



Boletín U.I.S.E.S.S.

Año 18 Mayo- Agosto 2017 Número 2

Editorial

Crisis de la salud y médica en medicinas alternativas y complementarias (MAC).

Contenido

- Por qué en México las Medicinas Complementarias/Alternativas (MCA) son Medicinas Integrativas/Complementarias/Alternativas (MICA).
- Los trastornos temporomandibulares, la crisis resolutive de las terapias convencionales y el uso de la medicina complementaria y alternativa.
- El paradigma médico integrativo-psiquiátrico y el ritual del exorcismo en la atención al diagnóstico F 44.3/CIE 10°/OMS.
- MICA's y Atención a la Salud.
- El éxito de las medicinas alternativas en la era de la medicina basada en la evidencia y la necesidad de la descentralización del paradigma materialista.
- Medicinas integrativas para enfermedades crónicas y enfermería.
- Busquemos un equilibrio entre las medicinas integrativas complementarias y alternativas y la medicina alópata.
- Medicina integrativa, una visión al futuro de la medicina actual.
- Medicinas Integrativas Complementarias y Alternativas en la nutrición para las enfermedades crónicas.
- Los probióticos como medicina integrativa complementaria y alternativa para las enfermedades crónicas.
- La medicina tradicional y alternativa, su impacto en la presencia de una enfermedad.
- Notas.
- Noticias.
- Información para autores.
- Ubicación de la U.I.S.E.S.S.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos.



"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Palabras clave: Medicina alternativa, medicina complementaria, crisis social.

Introducción

En diversos países se ha documentado la emergencia de MAC, en malestares crónicos, emocionales y en el bienestar desde una visión de equilibrio de formas de vida que incluyen representaciones y prácticas. Empíricamente, abordan el estado pisco-fisiológico-psicológico-social y espiritual, a nivel individual y colectivo. El objetivo de este boletín es conocer la conceptualización de las MAC y cosmovisiones por el equipo de atención multidisciplinar (nutriólogo, médicos, odontólogo, educador físico, enfermería), todos ellos tienen en común que conceptualizan el padecimiento en un cuerpo y las emociones a partir de un mundo simbólico, en la cual las representaciones y prácticas de atención se encuentran relacionada con las funciones manifestadas biomédicamente y los aspectos orgánicos-emocionales y energéticos, cobren la misma importancia para el diagnóstico, el cuidado o la atención.

En Latinoamérica Nader (1999) y López (2006) consideran que el surgimiento de poner atención a las MAC es por una a doble crisis en la sociedad: La crisis de la salud y la crisis médica. Ambas crisis se involucran culturalmente y se considera la base para el éxito de las medicinas alternativas complementaria e integrativas. Además se trata de una respuesta al movimiento de las poblaciones en busca de otras racionalidades terapéuticas que den prioridad al sujeto enfermo y su cuidado. Así, el surgimiento de nuevos paradigmas está ligado a diversos acontecimientos, situaciones y condicionamientos epidemiológicos, socioeconómicos y culturales.

En la crisis social la desigualdad es profunda, debido a la concentración del ingreso que genera grandes problemas sanitarios desnutrición, violencia, enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas, además del resurgimiento de viejos males que se creían superadas, como la TB, la lepra, ETS que se unen al SIDA. Nuevos consumos de drogas como el CRACK. Las crisis se acompaña con la pérdida de valores milenarios en el actuar y del vivir humanos, en relación al modo de conducirse, de pensar y sentir en relación al futuro, como fruto de una vida planeada. El rompimiento de antiguos patrones de identidad cultural se sustituyó por patrones homogéneos propios de la cultura de copiada de otras cultura de masas.

La experiencia colectiva de esta situación ha generado inquietud y malestar que ha tenido repercusiones concretas sobre la salud-enfermedad y atención de los ciudadanos. En el campo de la medicina, es evidente la incapacidad para revertir esta situación, la búsqueda de otra racionalidad de distintos grupos sociales que conforman las clientelas por parte de terapias profesionales. Así, la crisis constituye una explicación razonable para el éxito de sistemas terapéuticos regidos por paradigmas distintos a los de la medicina.

Culturalmente las nuevas representaciones acerca de estos temas en la divulgación a través de los medios masivos que enfatizan patrones naturales de consumo, belleza y salud, tienden a valorar en la cultura contemporánea como un neo-naturismo ecológico como fuente de salud. Además dichas representaciones encuentran apoyo en diversos hechos negativos de naturaleza ambiental producida por tecnología invasiva y depredadora, con efectos de contaminación que ponen en riesgo la supervivencia

humana. En este contexto la medicina tecnológica se representa como antinatural y antiecológica, mientras la búsqueda de medicinas naturistas gana adeptos entre grandes grupos de la población urbana.

La necesidad de reflexionar una nueva realidad de cuidado y atención

Arévalo (2011) observa algunas actitudes médicas reduccionistas en un mundo indeterminista, señala que el mundo real es hoy un mundo virtual donde la inestabilidad y la tendencia al equilibrio son inminentes, donde el equipo de agentes para el cuidado de la salud y el enfermo no son sujetos externos, ahora es necesario que participen en la planeación del orden natural, del orden humano y por consiguiente del orden social. Es ahora de que ambos sean observadores activos su conocimiento, deja de ser neutral y la verdad no son absolutas son procesos dinámicos y parciales, limitados a nuestro espacio y tiempo. Esto origina un sentimiento de responsabilidad. No basta con simplemente elegir o decidir, es imperioso apoyar y acompañar. Por tanto debería crecer y tal vez enriquecerse con puntos como educar, aconsejar, siendo tal vez el concepto de cuidar, mucho más afortunado, más amplio, explícito, e integral, que curar.

Esta situación parece integrar el campo de la atención, donde está el médico, con otros profesionales de la salud tendrán que relacionarse desde la misma óptica, como disciplinas abiertas y permeables.

Por tanto no solo atañe al médico, es un problema conjunto, del biólogo, el rehabilitador sanitario, del sociólogo, del político. El cuidado y la atención biólogos mecanicista no tiene vigencia. Tampoco lo tienen los enunciados de la OMS que hacen referencia al completo bienestar físico, mental y social del hombre, pues se siguen quedando cortos, ya que están olvidando muchas otras opciones como el medio ambiente y el código genético entre otros. La salud es un problema público, no un problema del paciente ni del médico.

Un paradigma alternativo y el paradigma médico

Al médico contemporáneo, también se reconoce que está inmerso en un mundo de incertidumbre, caos y azar. No hace verdaderas previsiones mostrando su preocupación por su desempeño en una economía de mercado, del desarrollo de la ciencia y la tecnología. Arévalo considera que el progreso exitoso de la investigación médica no deja lugar a dudas en campos tan claramente diferentes como el terapéutico, diagnóstico. Sin embargo, al observar cambios conceptuales que incluyen una nueva aproximación al mundo, un nuevo orden social y una reinterpretación de la realidad (médico-enfermedad-enfermo), se plantea la necesidad de cambio que permita un desempeño más armónico y una visión conciliadora. Para ella, la medicina, no se adapta a trabajar con la incertidumbre y su ejercicio pragmático institucional.

El arte médico, como técnica y como estética de la singularidad, que ha encontrado en la tecnología y en la estadística un refugio del cual se niega a salir, pues solo en ese ambiente reducido se siente segura. Desde allí, se concreta un buen intento por medir y predecir objetivamente. La herencia reduccionista puede delimitarse de manera inicial, al campo ontológico donde

la preocupación se centraba en la búsqueda de los elementos que caracterizan la vida. Con la crisis la medicina cae en la inoperancia y genera un fenómeno de inadaptación social, de ahí que se deba de replantear su forma de pensar y su proyecto, ya que la sociedad, el mundo y las necesidades son cambiantes. Además, los intentos por prevenir la aparición de otro daño es un reto a los que se enfrenta día a día cualquier médico, dentro de un cambio de una sociedad tradicionalmente paternalista, una sociedad liberal, donde el derecho propio de sus integrantes es elegir su destino, su propio estilo de vida sobre las decisiones impuestas. Esta autonomía, necesariamente va acompañada de una libertad que permite promover creencias y decisiones. En el ejercicio de la autonomía, la intolerancia y los problemas de justicia sanitaria se convierten en un obstáculo cotidiano para el desarrollo de las libertades personales y sociales mismas y sus implicaciones en el cuidado.

El surgimiento de nuevos modelos para la cura y la salud a partir de la segunda guerra mitad del siglo XX, sobre todo con el movimiento social urbano, denominado de contracultura, que nació en los años 60 y se prolongó a los 70 en EU y el continente europeo, incluyó la importación de modelos terapéuticos distintos a los de nuestra racionalidad médica. Prácticas curativas domésticas y públicas de los grupos étnicos y de las poblaciones mestizas o también llamadas culturas de resistencia. Un grupo de nuevas terapias designadas como alternativas, paralelas o complementarias a la biomedicina se ha introducido en los últimos 20 años en la cultura urbana. Incluye reinterpretaciones de la homeopatía fitoterapia, para tratar enfermedades sin peligro para la salud de la iatrogenia convencional. Así, las medicinas alternativas exhiben una fuerte tendencia al sincretismo, tanto del lado del paciente como del lado del terapeuta (Savedra, 2016). Bajo esta óptica, los sistemas médicos complejos que tienen una racionalidad específica tienden a “descomponerse” en algunos de sus elementos diagnósticos, según atención y tratamiento de enfermedades. Estos, se fundamentan en la observación sistemática de pacientes singulares y terapéuticamente se orienta a la escucha de sujetos enfermos, en sentido de considerar un proceso Individual de padecimiento ligado a patrones específicos de ausencia de armonía. Las medicinas alternativas nacen ahí donde la racionalidad médica occidental se olvidó era más un saber y un arte de curar individuos, distanciándose de esta atención buscó investigar, clasificar y explicar antiguas y nuevas patologías a través de medios sofisticados.

