en las primeras y 9% en los segundos.

Prevalencia de uso de servicios

Como ya se mencionó, los remedios caseros, la automedicación, las redes informales de apoyo y las prácticas físicas corresponden a los autocuidados. Los servicios incluidos dentro de las medicinas alternativas y/o complementarias son grupos de autoayuda, medicina tradicional mexicana, prácticas curativas adaptadas de otras culturas, consejero espiritual, acupunturista, homeópata, quiropráctico y prácticas adivinatorias.

El 52.5% del total de la muestra realizó alguna práctica de autocuidado y el 28.3% recurrió a los sistemas alternativos alguna vez en la vida ante un malestar emocional. Entre las estrategias de autocuidados empleadas con mayor frecuencia figuraron las actividades físicas (33.5%), la solicitud de apoyo a las redes informales (28.5%) y el empleo de remedios caseros (16.1%). En cuanto al uso de servicios alternativos destaca la visita al consejero espiritual (11.1%) y la asistencia a grupos de autoayuda (10.2%). El uso de autocuidados y terapias alternativas fue más frecuente entre las mujeres (cuadro 1).

Trastornos y uso de servicios

Se realizó un análisis sobre los usos de servicios comparando a las personas con y sin trastornos. El grupo caracterizado por la presencia de trastornos realizó acciones encaminadas al autocuidado en mayor proporción que aquellos sin trastorno (72.9% y 47.6%). Además, se observó la misma tendencia en el uso de servicios alternativos (52.9% y 22.1%).

Cuadro 1. Prevalencia de uso de servicios alguna vez en la vida y último año

	Uso alguna vez en la vida			Uso en el último año		
	H (n=166)	M (n=195)	Total (N=361)	H (n=166)	M (n=195)	Total (N=361)
Remedios caseros	10.3	21.0	16.1	7.3	10.8	9.2
Automedicación	3.6	4.1	3.9	0.0	3.1	1.7
Actividades físicas	36.1	31.3	33.5	27.1	19.9	23.2
Redes informales de apoyo*	18.7	36.9	28.5	-	-	-
Grupos de autoayuda	12.7	8.2	10.2	4.2	3.6	3.9
Medicina tradicional mexicana	3.6	3.1	3.3	1.2	1.0	1.1
Acupunturista, homeópata o quiropráctico	3.0	2.6	2.8	0.0	1.5	0.8
Prácticas curativas adaptadas de otras culturas	4.2	9.2	6.9	1.8	4.6	3.3
Consejero espiritual	4.8	16.4	11.1	3.6	7.7	5.8
Prácticas adivinatorias	3.6	9.2	6.6	1.2	1.5	1.4
Autocuidados	44.8	59.0	52.5	30.3	27.7	28.9
Uso de MAC	22.9	32.8	28.3	10.2	17.4	14.1

Porcentajes obtenidos del total de la muestra por sexo.

*Debido a que los entrevistados solicitaban apoyo a sus familiares y amigos de manera cotidiana, no se preguntó si recurrieron a ellos en los últimos doce meses.

Fuente: Cuestionario Ciudad de México, 2006.

Cuadro 2. Prevalencia de uso de servicios. Diferencias entre los sexos en población con y sin trastorno

	Sin trastorno			Cualquier trastorno		
	H (n=144)	M (n=146)	Total (n=290)	H (n=21)	M (n=49)	Total (n=70)
Remedios caseros	11.8	17.0	14.5	0.0	34.7	24.3
Automedicación	2.8	2.0	2.4	9.1	10.2	9.9
Actividades físicas	31.9	27.2	29.5	66.7	42.9	50.0
Redes informales de apoyo	13.9	31.5	22.8	52.4	53.1	52.9
Grupos de autoayuda	9.7	2.7	6.2	33.3	22.4	25.7
Medicina tradicional mexicana	1.4	1.4	1.4	19.0	8.2	11.4
Acupunturista, homeópata o quiopráctico	3.5	2.1	2.8	0.0	6.0	4.2
Prácticas curativas adaptadas de otras culturas	2.8	6.8	4.8	14.3	16.3	15.7
Consejero espiritual	2.1	12.3	7.2	23.8	28.6	27.1
Prácticas adivinatorias	4.1	6.2	5.2	0.0	16.3	11.4
Autocuidados	41.7	53.4	47.6	66.7	75.5	72.9
Uso de MAC	18.8	25.3	22.1	47.6	55.1	52.9

Porcentajes obtenidos del total de la muestra por la presencia de trastornos y por sexo.