Mastache (2017) además propone dentro de las MAC el término MICA (Medicina alternativa complementaria integrativa), siglas de la expresión 2, que están reconocidas a través de leyes y/o reglamentos emitidos por cualquiera de los tres órdenes gubernamentales y son usadas junto con la medicina alópata, por ser ésta la medicina legal y académicamente reconocida. Integrativas se refiere a aquellas prácticas para la atención del proceso salud/enfermedad.

En este sentido las medicinas alternativas, como nuevo paradigma, se refiere los siguientes aspectos:

- Al reemplazo del sujeto enfermo como centro del paradigma médico. Las personas requieren no solo diagnosticados, sino practicar el autocuidado o heterocuidado. No basta informar a los sujetos que están enfermos en riesgo de enfermarse, necesitan saber cómo atenderse de manera eficaz.

Por ejemplo, si nosotros como contemporáneos nos sentimos constantemente asaltados por el riesgo relacionado con el calentamiento solar, el SIDA, la delincuencia, tal vez podamos calibrar el sentimiento de incertidumbre vital. Olvera desde los miedos enfatiza que la devaluación social de la gente que alcanza la vejez, se origina no solo en la velocidad de los cambios científicos y tecnológicos sino con mayores requerimientos de recalificaciones para mantenerse en el mercado laboral. Sociológicamente podemos observar que cuando la salud se deteriora entran en juego factores que van más allá del pensamiento médico.

- La enfermedad no solo está asociada con el deterioro del cuerpo, (desequilibrio bio-psico-social) o (no adaptación) sino con la representación que puede tenerse de sí mismo (destino, castigo, karma, descuido, mala suerte), con la posibilidad de curación (delegada a la divinidad, expertos) y con cierto tipo de relaciones entre los seres humanos. La manera de concebir las enfermedades, sus causas, prevención y curas, y son temores frente a éstas, que se relacionan con el conocimiento del cuerpo y los discursos de prácticas científicas, religiosas, populares que definen donde comienza y termina la enfermedad, con categorías científicas no se suceden unas a otras, sino que coexisten y se entremezclan.
- En la modernidad contemporánea “se descubre que las terapias y los regímenes preventivos, de acuerdo a las expectativas que ha despertado en la sociedad y en los individuos, sobre el dolor, la incapacidad. Casi cada cura implica nuevos y numerosos riesgos y remedios para sus consecuencias.
- En la búsqueda de medios terapéuticos sencillos, despojados de tecnología, menos caros y por otro lado igual o más eficaces en términos de cuidado, para enfrentar las enfermedades más comunes, como las infectocontagiosas o crónicas.
- El desequilibrio bio-psico-social no depende de la tecnología vinculada a las especialidades médicas; muy por el contrario, suponen una visión más global e integrada, con el “modelo de atención primaria a la salud” privilegiando, la adopción por parte del grupo y la persona, de prácticas alternativas de bienestar, hábitos y estilos de vida saludables. Jerarquizando acciones y formas de intervención y un diálogo que promueva una presencia más activa del enfermo frente a su dolencia a través de estrategias con diversos sistemas de salud.
- El diagnóstico, la atención o curación son procesos lentos de individuación que va acompañado de una mutación de discursos y prácticas, pero las soluciones nunca han sido seguras, sino provisorias. La reubicación de la relación médico-terapéutica, de los símbolos y significados personales (cuerpo, padecimiento, identidad).
- Acentuar la autonomía en términos de salud/enfermedad, facilitando un proyecto de reconstrucción. Las medicinas alternativas pueden con su racionalidad específica, regida por un paradigma de continuidad de la vida humana.

Reflexiones finales. Encuentros y tensiones entre las medicinas no alternativas y alternativas de cuidado y al solicitante de la atención.

1. El encuentro de estas cosmovisiones son las nuevas representaciones del padecimiento, la cura y las relaciones, entre grupos sociales diversos. Tal encuentro tiende a ser absorbido por las instituciones médicas, de acuerdo a la coyuntura política a través de los gobiernos. De la demanda y la presión a favor de medicinas alternativas y su legitimación.
2. Ofrecer el acceso a un cuidado y de atención no médicos, sino de nuevos terapeutas que motiven y brinden estrategias para cumplir indicaciones de atención alternativa.
3. Trabajar con abordajes holísticos, integrales e integrados y tratar de conocer y comprender experiencia y explicaciones médico-antropológicas-sociales.

En conclusión en un escenario optimista de medicinas alternativas podrían convivir con la biomedicina, desde su principal elemento recuperable: la naturaleza simbólica y práctica como su objeto de investigación y el objetivo de intervención de agentes del equipo de atención.

Referencias

- Arevalo Sinaí. (2001) *Acerca de algunas actitudes médicas reduccionistas en un mundo indeterminista*. En, *Ensayos de filosofía de la ciencia*. Universidad del Bosque, Bogotá Colombia, pp. 59-82.
- López Oliva y Peña Florencia. *Salud y sociedad: Aportaciones del pensamiento latinoamericano*. En, *De la Garza Enrique (coord). Tratado latinoamericano de sociología*. Anthropos-UAM, 2006. México. Pp 278-299.
- Madel T, Luz. *Cultura contemporánea y medicinas alternativas: Nuevos paradigmas en salud al finalizar el siglo XX*. En, *Salud cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Brofman M y Castro Roberto (coordinadores). Foro de ciencias sociales y salud. 1999, México, pp.163-382.
- Mastache P.,García de Alba J.E., Salcedo A.L. *Pluralismo terapéutico entre biomédicos de la ciudad de Querétaro México*. (2017), Año4, Número2, Salud Jalisco de la SSA, pág. 101-107.
- Saavedra y Solano Nayelhi I. *Conceptualización de las emociones en tres sistemas médicos: La medicina tradicional china, ayurveda y medicina tradicional mexicana*. *Revista Mexicana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* No. 20 Año 8, Abril 2016-Julio. Argentina, pp 41-59.
- Olvera M. y Sabido O. *Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: Vejez, enfermedad y muerte*. *Sociológica*, año 22, número 64, mayo-agosto de 2007, pp. 119-149.

*Dra. Patricia Mastache Villalobos.
Doctorante en Ciencias Socio-Médicas.
Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México.*

Recibido: 21/Jul /2017

Aprobado: 10/Ago/2017

Palabras clave: Medicinas Complementarias, alternativas, tradicional, enfermedad.

Lo que se ha escrito sobre el o los conceptos de Medicina Complementaria/Alternativa (MCA), hoy tienen que ser renovados, ya que el llamado que desde 1978 hizo la Organización Mundial de la Salud a los países miembros, sobre la importancia de aprovechar los conocimientos de la Medicina Tradicional (MT), donde cada país debería tener en cuenta sus necesidades, recursos locales y características sociales y culturales (Almaguer y cols, 2008:54), ya ha dado resultados a escala mundial.

En México se produjeron cambios que han favorecido la propagación y el auge en el uso de la medicina tradicional y de las medicinas complementarias/alternativas, que cabe aclarar, estas dos medicinas no son lo mismo, pues pertenecen a diferentes sistemas médicos. Así la medicina tradicional (MT), se refiere a un conjunto de “Conocimientos, destrezas y prácticas, basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, que explicables o no, son usadas en el mantenimiento de la salud” [WHO, 2000:7]. Por otra parte, la Medicina Complementaria/Alternativa son “...un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente” [OMS, 2002:8], como menciona Almaguer: “...Hablar de medicina alternativa es como hablar de extranjeros...” [Almaguer y cols., 2008:73]

Dado los cambios que se han generado en México y la importancia que han tomado las Medicinas Complementarias/Alternativas en el uso cotidiano que: a) les dan los individuos como recursos preventivos de enfermedades o para conseguir bienestar a sus padecimientos, y b) les da la sociedad como prácticas que van tomando reconocimiento académico, político y legal, es pertinente construir un concepto que exprese los aspectos de vinculación de estos saberes médicos.

Es por lo anterior que el objetivo de este trabajo es mostrar por qué es necesario añadir el término “Integrativa”, al concepto de Medicina Complementaria/Alternativa, ya que el término “integrativa”, tiene diferencias y complementariedades con las otras denominaciones. Así, tomando como base el aspecto histórico-legal en México de este sistema médico, se sustenta el término de Medicinas Integrativas/Complementarias/Alternativas (MICA) como un concepto amalgamador de estas terapéuticas, que además puede ayudar a su reglamentación

Algunos autores como Morón y Jardines [1997:35-36] y en Estados Unidos, el National Center for Complementary and Integrative Health -NCCIH-, (NCCAM, 2011:s/p)] han definido el término integrativa para las terapéuticas que han demostrado alta calidad sobre su eficacia o que han sido adecuadamente validadas conforme al nivel científico actual. Sin embargo, ni el NCCIH aclara qué se debe de entender por “calidad sobre la eficacia”, ni quién determina esta característica; y Morón y Jardines no establecieron qué perspectiva científica es la que debe de validar el conocimiento de las formas de atención no biomédicas.