Fuente: Cuestionario Cuidad de México, 2006.

Entre los participantes sin trastornos prevalecieron las siguientes acciones: realizar actividades físicas (29.5%), hablar con familiares y amigos (22.8%) y la utilización de remedios caseros (14.5%). Las personas con trastorno recurrieron principalmente a sus redes informales de apoyo (52.9%), realizaron actividades físicas (50.0%) y usaron remedios caseros (24.3%). Los hombres con algún trastorno realizaron principalmente actividades físicas y asistieron a grupos de autoayuda. Ninguno de ellos usó remedios caseros ni consultó a un acupunturista, homeópata o quiopráctico, tampoco acudió a las prácticas adivinatorias (cuadro 2).

Para realizar un análisis se dividió a la población con trastornos en dos grandes grupos: trastornos de ansiedad y episodios depresivos. El grupo con trastornos de ansiedad acudió a sus redes informales de apoyo (59.6%), realizó actividades físicas (53.2%) y usó remedios caseros (29.8%). Entre quienes presentaron episodios depresivos, 45.5% realizó actividades físicas, 47.8% visitó a familiares y amigos, y 26.1% al consejero espiritual (cuadro 3).

El uso de servicios alternativos o complementarios fue similar entre hombres y mujeres con algún trastorno depresivo. Sin embargo, entre las personas con trastornos de ansiedad el uso de estos servicios fue mayor entre las mujeres (61.3%) que entre los hombres (40%).

Prevalencia de uso de servicios en el último año

La prevalencia de prácticas de autocuidado en los últimos 12 meses presentó un patrón similar al observado alguna vez en la vida. Los hombres con trastornos de ansiedad únicamente realizaron actividades físicas y visitaron a un consejero espiritual; aquellos con episodios depresivos, además de realizar las actividades anteriores, asistieron a grupos de autoayuda (cuadro 4).

Entre las mujeres con algún trastorno de ansiedad, las actividades físicas fueron las más recurrentes, seguidas del uso de remedios caseros y de visitas al consejero espiritual. Las mujeres que presentaron algún episodio depresivo tam-

Cuadro 3. Prevalencia de uso alguna vez en la vida entre quienes presentaron algún trastorno de ansiedad y depresión

	Cualquier trastorno de ansiedad (n=46)			Cualquier episodio depresivo (n=23)		
	H	M	Total	H	M	Total
Remedios caseros	0.0	43.8	29.8	0.0	27.8	21.7
Automedicación	13.3	12.5	12.8	0.0	16.7	13.0
Actividades físicas	73.3	43.8	53.2	60.0	41.2	45.5
Redes informales de apoyo	60.0	59.4	59.6	60.0	44.4	47.8
Grupos de autoayuda	26.7	28.1	27.7	40.0	11.1	17.4
Medicina tradicional mexicana	26.7	9.7	15.2	0.0	11.8	9.1
Acupunturista, homeópata o quiopráctico	0.0	9.4	6.4	0.0	11.1	8.7
Prácticas curativas adaptadas de otras culturas	0.0	19.4	13.0	40.0	11.1	17.4
Consejero espiritual	13.3	37.5	29.8	60.0	16.7	26.1
Prácticas adivinatorias	0.0	15.6	10.6	0.0	22.2	17.4
Autocuidados	73.3	78.1	76.6	60.0	76.5	72.7
Uso de MAC	40.0	61.3	53.2	60.0	58.8	59.1

Porcentajes obtenidos por tipo de trastorno y por sexo.

Fuente: Cuestionario Cuidad de México, 2006.

Cuadro 4. Prevalencia de uso en el último año entre quienes presentaron algún trastorno de ansiedad y depresión

	Cualquier trastorno de ansiedad (n=46)			Cualquier episodio depresivo (n=23)		
	H	M	Total	H	M	Total
Remedios caseros	0.0	25.0	17.0	0.0	11.1	8.7
Automedicación	0.0	9.4	6.4	0.0	22.2	17.4
Actividades físicas	60.0	31.3	40.4	60.0	22.2	30.4
Grupos de autoayuda	0.0	9.4	6.4	40.0	5.6	13.0
Medicina tradicional mexicana	0.0	6.3	6.3	0.0	5.6	4.3
Acupunturista, homeópata o quiropráctico	0.0	6.3	6.3	0.0	5.6	4.3
Prácticas curativas adaptadas de otras culturas	0.0	6.3	6.3	0.0	11.1	8.7
Consejero espiritual	13.3	15.6	14.9	0.0	0.0	0.0
Prácticas adivinatorias	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Autocuidados	60.0	38.7	27.1	60.0	41.2	45.5
Uso de MAC	13.3	32.3	26.1	40.0	22.2	26.1

Porcentajes obtenidos por tipo de trastorno y por sexo.

Fuente: Cuestionario Cuidad de México, 2006.

bien recurrieron a la automedicación. Cabe mencionar que con excepción de las prácticas adivinatorias y del consejero espiritual, las mujeres de ambos grupos reportaron un uso reciente de todos los servicios explorados (cuadro 4).

Factores relacionados con el uso de las medicinas alternativas y/o complementarias

Se realizaron dos modelos de regresión logística para analizar los factores relacionados con los autocuidados y las terapias alternativas y/o complementarias. Las variables incluidas en el modelo fueron: sexo, edad, nivel educativo, ocupación y la presencia de algún trastorno de ansiedad o depresión.

Como se observa en el cuadro 5 existe una mayor probabilidad de realizar prácticas de autocuidado entre las mujeres, cuando el nivel de escolaridad es mayor o igual a bachillerato y ante algún trastorno de ansiedad. De manera más precisa podemos decir que la probabilidad de emplear este recurso es 3.11 veces mayor en las personas con algún trastorno de ansiedad, 1.74 en las mujeres y 1.93 cuando la escolaridad es superior a nivel medio básico.

Entre las variables asociadas con el uso de medicinas alternativas y/o complementarias, figura la presencia de algún episodio depresivo y el diagnóstico de uno o más trastornos de ansiedad. La probabilidad de usar alguna

medicina alternativa o complementaria aumenta 3.23 veces en personas que cursan con episodios depresivos y 3.45 en individuos con trastornos de ansiedad (cuadro 6).

Este análisis complementa los resultados mostrados a lo largo del escrito, en el cual es evidente un mayor uso de servicios cuando existe algún trastorno. Es importante mencionar que las mujeres tienen mayor probabilidad de recurrir a las prácticas de autocuidado que los hombres, sin embargo esto no se observa ante el uso de medicinas alternativas o complementarias.

Razones de uso

Las personas que acudieron con familiares, amigos o algún consejero espiritual mencionaron que sus motivos eran: «resolver un problema familiar», «recibir apoyo» y «aliviar la tristeza». Las razones por las que acudieron a los grupos de Alcohólicos Anónimos fueron los sentimientos de tristeza, depresión y los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Quienes recurrieron a los remedios caseros buscaron aliviar los «nervios» y el «insomnio». La razón principal por la que realizaron alguna actividad física o acudieron a prácticas curativas adaptadas de otros países fue: «relajarse» o aliviar el «estrés». Los entrevistados emplearon vitaminas o complementos alimenticios para tratar «la sensa-

Cuadro 5. Factores asociados con la práctica de autocuidados

Variables	OR	IC- 95%
Trabaja	0.926	0.57-1.50
Escolaridad ≥ a bachillerato	1.93**	1.22-3.01
Edad > 30 años	0.690	0.35-1.35
Sexo (mujer)	1.74*	1.28-2.80
Trastornos de ansiedad	3.11**	1.46-6.58
Episodios depresivos	2.05	0.74-5.70

*p≤0.05 **p≤0.01

Fuente: Cuestionario Cuidad de México, 2006.