Por otra parte, en México no se tiene una tradición de investigación científica sobre el uso y efectividad de las terapéuticas no biomédicas, por lo que es difícil conocer el alcance en la salud y bienestar de quienes las utilizan.

No obstante, lo que sí se tiene en México es un marco jurídico que ha dado reconocimiento legal, a algunas terapéuticas de las Medicinas Complementarias/Alternativas e inclusive se ha iniciado la creación de instituciones educativas de enseñanza superior legalmente reconocidas, que ofrecen la preparación académica a nivel licenciatura en algunas terapéuticas no biomédicas.

De esta forma el concepto de medicinas “integrativas”, se refiere a aquellas prácticas para la atención del proceso salud/enfermedad, que están reconocidas a través de leyes, reglamentos o normas, emitidos por instituciones conexas a cualquiera de los tres órdenes gubernamentales mexicanos (federal/estatal/municipal) y son usadas conjuntamente entre ellas o con terapéuticas biomédicas, por ejemplo, farmacología biomédica integrada con acupuntura, herbolaria integrada con quiropraxia, farmacología homeopática integrada con medicina ortomolecular, etc.

En “complementarias” se incluyó a aquellas prácticas para la atención al proceso salud/enfermedad, que no están reconocidas por leyes y/o reglamentos emitidos por cualquiera de los tres órdenes gubernamentales mexicanos, pero son usadas junto con terapéuticas integrativas o con biomedicina, por ejemplo, farmacología biomédica u homeopática complementada con tai-chi, la naturopatía complementada con nueva medicina germánica, etc.

Finalmente, con el término “alternativa” se engloba a cualquier práctica para la atención del proceso salud/enfermedad que no ha sido reconocida legalmente y es utilizada individualmente o asociada a otra u otras terapéuticas de esta misma categoría.

Cabe aclarar que las MICA día a día van ganando terreno, por lo cual su estatus de integrativas o alternativas, que son los dos extremos de esta categorización, pueden cambiar en cualquier momento, pues como Dipierri (2004:243) advierte: no deben ser concebidas como reminiscencias de siglos pasados detenidas en el tiempo, se trata de sistemas curativos contemporáneos, dinámicos, con una enorme capacidad para incorporar elementos nuevos, renovando y cambiando sus saberes médicos, manteniendo sus propias lógicas.

Regulación de las MICA en México

Aunque el reconocimiento legal de las MICA en México pudiera pensarse es reciente, realmente se puede encontrar que hay una terapéutica que desde tiempos antiguos y hasta la fecha, se le ha reconocido como terapéutica médica, aunque ahora se piense como MICA, ella es la herbolaria. Inclusive hoy en día es la única terapéutica que cruza toda forma de sistema médico, desde el que se practica popularmente, así como el que practican los médicos alternativos y los biomédicos.

El movimiento de la Ilustración (mediados del siglo XVIII) se puede plantear como el momento del nacimiento de la herbolaria científica y de la medicina occidental moderna, “...en México, también se difundieron las ideas de la ilustración. En la ciudad de México, por ejemplo, nacieron las escuelas de botánica, química, geología, matemáticas y otros nuevos planteles que sustituyeron a las antiguas cátedras de la Universidad durante casi doscientos años dedicadas al estudio de la religión y la repetición de lo expuesto en textos muy antiguos de la Grecia clásica, que habían dejado de estimular el pensamiento indagatorio y creativo en los estudiantes...En algunos hospitales de la ciudad de México se iniciaron los estudios observacionales en pacientes que eran tratados con las plantas medicinales preparadas en formas de extractos, tisanas y emplastos elaborados por los primeros químicos farmacéuticos que se formaban en el país” (Lozoya, 1998:27).

En 1788 se crea el Jardín Botánico de la ciudad de México y la escuela de medicina de la Universidad Pontificia incorpora la cátedra de materia medicinal vegetal como requisito para la formación de los nuevos médicos novohispanos (Lozoya, 1998:27).

Es en el siglo XIX donde en México se inicia el contacto con una de las MICA de más tradición en el país: la homeopatía. Entre 1849 y 1856 fue introducida la Homeopatía a México por médicos españoles, así el Dr. Talavera en Orizaba, Veracruz, estableció un hospital homeopático, que recibió reconocimiento oficial por el gobernador de la Entidad, el General Don Luis Mier y Terán, esta forma de oficialización de la homeopatía es el primer antecedente de la regulación de las MICA en México (Torres y Conde, 2001:s/p).

Durante el Porfiriato se crea el Instituto Médico Nacional, con el fin de darle “...forma científica a la terapéutica nacional [referida a la herbolaria]...sería una terapéutica basada lo más posible en drogas que crecieran en el territorio mexicano, sustituyendo los productos provenientes del extranjero que empleaban los médicos para curar algunos padecimientos o para producir un efecto particular...” (Hinke, 2006:60-58) ¿Cuándo fue que la herbolaria perdió su calidad de medicamento biomédico y pasó a verse como MICA? No es fácil de precisar, pero el desmantelamiento del Instituto Médico Nacional, la Revolución y el desinterés de los gobiernos revolucionarios, dejó la puerta abierta a las industrias extranjeras de fármacos (Lozoya, 1998:44).

En la primera mitad del siglo XX, tal vez el cisma de las guerras por todo el mundo, el apetito social por las “nuevas comodidades” que impulsan el comercio internacional y las desigualdades sociales cada vez más conocidas a nivel planetario, gracias a la globalización de las comunicaciones, terminaron por dar nacimiento a diferentes movimientos sociales como, entre otros, el antinuclear, el cooperativista, el amor libre, la contracultura y el hippie, y es en estos últimos dos donde se inscribe el de la medicina naturista (terapéutica MICA).

Así el movimiento de salud holística inició en la Costa Oeste de Estados Unidos, especialmente en el área de la bahía de San Francisco y rápidamente se expandió a otras zonas del país y otros países, e incluyó una amalgama de profesionales y practicantes como psicoterapeutas, sanadores psíquicos, biomédicos, osteópatas y enfermeras, y muy pronto se entrelazó con el movimiento de la Nueva Era (New Age), de la contracultura, de la medicina humanista y del bienestar sin biomedicina (Baer, 2004:2).

En México se da a conocer la Medicina Tradicional Mexicana (MTM) en 1957, cuando R. Gordon Wasson publica su libro "Mushrooms, Russia and history" el uso de los "niños santos", nombre que le daba María Sabina a los hongos que ingería con fines adivinatorios/curativos (Estrada, 2010:9-17), lo que provocó el ingreso al país de extranjeros que introdujeron terapéuticas MICA.

Aproximadamente en 1962, inicia el movimiento de medicina naturista, cuando el venezolano José Manuel Estrada, líder espiritual de la Gran Fraternidad Universal, junto con sus discípulos mexicanos, fundan un número considerable de Institutos de Yoga, Restaurantes Vegetarianos y Tiendas de Salud Integral, (Master, 2010:s/p). Es desde esta agrupación donde se desarrolla como médico naturista, el hombre que posiblemente ha provocado la mayor polémica en México en relación a la atención al proceso salud/enfermedad con terapéuticas MICA: Shaya Michán Mussri.

Bajo este movimiento mundial promotor de terapéuticas MICA, en septiembre de 1978 la OMS y la UNICEF convocan a los países a la "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud", en la ciudad de Alma Ata (Almaty desde 1994), donde se declaró que en la atención primaria en salud, deberían incluirse a las personas que practican la medicina tradicional (PAHO, 2002:2), declaración que fue un parteaguas para el desarrollo de la MT y las MICA.

En México fue hasta 1997 que se da el primer paso en firme para construir el andamiaje legal para el reconocimiento de la MT y las MICA, cuando en la Ley General de Salud se reconoce la existencia de medicamentos y remedios herbolarios, clasificados en tres grupos: alopáticos, homeopáticos y herbolarios, publicándose la Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos. Solo pasaron cuatro años para que en 2001, se reformara el Artículo 2º Constitucional donde se dio reconocimiento a la Medicina Tradicional como un derecho cultural y tan solo un año después, el 7 de mayo de 2002, se publicó en el Diario Oficial la Norma Oficial Mexicana con los "...Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados" (NOM-172-SSA 1-1998) y en agosto de 2002 se crea la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, dependiente de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, cuyo objetivo ha sido "...definir e impulsar la política intercultural en la oferta de los servicios institucionales, con una visión acorde con las expectativas de la sociedad en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y una visión innovadora que promueve la interrelación con la medicina tradicional mexicana y las denominadas Medicinas Complementarias, presentes en la preferencias de la sociedad" (DMTyDI, 2016:2).

El siguiente gran cambio fue en 2004, pues se modificó el Artículo 25 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, para establecer que: "Corresponde a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud: XIX. Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud", reforma que permitió que en 2006 se incorporara la homeopatía y la acupuntura al modelo de unidades médicas del Plan Maestro de Infraestructura en Salud.

Más tarde la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, presentó la "Propuesta operativa para abordar la diabetes desde los aportes de diferentes modelos clínicos terapéuticos", donde se incluyó la acupuntura,

homeopatía, medicina ortomolecular, herbolaria, qui gong, yoga y alimentación alternativa biocompatible como terapéuticas para la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus, propuesta que se ha puesto en práctica dentro de diferentes unidades de atención a la salud de la Secretaría de Salud.

Conclusiones

Las MICA aunque parezca un sistema médico nuevo y sin sustento legal, académico, político y social, realmente contiene terapéuticas que han estado en las vidas de los mexicanos desde hace largo tiempo con todas estas características. Sin embargo, si se tiene en cuenta que existen más de 2,000 terapéuticas perteneciente a las MICA (Almaguer y cols., 2008:74), el modelo que se propone en este trabajo, puede ayudar a las autoridades reguladoras y a los terapeutas, a comprender cómo estas formas de atención al proceso salud/enfermedad se interrelacionan y a proponer estrategias de investigación sobre su seguridad y efectividad, que den soporte a la reglamentación que cada una o en grupo de clasificación deben tener.

Referencias

- Almaguer, A., García, H. y Vargas, V. (2008). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. D.F.: México: Secretaría de Salud.
- Baer, H. (2004). Toward an Integrative Medicine. Merging Alternative Therapies with Biomedicine. Altamira Press. USA.
- Dipierri, J. (2004). Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy. (22):241-263. Argentina.
- DMTyDI, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (2016). Acciones y Programas. Recuperado el 28 de junio de 2017, en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural?state=published>
- Hinke, N. (2006). Fragmentos de una historia del Instituto Médico Nacional. Ciencias. 83 julio-septiembre:56-67.
- Lozoya, X. (1998). La herbolaria en México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México.
- Master (2010). Biografía del venerable José Manuel Estrada. Recuperado el 9 de diciembre de 2015, en: <http://amasenda.com/biografia-del-venerable-jose-manuel-estrada/>
- Menéndez, E. y Di Pardo, R. (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. Ediciones de la Casa Chata del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, D.F.
- Morón F y Jardines J (1997). Medicina tradicional en las Universidades médicas. Revista Cubana de Plantas Medicinales, 2(1):35-41.
- NCCAH (s/a). National Center for Complementary and Integrative Health. Our mission. Recuperado el 11 de julio de 2015, en: <https://nccih.nih.gov/about/atagance>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2002). Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la salud, Ginebra, Suiza.
- PAHO, Pan American Health Organization (2002). Declaración de Alma Ata. Recuperado el 27 de septiembre de 2015, en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004.
- WHO, World Health Organization (2000). General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva, Switzerland: WHO.

Dr. Edgar Arturo Flores Larios.
Dr. en Cs. Sociomédicas.
Universidad de Guadalajara.

Recibido: 04/Ago/2017
Aprobado: 14/Ago/2017

Palabras clave: Temporomandibular, articulación, salud, medicina.

Introducción

La articulación temporomandibular (ATM) es una de las más complejas del organismo ya que es la única articulación bilateral que trabaja en conjunto con el lado opuesto en sincronía, pero también lo puede hacer unilateralmente, está asociada íntimamente con el sistema neuromotor y por tanto con el sistema masticatorio. Esta articulación es filogénicamente una articulación secundaria por evolución, ya que la mandíbula al consolidarse como un solo hueso dejó atrás la articulación primitiva aun presente en la articulación incudomaleolar (yunque y martillo) (Grau León, et al 2005).

Debido a esta increíble complejidad y especialización los problemas que aquejan a esta articulación son frecuentes, según Okeson (1995) llegan a desarrollarse trastornos mandibulares (TTM) hasta en cinco de cada diez individuos de la población general. Se estima que entre un 20 a un 58% de los pacientes que acuden a consulta dental en Norteamérica presentan algún síntoma de TTM (Dworkin et al 1990); en nuestro contexto mediante un estudio realizado en 2006 (Espinosa –De Santillana et al, 2006) por la Universidad Autónoma de México (UNAM) en población estudiantil de puebla se concluye que 37.2% de una población de 500 participantes sufría de algún síntoma.

La visión biomédica fisiológica

Los TTM pueden definirse como un síndrome que combina una serie de signos y síntomas relacionados con el dolor bucofacial (se excluye el de origen dental y periodontal²) y alteraciones funcionales relacionadas con la limitación del movimiento de la mandíbula (Masiel Criado Mora et al, 2013). Su etiología se considera multifactorial teniendo frecuente relación con el bruxismo³, traumatismos, hábitos, maloclusiones, sexo⁴, dieta, enfermedades crónicas como espondilitis o artritis, iatrogenias clínicas y especialmente el estrés (Masiel Criado Mora et al, 2013).

La aparición de síntomas se presenta en cascada o como lo define Okeson (1995) en forma de eslabones de cadena, los cuales son representados por el rebase del límite de la tolerancia fisiológica de alguna de las estructuras del sistema estomatognático representadas principalmente por los músculos masticatorios, las propias ATM, los tejidos periodontales y los dientes; esto quiere decir que la aparición del síntoma o el daño de alguna estructura va a depender de cada paciente.

Por ejemplo, si la estructura más débil fuera la muscular pueden aparecer dolor con la palpación y al realizar movimientos mandibulares; si lo fueran las ATM, el paciente referirá sensibilidad y dolor articular y escuchará “clicks” o chirridos; en otras ocasiones ambas estructuras toleran el trastorno, pero dado el incremento de actividad muscular (bruxismo) las estructuras periodontales o los propios dientes generan movilidad o desgaste. Otros síntomas asociados a este síndrome pueden ser pulpitis, dolor ótico y cefalea (Okeson, 1995).

Los TTM son generalmente crónicos y avanzan exponencialmente debido a la condición en cascada en su etiología ya mencionada, los tratamientos suelen ser de tres tipos de acuerdo a la severidad del caso y su cronicidad, los primeros suelen ser de tipo analgésico con terapias físicas de frío o calor o farmacológicas añadiendo relajantes musculares. Los segundos protésico, ortopédico u ortodóntico (Simons & Travell, 2002), donde se intenta resolver una etiología dental que mejoraría las condiciones músculo-esqueléticas mediante la corrección de la función y posicionamiento de los dientes.

Por último, el abordaje quirúrgico y por suponer un mayor trauma es estigmatizado (Cabo García, 2009) por buena parte de la ciencia odontológica, las técnicas más comunes utilizadas por esta corriente incluyen la artrocentesis de la ATM y reposición del disco articular por artroscopia, sin embargo hay quienes abogan a favor de estas intervenciones.

La búsqueda de la medicina alternativa

Los elementos de la atención biomédica representan para muchas de las personas que padecen TTM más que una solución un laberinto cíclico, ya que en su mayoría, estos desórdenes están subdiagnosticados por muchos odontólogos y por especialistas médicos (Dworkin et al., 1990), quienes en su afán de unidireccionalidad dejan de lado los enfoques holistas en su diagnóstico limitándose a una parte del problema. Es difícil para los pacientes comprender que estos desórdenes no se “curan” y su alivio es complejo y costoso, en muchos de los casos los pacientes vivirán con esta condición el resto de su vida y la única ayuda será el manejo del dolor crónico (Emshoff et al, 2010).

Un caso hipotético: un paciente de 34 años femenino padece de intensas cefaleas y vértigo, después de una visita al médico familiar éste la deriva al otorrinolaringólogo, el especialista receta corticoides al encontrar una inflamación ótica a la cual atribuye el vértigo, la paciente al terminar el tratamiento vuelve a presentar los mismos síntomas y abandona el tratamiento, los síntomas ahora son acompañados por dolor en la nuca por lo que decide ir con un traumatólogo, éste localiza una dislocación mandibular y la soluciona, los síntomas mejoran y la paciente continua con su vida cotidiana hasta que un dolor dental insoportable la dirige al odontólogo quien localiza el problema en la ATM y la dirige con un cirujano maxilofacial, la paciente cansada acude y el cirujano le propone un abordaje quirúrgico que a la par le genera daño ótico y vértigo.

A través de mi experiencia por diversos consultorios e instituciones públicas⁵ de salud he podido escuchar vivencias similares a este caso hipotético. Es de suponer por este supuesto relato que la paciente se encuentra sufriendo por el hartazgo y la irrupción de la cotidianidad que genera este desorden multifactorial, sin mencionar los costos de la atención y el detrimento de su calidad de vida, en algunos casos los pacientes completan la espiral clínica pudiendo persistir síntomas o no, en muchos otros el paciente opta por la medicina alternativa. Este padecimiento guarda similitudes con las enfermedades sistémicas crónicas, pero bajo una mirada subjetiva aparecen otras similitudes con las enfermedades terminales debido a la desesperanza y el sufrimiento que acompañan este proceso.



Figura 1: Modelo de reacciones ante una enfermedad terminal⁶

La comparación con este modelo es por la cronicidad extenuante y la poca mejoría que se logra con los tratamientos clínico-quirúrgicos convencionales, sin mencionar el fuerte componente psíquico-social de la enfermedad aludido por los profesionales clínicos como estrés (Turk, 1997: 263). Un agravante extra surge por la intervención de la industria farmacéutica quien nos ha vendido un modelo resolutivo-curativo para todo, al no obtenerlo el paciente se enfrenta con una desilusión ante los sistemas de salud convencionales.