Cuadro 6. Factores asociados con las medicinas alternativas y/o complementarias

Variables	OR	IC- 95%
Trabaja	1.31	0.47-1.280
Escolaridad ≥ a bachillerato	1.34	1.35-3.426
Edad > 30 años	1.88	0.69-2.870
Sexo (mujer)	1.58	0.53-1.410
Trastornos de ansiedad	3.45*	1.23-4.650
Episodios depresivos	3.23*	1.11-6.160

*p≤0.01

Fuente: Cuestionario Cuidad de México, 2006.

ción de debilidad», la «falta de energía y fuerza», todas estas concepciones subyacentes a la idea de obtener una «mejoría» de su estado o condición.

DISCUSIÓN

Los datos observados en este trabajo muestran que un cambio en la estructura del instrumento permite tener una aproximación más precisa sobre el uso servicios alternos. Además, fue posible explorar las prácticas de salud llevadas a cabo por el individuo, lo que hemos llamado autocuidados, que corresponden al ámbito de lo cotidiano y que pocas veces son contempladas en estudios sobre uso de servicios.

El uso de prácticas de autocuidado, ante la percepción de un malestar emocional, fue frecuente en toda la población entrevistada. Lo anterior nos sugiere que esta clase de prácticas podrían ser consideradas como un componente significativo para la atención de la salud mental y por lo tanto ser exploradas con mayor detenimiento. Los trabajos futuros podrán enfocarse en el estudio de la percepción que tienen los individuos sobre sus malestares o problemas emocionales y la orientación de sus acciones de autocuidado.

Los resultados de este trabajo muestran un mayor uso de servicios alternativos y/o complementarios entre los individuos con algún trastorno mental (52.9%) en comparación con las personas sin trastorno (22.1%). Esta información coincide con los resultados del estudio realizado por Ünützer et al.²⁹ Aunque en su investigación los porcentajes de uso fueron inferiores, se observó un patrón similar, el 21% de los usuarios de medicinas alternativas cumplieron los criterios diagnósticos de por lo menos un trastorno mental, en contraste con el 13% de los no usuarios.

Los autocuidados más reportados por hombres y mujeres con algún trastorno fueron las redes de apoyo y las actividades físicas, aunque estas últimas fueron más frecuentes entre la población masculina. El uso de remedios caseros solamente se observó entre las mujeres.

Independientemente del tipo de trastorno, los servicios alternativos más utilizados por hombres y mujeres fueron sacerdotes católicos y los grupos de autoayuda. Una de las características que comparten ambos servicios es que las creencias espirituales juegan un papel fundamental para el cambio en el estado o condición de las personas.

Además de los recursos mencionados, la medicina tradicional mexicana (específicamente la consulta al brujo) también fue importante para los hombres con ansiedad y para aquellos con depresión, las prácticas curativas adaptadas de otras culturas, como los masajes.

Al modificar la estructura típica de los instrumentos utilizados para conocer el uso de servicios alternativos, fue posible obtener información cuantitativa y cualitativamente distinta a la que reportan otros estudios sobre el tema, prin-

cipalmente encuestas nacionales. La exploración del uso de servicios debido a un malestar emocional, al inicio de la entrevista, contribuyó a rescatar la prevalencia de uso, alguna vez en la vida, de las distintas alternativas y a partir de ello se logró profundizar sobre sus características y su asociación con un trastorno de ansiedad y/o depresión.

Los resultados de este trabajo hacen evidente la necesidad de sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de las prácticas de autocuidado y medicinas alternativas utilizadas por la población que atienden. Estos conocimientos pueden mejorar la relación médico-paciente, impactar positivamente en el tratamiento y ayudar a prevenir interacciones potencialmente dañinas entre los tratamientos convencionales y los alternativos.

Asimismo permiten comprender mejor los conceptos que tienen las personas sobre salud y enfermedad, y las razones para acudir a los diversos sistemas médicos. Sin embargo, todavía tenemos que aprender sobre las necesidades, las expectativas y las demandas de las personas que buscan esta ayuda. Ante ello, los estudios de corte cualitativo se perfilan como una estrategia para aproximarnos a este conocimiento.