Un alto porcentaje de la población busca alivio en la medicina alternativa, se estima que entre un 34 a 42% de los estadounidenses la ha utilizado para aliviar principalmente el dolor (Kummet et al, 2014), por lo tanto es de suponer que el dolor que provocan los TTM son parte de esta búsqueda, aunque no existen trabajos en este asunto que demuestren la frecuencia de uso específico. Por otro lado, el estudio realizado por Kummet y colaboradores (2014) en la ciudad de Iowa (E.U.A.) demuestra una tendencia de los pacientes con enfermedades dentales al uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) sobre todo dentro para quienes tienen de 40 a 49 años, donde su uso fue de un 75%.

La clasificación de las terapias naturales, medicina alternativa y complementaria suele basarse en la exposición de acuerdo al National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Estados Unidos de América en donde existen cinco tipos: Sistemas integrales o completos, prácticas biológicas, prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo, técnicas de la mente y el cuerpo y técnicas sobre la base de la energía.

Similitudes entre las terapias convencionales y las derivadas de la medicina complementaria y alternativa

• Quiropráxia

Dentro de las prácticas de manipulación podemos encontrar una asociación directa con la terapia física profesional y autoaplicada, pero con un enfoque diferente de acuerdo a la escuela quiropráctica: tratan de aliviar los síntomas de los TTM a través de la manipulación de la columna cervical, mientras que otros trabajan en el sistema masticatorio. No se ha concluido contundentemente que exista una mejora en los síntomas de los TTM provocados por este tipo de terapia, pero sí se suelen referir pacientes a los quiroprácticos cuando existe dolor cervical (Curl, 1991).

• Magnetoterapia

Basada en el empleo de un campo magnético de entre 300 y 500 Gauss aplicado directamente en el área que sufre dolor, pudiendo ser músculos o articulaciones directamente, en diversos estudios (Vallbona, 1999) se demuestra una mejora significativa ante el dolor provocado por los TTM sin reportar efectos negativos hasta el momento, existe una controversia por el posible efecto placebo de esta terapia, además, su uso es restringido por los altos costes. Su efecto relativo es comparado con la terapia láser cuyo principal objetivo es acelerar la síntesis de colágeno, aumentar la vascularización y reducir el dolor (Maglione, 2008) ya en uso por odontólogos.

• Homeopatía

En este sentido se da enfoque a la situación conductual y agentes estresores asociados al entorno y el modo de vida que generan un precursor de los TTM: El bruxismo, en donde en teoría el paciente controla sus tensores emocionales y logra así una relajación muscular a través de la terapia de lo similar⁷ con el objetivo de inhibir los síntomas y el desarrollo del bruxismo, donde se le comprende como parte de su propia personalidad o identidad (Pexoto, 2010). En un modo amplio se le relaciona con la terapia cognitivo-conductual.

• Fitoterapia

Desde su visión tradicional herbolaria y su uso con principios científicos siempre ha estado relacionada con la odontología, basta decir que el aceite de clavo ha sido utilizado desde el siglo XVI y sigue vigente en diversos compuestos dentales como cementos y dentífricos (González Escobar, 2002). Sin embargo el uso de compuestos preparados a partir de plantas para tratar los TTM está centrado en aquellos agentes que generan sedación y/o controlan la ansiedad y depresión conocidas por ser calmantes o relajantes, entre ellos encontramos Valeriana, Hypericum Perforatum, Passiflora y Melissa Officinalis. Sus efectos bien podrían compararse con la prescripción común de clonixinato de lisina (125 mg.) añadiendo clorhidrato de ciclobenzaprina (5 mg.) en comprimidos vía oral en ciclos de 24 hrs. que suele ser la terapia farmacológica de primera intención para el control del dolor y espasmos musculares asociados a este padecimiento.

Conclusiones

Los sistemas de salud pública ofrecen pocas soluciones para quien vive con TTM, a pesar de su alta incidencia, las terapias alternativas y la medicina complementaria han resultado una estrategia conveniente para el sector popular, el público general las ha visto como una herramienta de la esperanza, su efectividad aunque dudosa o limitada al menos es una partícula de acción, es algo, y con justa razón es más de lo que el sector salud está haciendo, sin embargo el elemento lucrativo también juega su papel y hay quienes juegan con la ignorancia y los milagros en este sentido.

Los profesionales de la salud y algunos practicantes de la MCA de Norteamérica conocen popularmente a la ATM como la articulación del dinero⁸, debido a la gran cantidad de estafas cometidas no solo por charlatanes y estafadores sino por profesionales sin vocación que están más interesados en las carteras de los pacientes que en su salud (Bucci et al, 2011).

Referencias

- Bucci, M. B., Aversa, M., Guarda-Nardini, L., & Manfredini, D. (2011). Occlusion and temporomandibular disorders: A malpractice case with medical legal considerations. *Minerva stomatologica*, 60(1-2), 65-74.
 - Cabo García, R., Grau León, I. B., Lorenzo Uribe, A., & Pérez Pérez, O. (2009). Generalidades del manejo quirúrgico de los trastornos temporomandibulares con técnicas poco invasivas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4), 0-0.
 - Criado Mora, Z. M., Cabrera González, R., Sáez Carriera, R., Montero Parrilla, J. M., & Grau León, I. (2013). Prevalencia de trastornos temporomandibulares en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Estomatología*, 50(4), 343-350.
 - Curl, D. (1991). Acute closed lock of the temporomandibular joint: manipulation paradigm and protocol. *J Manipulative Physiol Ther*, 3, 13-18.
 - Díaz Rebolledo, O. E., Estrada, B. E., Franco, G., & Espinoza, C. A. (2011). Lesiones no cariosas: Atrición, erosión, abrasión, abfracción, bruxismo. *Oral*, 12(38), 742-744.
 - Dworkin, S. F., Huggins, K. H., LeResche, L., Von Korff, M., Howard, J., Truelove, E., & Sommers, E. (1990). Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *The Journal of the American Dental Association*, 120(3), 273-281.
 - Emshoff, R., Emshoff, I., & Bertram, S. (2009). Estimation of clinically important change for visual analog scales measuring chronic temporomandibular disorder pain. *Journal of orofacial pain*, 24(3), 262-269.
 - Espinosa-De Santillana, I. (2010). Relación de desórdenes temporomandibulares-perfil psicológico en estudiantes de Puebla. *Revista Odontológica Mexicana*, 10(3), 115-118.
 - González Escobar, R. (2002). Eugenol: propiedades farmacológicas y toxicológicas. Ventajas y desventajas de su uso. *Revista cubana de Estomatología*, 39(2), 139-156.
 - Grau León, I., Fernández Lima, K., González, G., & Osorio Núñez, M. (2005). Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. *Revista cubana de estomatología*, 42(3), 0-0.
 - Kummet, C. M., Spector, M. L., Dawson, D. V., Fischer, M., Holmes, D. C., Warren, J., & Nisly, N. L. (2015). Patterns of complementary and alternative medicine (CAM) use among dental patients. *Journal of public health dentistry*, 75(2), 109-117.
 - Maglione H., Laraudo J., De Zavaleta L. (2008) Disfunción craneomandibular: Afecciones de los músculos masticadores y de la ATM Dolor Orofacial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas.
 - Okeson, J. P. (1995). Etiología de los trastornos funcionales del sistema masticatorio. *La Carta Odontológica*, 3(11), 22-8. Grau León I., 2005: algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares.
 - Simons, D. G., Travell, J. G., & Simons, L. S. (2002). Dolor y disfunción miofasial: El manual de los puntos gatillo (Vol. 2). Ed. Médica Panamericana.
 - Turk, D. C., & Okifuji, A. (1997). Evaluating the role of physical, operant, cognitive, and affective factors in the pain behaviors of chronic pain patients. *Behavior Modification*, 21(3), 259-280.
 - Vallbona, C., & Richards, T. (1999). Evolution of magnetic therapy from alternative to traditional medicine. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 10(3), 729-754.
- 2.- Tejidos de soporte alrededor del órgano dentario compuestos por hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular.
 - 3.- El término bruxismo es derivado del francés la bruxomanie, la utilización de este término es para identificar un problema dentario desencadenado por el movimiento mandibular anormal. Es muy común encontrar diferentes términos relativos al acto de rechinar y apretar los dientes (Díaz Rebolledo et al, 2011).
 - 4.- Mayor frecuencia en las mujeres siendo una relación hasta 4:1 (Grau León I., et al 2005)
 - 5.- Me he desempeñado como odontólogo y técnico superior en prótesis dental desde el 2011, en agosto del 2007 dio inicio mi práctica profesional con pacientes dentro de las clínicas odontológicas integrales de la Universidad de Guadalajara; he prestado servicios profesionales adicionales en 8 consultorios privados en el estado de Jalisco y adquiriendo experiencia en la subjetividad a través de la recolección datos etnográficos UMF 3 Guadalajara perteneciente al IMSS en el periodo diciembre 2013-febrero 2014.
 - 6.- © Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011
 - 7.- Controversial por su mínimo o nulo efecto farmacológico y sus frecuentes asociaciones con el efecto placebo.
 - 8.- Derivado del acrónimo de habla inglesa para articulación temporomandibular (ATM) = temporomandibular Joint (TMJ) como "The money joint": "La articulación del dinero".

Palabras clave: Paradigma, medicina, psicología.

La Medicina Integrativa es un paradigma de atención postmoderno dentro de la medicina científica, que se ha visto impulsada en los Estados Unidos por los doctores Andrew Weil, Prince Charles y Deepak Chopra desde el año de 1999. ^(1, 2,3) En general dentro de este paradigma se incluye sin prejuicio alguno a las prácticas médicas calificadas de ser históricas, empiristas o procedentes del folklore de la vieja Europa. Otras son las consideradas solo útiles para los arqueólogos y sus libros que son relatos médicos provenientes de antiguas civilizaciones desaparecidas. Finalmente están las prácticas que son calificadas de interés solo para los antropólogos y que son asimiladas supervivientes de las guerras de conquistas y practicadas hoy día en los estratos más bajos de la población, en especial de las culturas de la América nativa, siguiéndoles las comunidades marginales del Caribe, Asia y del África poscoloniales. Estas prácticas médicas de antaño aún sobreviven intactas o modificadas pese a haber sido objeto de estar bajo el escrutinio atento de los administradores coloniales. Es de sobra sabido por el lector culto y en especial por el médico universitario de que éstas fuesen calificadas de “brujería”, “superstición” y “magia” y por ende que fuesen furiosamente perseguidas.

Hoy lo son sin violencia, pero son desaprobadas con igual tesón por los críticos que desde las academias universitarias, foros, revistas indexadas entre otros medios, las han señalado de ser doctrinas anticientíficas y fraudulentas. ⁽⁴⁾ Si bien estas prácticas médicas son dubitables de acuerdo a la visión médica de inspiración colonial y conservadora, al ser retomadas y valoradas, no lo son dentro de este paradigma de salud que busca descifrar el ¿por qué? antaño se les veía con respeto y parecen seguir siendo útiles al margen de ser en muchas ocasiones y, como señalan los antropólogos que las estudian, en muchos lugares en el mundo postmoderno son la única opción disponible. Hoy bajo las epistemologías emergentes anti-positivistas, es factible que sea admisible el revalorarse su utilidad y que, aunque no estén exentas de notables críticas, oposiciones y detracciones se les dé la pauta de estudiarse libres de prejuicios y saber de sus alcances reales.

Epistemología de la investigación Médica Integrativa

Fue el filósofo francés René Descartes quien en su célebre obra “Discurso del método” (1637) ofrecía como pauta de certeza al investigador desconfiar de toda afirmación que no estuviese completamente demostrada. Desde la Medicina Integrativa, se asume de nuevo la postura de René Descartes y con su filosofía de la ciencia, se retoma el estudio y la divulgación de las ideas, praxis de éxito, fallos y resultados de estas prácticas médicas. El paradigma Integrativo sigue su curso y cuenta con médicos especialistas o no, de diferentes países industrializados y que las conllevan como prácticas médicas post-científicas reconocidas. Se muestran interesados en sus postulados y los hay quienes se convierten en sus adeptos, divulgadores y practicantes para asombro de los opositores y sus voceros. ⁽⁵⁾ En este paradigma se incluye y se aborda en su esquema de trabajo terapéutico también llamado “holístico”.

Dentro de la rama médica a la especialidad de la psiquiatría y de la ciencia de la psicología en sus direcciones social, clínica y médica, esta orientación

ha impactado a esta especialidad médica y dirige su protocolo de plan terapéutico hacia los diferentes trastornos mentales, principalmente la depresión, las neurosis obsesivas, fobias, trastornos de alimentación, trastornos de ansiedad y angustia, adicciones al alcohol y otras sustancias, entre otras patologías. Es de interés conocer su postura respecto del estado de trance y posesión. Esta entidad ha sido considerada con la opinión pionera desde el siglo XVI por el médico holandés Hans Weyer (¿1515?-1588) como una superchería que quedó en el olvido luego del auge de las ideas de la Ilustración. Pero que fue vista, retomada y estudiada en el siglo XIX luego bajo la óptica cartesiana atentamente por el médico francés y fundador de la primera clínica de neurología en Francia, el afamado doctor Jean Martín Charcot (1825-1893) y continuada pero sin mucha difusión por uno de sus discípulos, el doctor Pierre-Marie-Félix Janet (1859-1947). El doctor Janet fue un médico notable y ex condiscípulo de Freud, que describió el éxtasis místico, el trance y la posesión demoníaca como una realidad médica, con características diferentes y específicas del resto de las generalidades asociadas de otras patologías mentales. Es celebre “el caso Achilles”, nombre cifrado de un paciente con agitación y en condición de posesión demoníaca, que siendo ingresado al hospital Salpêtrière de París, le fue referido al doctor Janet por su mentor, el doctor Jean Martin Charcot. El paciente que fue tratado con éxito mediante cura por sugestión. El caso en su momento tuvo resonancia y su éxito posteriormente publicado por el doctor Janet, en 1894. Empero por el éxito de las ideas de Sigmund Freud, su escuela y sus filiales, al doctor Janet se le ensombreció con el psicoanálisis su trabajo de investigación. Lamentablemente no es muy conocido su trabajo en los círculos médicos psiquiátricos o psicológicos. ^(6, 7,8)

El origen del diagnóstico del Estado de trance y posesión en el catálogo CIE-10° OMS y la Medicina Integrativa

El catálogo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 1°/1893) es resultado del trabajo del sociólogo francés Jacques Bertillon (1851-1922), quien fue el ideólogo y artífice promotor de la novísima obra en uso actual. En la quinta revisión, realizada en el año de 1938, derivado del auge del psicoanálisis, la organización de la psicología filosófica y científica y sus escuelas, llevó a la incorporación dentro de la rama médica de la psiquiatría tanto sus teorías como sus aportaciones que coadyuvaron como uniformador los criterios diagnósticos antaño en conflicto de interés y planes disímiles de atención en los países de Europa, Inglaterra y los Estados Unidos. Finalmente se incluyó por primera vez una categoría aceptada de forma colectiva de patología psiquiátrica, subdividida en el catálogo CIE 5°/1938 en deficiencia mental y trastorno mental. En su actual revisión vigente (CIE 10°) está presente la categoría diagnóstica de “Estado de Trance y de Posesión” con el ítem F 443.

Este diagnóstico y su sintomatología aunque es diáfana, no se han contemplado por los expertos en México que han abordado este tema. La tendencia es a omitirlo o no explicar si excluyen o no el ítem F 44.3, como parte del sesgo protocolar de estudio del trastorno. En vez de hacer mención a él, al abordar este tipo de proceso se hace bajo las determinaciones de que se solo se trata de uno de los 29 tipos de epilepsia y que se catalogan dentro del ítem G 40 del CIE 10°. Aunque existe para este trastorno en comento el ítem F 44.3, que es el específico. En opinión alterna a los expertos

mexicanos, los de diferentes países siguen a la categoría del trance y posesión con los siguientes diagnósticos: Trastorno disociativo, de ansiedad, esquizofrenia, histeria o un trastorno obsesivo compulsivo. ^(9, 10, 11)

El Trance y la posesión como trastornos son diagnósticos válidos dentro del paradigma de la Medicina académica científica y en la perspectiva Integrativa por estar avalados por la OMS. La crítica epistémica es omitir la existencia de esta categoría diagnóstica, lo sea en forma de un perfil de exclusión basado en un rigor de dogma positivista, de sutil ignorancia o de forma deliberada por otro tipo de prejuicios. Los que se citen en su negación, son inaceptables para el investigador ético y serio dentro del paradigma tradicional médico académico y científico que busca la precisión en el nombrar de los diagnósticos ya descritos. Por otra parte, estos dos aspectos son los que busca innovar y consolidar con la investigación el polémico esquema médico integrativo.

¿Psiquiatras y psicoterapeutas en colaboración con exorcistas?

Si bien al exorcismo se le considera en la actualidad como una práctica religiosa arcaica, en la antigüedad estaba esta práctica encuadrada dentro de la concepción del paradigma de las prácticas médicas. Éste por citar a ejemplo, formaba parte de las prácticas médicas de las antiguas civilizaciones, en especial en el extinto imperio de los sumerios (estimado su origen hacia el año de 6700 a.c.), del cual se registra su antecedente más antiguo conocido con el nombre de práctica médica de “ashipu” ^(14,15). El estudio histórico psico-médico de los criterios prebíblicos de diagnóstico y plan terapéutico, trascendido de las prácticas médicas sumerias a las escrituras bíblicas judaicas y sus prácticas médicas y de éstas a la tradición ritual de atención y manejo religiosa cristiana apostólica occidental y oriental. Esta entidad es descrita en el siglo XX e incorporada en el clásico texto de psicopatología alemana del doctor Karl Jaspers (1883-1969), quien es considerado el fundador de la moderna psicopatología.