Limitaciones del estudio: El trabajo presenta algunas limitaciones. Al tratarse de un estudio transversal no podemos saber con precisión la asociación entre trastornos y uso de servicios. Por lo tanto, sería recomendable desarrollar estudios longitudinales que permitieran seguir las trayectorias de atención y de esta manera conocer con mayor detalle las condiciones implicadas en la búsqueda de ayuda. Otra estrategia para reducir dicha limitación es incluir en el instrumento reactivos específicos para identificar la carrera curativa asociada con cada trastorno. El excluir en el cuestionario la exploración de otros trastornos frecuentes en la población mexicana como el uso de sustancias y el trastorno bipolar, fue también una limitación importante.

Por otro lado, no es posible generalizar los resultados en grupos con características diferentes a las que compartieron los individuos que participaron en este estudio. Por ejemplo, una investigación donde se incorporen otros sectores, como el rural, brindaría información valiosa acerca de las características de uso de servicios en diversas poblaciones y se podrían hacer comparaciones para conocer las variaciones entre los grupos.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio recibió financiamiento del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM-DIES 4188) y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (SEP-2004-C01-46563).

REFERENCIAS

1. Aguirre-Beltrán G. Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. México: Instituto Nacional Indigenista; 1963.

2. Vargas L, Casillas L. Medical anthropology in Mexico. *Soc Sci Med* 1998;28(12):1343-1349.
3. Medina-Mora M, Berenzon S, López E, Caballero G, González J. El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental* 1997;20(supl. 2):32-39.
4. Rössler W, Lauber C, Angst J, Haker H, Gamma A et al. The use of complementary and alternative medicine in the general population: results from a longitudinal community study. *Psychol Med* 2006;37:73-84.
5. Gol-Freixa J. Las medicinas no convencionales en España. *Humanitas Humanidades Médicas* 2003;1(2):135-146.
6. Fisher P, Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *Br Med J* 1994;309:107-111.
7. Health Canada. Perspectives on complementary and alternative health care. Ottawa: 2001.
8. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of follow-up national survey. *JAMA* 1998;280(18):1569-1575.
9. Eisenberg D, Kessler R, Foster C, Norlock F, Calkins D et al. Unconventional medicine in United States: prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993;328(4):246-52.
10. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: 2002.
11. Organización Panamericana de la Salud. Informe del grupo de Trabajo OPS/OMS medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1999.
12. Haro J. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud en Perdiguero. En: Perdiguero E, Comelles J (eds). Medicinas y cultura. Estudios entre la medicina y la cultura. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000; p.101-162.
13. Lozoya X, Zolla C. Medicina tradicional en México. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 1984;96:368-371.
14. Astin J. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1988;279(19):1548-1553.
15. Wittchen HU, Robins L, Cotter L, Sartorius N, Burke J et al. The CIDI core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues. *Br J Psychiatry* 1991;159(5):645-653.
16. Druss BG, Rosenheck RA. Use of practitioner-based complementary therapies by persons reporting mental conditions in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 57:708-714.
17. Caraveo J, Colmenares E, Saldívar G. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 1999; 22(esp):62-67.
18. Medina-Mora ME, Rascon ML, Tapia R, Mariño MC, Juárez F et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: Anales; 1992; p.48-55.
19. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
20. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). General population and household census. México: 2000.
21. Cotler LB, Robins LN, Grant BF, Blaine J, Towle LH et al. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991;159:645-653.
22. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28(1):57-84.
23. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Ginebra: 1992.
24. Farmer AE, Katz R, McGuffin P, Bebbington P. A comparison between the present state examination and the Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1064-1086.
25. Janca A, Robins LN, Bucholz KK, Early TS, Shayka JJ. Comparison of Composite International Diagnostic Interview and Clinical DSM-III-R criteria checklist diagnoses. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85(6):440-31.
26. Wacker H, Battegay R, Mullejans R, Schlosser C. Using the CIDI-C in the general population. En: Stefanis C, Rabavilas A, Soldatos R (eds). Psychiatry: a world perspective. Holanda: Elsevier Science Publishers; 1990; p.138-143.
27. Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H. Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatr Epidemiol* 1998;33(11):568-578.
28. Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para Windows versión 10.0.7 en español [Software de computadora]. Chicago: SPSS, Inc.; 2000.
29. Unützer J, Klap R, Sturm R, Young A, Marmon T et al. Mental disorders and the use of alternative medicine: results from a national survey. *Am J Psychiatry* 2000;157(11):1851-1857.