El doctor Jaspers le describe con las siguientes palabras: “Se habla de posesión demoníaca donde el enfermo mismo vivencia ser al mismo tiempo dos esencias, y realiza dos maneras de sentir completamente heterogéneas con dos yo (...) la posesión demoníaca sonambulesca: Son los estados de posesión demoníaca con transformación de la conciencia neblinosa y es mayormente histérica y la posesión demoníaca lúcida: estados con conciencia clara y es de naturaleza esquizofrénica”. ⁽¹¹⁾ Respecto del estado de trance y posesión sus observaciones a través de la historia se suman y se describen íntegras. En el presente desde el trabajo de Karl Jaspers se describe la sintomatología, pero varía en que es solo omitiendo el origen espiritual. Desde de la Medicina Integrativa, en este nuevo paradigma se justifica y se acepta que el ritual del exorcismo es útil y sea incorporado como se ha descrito, dentro de la práctica psiquiátrica como una poderosa forma de persuasión psicoterapéutica y auxiliar dentro del esquema del arsenal terapéutico para este tipo de pacientes. Si bien es la Iglesia Católica Romana que es la autoridad más citada, consultada y criticada, en especial por la “Psicología Pop” y la industria del entretenimiento, a diferencia de otras religiones o confesiones que lo aceptan sin reticencias, la Iglesia Católica Romana aunque se muestra en extremo cuidadosa, es abierta a la colaboración de autorizar esta práctica ritual de forma estrecha con expertos laicos. ^(12,13)

Finalmente, sin duda que la polémica entre defensores de la Medicina Integrativa y sus detractores seguirá siendo enconada y no parece llegar a buen puerto

de, ¿quién tiene la razón? En los anales de la historia de la medicina cuando de debates entre escuelas médicas se trata, tal y como ocurre entre las doctrinas de la homeopatía y la alopática, que continúan sin acuerdo y aún se sigue debatiendo al tratar de sus principios como lo es desde hace más de 200 años. Luego se añade de forma temprana este controversial y nuevo paradigma. Por ello y al momento quizá lo políticamente más adecuado sea de expresar una postura neutral y como opinión particular en espera del fin de ello, asumir el camino del investigador Claude Bernard (1813–1878) y sus postulados de que la observación a las hipótesis, la experimentación, la ramificación y la concordancia clínica permitan fundar mejor las opiniones. Se espera que con valorar estas directrices y el tiempo, nos den el veredicto. La discusión de hoy será el antecedente de los señalados errores epistemológicos y metodológicos del mañana y a manera de síntesis dentro de la dialéctica del debate, quizá para calmar las incertidumbres de los médicos del presente, nos sea loable recordar el antiguo y certero aforismo hipocrático “Ars longa vita brevis/La vida es breve; el arte, largo”. ⁽¹⁶⁾

Referencias

1. Snyderman R1, Weil AT. (2002) Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. Arch Intern Med. Feb 25; 162(4):395-7.
2. May J.(2011) What is integrative health? BMJ. Jul 12; 343.
3. Disponible en: <http://www.medicinaintegrativa.com/es-es/Especialidades/Salud-mental/articleType/ArticleView/articleId/914/Salud-mental.aspx>.
4. Freidin, B., & Ballesteros, M. (2012). La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina. Papeles de Trabajo, 10, págs. 128-159.
5. Bell IR, Caspi O, Schwartz GE, et al. (January 2002) Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care. Arch. Intern. Med. 162 (2): 133–40.
6. Voz: Brujería/Hans Weyer en: Le Goff, Jacques (2003) Diccionario razonado del Occidente medieval, Ediciones Akal, España, pág. 92
7. De Martino, Ernesto (1985) El mundo mágico, Universidad Autónoma Metropolitana, México, pág.56.
8. Ellenberger, Henri F. (1974) La vida y obra de Pierre Janet, Revista de Neuro-Psiquiatría, Lima, Perú, Tomo XXXVII, pág. 71-84.
9. Velásquez Pérez, Leora & Cols. (2005) Aspectos epidemiológicos de pacientes hospitalizados con epilepsia en la ciudad de México durante un período de 7 años, Revista ecuatoriana de neurología, órgano de difusión científica oficial de la sociedad ecuatoriana de neurología y de la liga ecuatoriana contra la epilepsia, volumen 14, número 1-3.
10. Regier, Darrel. A & Cols. (2013) The DSM-5: classification and criteria changes. World Psychiatry, 12: 92-98. Zoch Zannini, Carlos E. (1996) Trastornos de ansiedad, publicaciones del hospital nacional psiquiátrico de san José de Costarrica Pbro. Manuel Antonio Chapuí Torres, pág. 149.
11. Jaspers, Karl (1993) Psicopatología General, FCE, México, págs.810-812.
12. Disponible en: <https://exorcismale.wordpress.com/2010/08/26/exorcismo-enfermedad-y-fenomenos-sobrenaturales/>
13. Disponible en: <https://www.aciprensa.com/noticias/quien-puede-hacer-exorcismos-en-la-iglesia-catolica-36086/>
14. Kramer, Samuel Noah (1985) La historia empieza en Sumer, Editorial Orbis, España.
15. Geller, M. (2007) “Médecine e magie: l’asú, l’ashipu et le mashmashu.” Le Journal des Medecines Cunéiformes, vol. 9 pág.1-8.
16. “Ars longa vita brevis/La vida es breve; el arte, largo”. Aforismo de Hipócrates con cita en en: Littré, Émile (1843) Colección completa de las obras del grande Hipócrates, Volumen 3, Imp. Médica, Madrid, pág. 213.

Palabras claves: Salud, conocimiento, pensamiento.

La complejidad como introducción

Hasta los años cincuenta del siglo XX, la mayoría de las ciencias tenían como modo de conocimiento a la abstracción y la especialización. Las claves de este modo de conocimiento eran La Ocultación de la alteridad, la novedad y una lógica mecánica o causalista.

La situación anterior poco a poco implicó la necesidad intelectual y vital de cambiar y complementar este tipo de pensamiento reduccionista, que aísla, por un pensamiento que una y abra a la vez el horizonte de la razón, a un pensamiento complejo (complexus = entramado). Entendiéndolo ahora como una forma de pensar que tenga como objetivo: unir, contextualizar y ampliar, recogiendo el reto de la “docta” ignorancia cognitiva, que invisibiliza aquello que no entra en su racionalidad, marginando a otras formas de pensar y hacer, culturalmente acordadas.

Para afrontar este problema, Edgar Morín plantea la edificación de un tipo de pensar que pueda considerar de manera más amplia los datos y la información resultante.

Como un primer nivel de pensamiento, señala aplicar de forma articulada tres teorías, para afrontar este reto, es decir mediante el uso razonable y razonado de la *teoría de la información*, que elimina la redundancia y el ruido de los datos iniciales que podamos conocer, o sea, sin los prejuicios con que observamos una realidad dada; asimismo si aplicamos, la *teoría cibernética* la retro alimentación nos ayuda a romper nuestro pensamiento mecánico causal, haciéndonos pensar como la realidad no es precisamente un proceso lineal (*como pedrada -> chipote*), y por último al considerar la *teoría de sistemas*, tendremos siempre que admitir que el todo siempre es mayor que la suma de las partes.

Un segundo piso intelectual, que habremos que agregar, es mediante la inclusión de ideas tales como que: La realidad tiene auto organización, donde aplica un azar organizador, y el ruido aparente, se transforma esencialmente en cierto orden integrativo.

El tercer piso organizativo del edificio intelectual propuesto por el Dr. Morín, consiste en aplicar el pensamiento dialéctico, de donde a una tesis, corresponde una antítesis y de su confrontación resulta una síntesis, mediante una ejercicio de interpenetración de los contrarios, al ir más allá de las causas y de los efectos (fenoménicos, o sea de la apariencia) y vincular lo concreto de las partes con la generalidad del todo. Pues no se trata de abandonar los principios de la ciencia, como el orden - separabilidad y la lógica, sino más bien integrarlos y enriquecerlos.

Lo anterior solo se logra al construir pensamiento complejo, que es el que integra la incertidumbre y es capaz de concebir organización, en un pensamiento que une y reúne, organiza, y contextualiza lo global.

Relevancia del conocimiento lego

A partir de la instauración de la ciencia positiva a principios del siglo XIX, los adeptos del pensamiento autodenominado “científico”, se ha deslindado

del pensamiento “no científico”, llamándolo pensamiento no lego, tradicional, popular, etc. Esta dicotomía propia de la modernidad, en lugar de unir, ha dividido el mundo, haciendo difícil el establecimiento de puentes de conocimiento en nuestro caso, en las personas que laboramos en el sector de la salud.

Al efecto esta separación ha impactado diversas esferas de la cotidianidad, así se habla en ciertos círculos: de ciencias duras y ciencias blandas; métodos cuantitativos y métodos cualitativos, etc.

Dicha división en voz de algunos epistemólogos no ha favorecido una convergencia e integración disciplinar, lo cual ha redundado en prácticas disciplinares paralelas o a lo sumo a un trabajo multidisciplinar, donde la hegemonía la ostenta, alguna de las profesiones dominantes.

Lo anterior obviamente no favorece superar el trabajo en equipo y sobre todo la producción de un conocimiento superior, que en este caso sería fruto de un trabajo transdisciplinar, donde sin importar el objeto de estudio de cada disciplina interventora, se logrará un nuevo objeto de estudio, que contuviera a manera de fractal, parte de la teoría y el método de las disciplinas participantes, pero evidenciado como una forma superior de plantear la realidad o el problema, analizados.

Si se hubiera aplicado un enfoque unidisciplinario, quizás hubiera pasado desapercibida la acción de la digital por Wittering, al no observar y reflexionar éste, ¿cómo y por qué? las curanderas de Inglaterra utilizaban la planta llamada “dedalera” para atender pacientes con enfermedades cardiovasculares. Lo mismo se puede decir del caso la quinina y de la aspirina, que han impactado el campo terapéutico de la medicina; Caso similar es el de “la pus vacuna” en el campo de la prevención y la erradicación de la viruela.

Así interdisciplinas, como la etno-farmacología logrado armonizar, ciencias tan diversas como la química, la biología, la farmacología, la antropología, y la sociología, despertando el interés de las corporaciones industriales de la economía de consumo, quienes en lugar de despreciar estos estudios, favorecen sofisticadas investigaciones de etnografía médica que relacionan con rigurosos bio-ensayos.

Lo anterior plantea la trascendencia del analizar el conocimiento poblacional sobre salud-enfermedad –atención, agregándole un componente transdisciplinar, que dentro de los principios de justicia, autonomía y beneficencia, redundará en el empoderamiento para la satisfacciones de las necesidades básicas de la propia población de quien procede ese conocimiento.

Opciones de aprovechamiento

La medicina integrativa, complementaria, tradicional y alternativa, al formar parte de la atención a la salud en el país, no puede desecharse de manera prejuiciosa, al aferrarnos a la ortodoxia del modelo médico hegemónico, que rechaza cualquier otra visión de la realidad opuesta a su lógica positivista, sin considerar que existen ontológicamente otras formas de comprender la realidad (que aun siendo variadas y subjetivas, deben ser consideradas como

Ensayo El éxito de las medicinas alternativas en la era de la medicina basada en la evidencia y la necesidad de la descentralización del paradigma materialista

13

otras realidades), así como otras lógicas diferentes a la hipotético deductiva, como sería la lógica inductiva, y otras maneras de sintetizar o analizar la realidad.

Precisamente dentro de este sistema de pensamiento, de conocer y practicar la salud-enfermedad-atención, se ubican las MICA's, que juegan a nivel social un rol importante del cual podemos sacar provecho, al aprender y por qué no, reflexionar como pueden ser objeto de incorporación a los sistemas de salud, como sucede en el Reino Unido y en la República Popular China, donde esta incorporación se ha realizado sin mayores problemas. Para el caso se propone el siguiente esquema para superar algunas barreras para su incorporación.

Barreras	Posibilidades
Sobre establecimiento de prioridades de aplicación	Educación informada de los consumidores de investigación aplicada sobre problemas prioritarios de la atención en los sistemas de salud.
Sobre el tiempo de aplicación	Colaboración entre investigadores, tomadores de decisión, y operativos, en los proyectos aprobados.
Acceso comunicacional	Síntesis ejecutivas, traductores de investigación a políticas y programas de atención, seminarios para discusión de resultados.
Percepción Resultado-Producto	Integración de: objetivos de investigación y objetivos de aplicación del producto.
Integración de diferentes hallazgos o enfoques sobre un mismo problema	Meta-análisis Investigaciones orientadas

La idea es evitar la marginalización y la no reflexión, o sea cualquier intercambio improductivo, que invisibiliza obstáculos estructurales, y que hagan difícil la sinergia: investigación- decisión-operación, al pensar de entrada la incompatibilidad de las "diferentes" lógicas y exigencias en los respectivos ámbitos de acción de investigadores, decisores, operativos y usuarios; de la atención a la salud.

Bibliografía

- Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa. 2011. Barcelona. España.
- Reyes-García. V. *The relevance of traditional knowledge systems for ethnopharmacological research: theoretical and methodological contributions*. J Ethnobiol Ethnomed. 2010; 6: 32. doi: 10.1186/1746-4269-6-32PMCID: PMC2993655.
- Asunto VII. ¿CÓMO TRADUCIR EL CONOCIMIENTO EN ACCIÓN ... jueves, 22 de septiembre de 2005 0:32. Consultado el 3 de Agosto en: biblioteca-digital. ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_16.htm

Oscar Alexis Estrada Gómez.
Pasante Médico Cirujano y Partero.
Universidad de Guadalajara.

Recibido: 09/Ago/2017

Aprobado: 23/Ago/2017

Palabras clave: Medicinas alternativas, tratamientos, pacientes.

En el año 1992, el nacimiento de la MBE (medicina basada en la evidencia) quedó asentado con la publicación del artículo *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine* (Medicina basada en la evidencia. Un nuevo abordaje para enseñar la práctica médica) en la Revista de la Asociación Médica Estadounidense (JAMA, por sus siglas en inglés). No obstante, ello no provocó el desuso de las prácticas anidadas en las vertientes sanitarias alejadas del paradigma positivista sobre el que la MBE alcanzó la luz.

Hoy día, existe una marcada inclinación popular hacia la utilización de remedios caseros y tratamientos alternativos dada la tendencia naturista (no naturalista) de la sociedad contemporánea; situación que era de esperarse, pues es producto de que haya, en muchos consultorios, médicos que recetan medicamentos a pastos sin tomar en consideración interacciones medicamentosas, ni si sería suficiente un estilo saludable de vida con pequeños cambios en los hábitos alimenticios o de actividad física. Se podría decir que vivimos una epidemia de hipermedicación (como se cita en Bunge, 2012).

Distintos factores –además de la ideología naturista– influyen en la preferencia de los pacientes por los tratamientos de la medicina alternativa como primera elección de atención sanitaria; la relación *médico-paciente* de mayor calidad que llevan con los practicantes de la medicina alternativa es uno de ellos.

Distintos estudios^{1,2} han mostrado lo que sucede en un consultorio médico *oficial*: una atención médico-centrista paternalista donde el doctor (el docto, el que sabe) entrega una serie de instrucciones que el paciente debe seguir al pie de la letra para *curarse*.

A pesar de que, según dichos estudios, los pacientes prefieren una atención paternalista, también es cierto que existe en ellos la inquietud de ser participantes activos en la toma de decisiones sobre su tratamiento y ser escuchados respecto a su sentir sobre el padecimiento que les aqueja, deseos que muy pocas veces son satisfechos por los médicos tratantes, víctimas también de la burocracia, la sobresaturación de los servicios de salud y una formación tradicionalista deficiente.

La motivación de los pacientes al elegir tratamientos de medicina alternativa va más allá de la aseveración simplista que apunta hacia la falta de educación de estos, sino que se trata de una conducta compleja influida por causas directamente relacionadas con la atención que reciben del médico *oficial*, así como antecedentes socioculturales, económicos y demográficos. En las investigaciones que examinan las razones para recurrir a las medicinas alternativas y complementarias, se ha encontrado que las experiencias corporales que integran el bienestar fisiológico, el psicológico y el espiritual, resultan atractivas para los usuarios (Saavedra, 2016).

La consulta de pacientes con síntomas somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente en la consulta de atención primaria. Muchos pacientes

presentan estos síntomas incidentalmente pero otros lo padecen de manera crónica y persisten mucho tiempo buscando atención médica. Los síntomas somáticos en estos pacientes representan la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales³.

A pesar de que, dentro del paradigma biomédico, existen conceptos como *estrés*, *somatización* y demás términos ligados la experiencia emocional del paciente, y asimismo la Organización Mundial de la Salud extiende el concepto de salud hacia el bienestar social y mental del individuo, la concepción biologicista de la ciencia médica limita las emociones a una serie de interacciones bioquímicas y estímulos eléctricos cerebrales, por lo que el reduccionismo materialista prevalece.

Por lo tanto, estudiar con detenimiento las ideas que sostienen las medicinas alternativas acerca de las emociones y el cuerpo a partir de sus propios conceptos, aportaría elementos para comprender en qué contribuyen al bienestar de los usuarios (Saavedra, 2016) y, dado su arraigo en el imaginario popular, es apremiante para el gremio médico el reconocimiento de dichas terapias, pues una biomedicina, aunque científica, si se encuentra escindida de su contexto histórico y cultural, seguirá siendo como hasta ahora: insuficiente.

Referencias

- 1.- Ruiz-Morala R et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012;44(1):5-12.
 - 2.- Jiménez-De Gracia L et al. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2012;44(7):379-386.
 - 3.- Guzmán-Guzmán, R. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* vol.4 no.3 Albacete oct. 2011.
- Saavedra-Solano, N. Conceptualización de las emociones en tres sistemas médicos: la medicina tradicional china, ayurveda y medicina tradicional mexicana. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. N°20. Año 8. Abril 2016-Julio 2016. Argentina.

Yajaira Guadalupe Gaytán Álvarez.
Pasante de Enfermería.
Universidad de Guadalajara.

Recibido: 11/Ago/2017
Aprobado: 23/Ago/2017

Palabras clave: Medicinas integrativas, enfermedades crónicas, salud.

A la medicina complementaria anteriormente llamada alternativa (MC) que comprende intervenciones terapéuticas como la acupuntura, la herbolaria, la homeopatía, la quiropráctica y la medicina corporomental, se le ha concedido un creciente interés en la literatura médica internacional debido a los reportes sobre el incremento de uso, así como por la acumulación de datos acerca de sus posibles efectos benéficos. Aunque se agrupan bajo un solo concepto como medicina complementaria, entre ellas existen diferencias tanto filosóficas como teóricas; unas han sido mucho más investigadas en estudios clínicos controlados que otras. Para algunos autores varias de estas terapias podrían integrarse a la práctica convencional de la medicina. Esto constituye así un nuevo paradigma de la medicina.

En las últimas décadas la atención a la salud se ha vuelto más compleja y especializada, las instituciones de salud están formadas por una diversa cantidad de médicos especialistas, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, nutriólogos, médicos en formación y enfermeras; pero existe una clase de proveedores de atención en salud, más grande aún fuera de los hospitales: médicos, quiroprácticos, consejeros, acupunturistas, médicos herbolarios, proveedores de suplementos nutricionales, sección de estudios de posgrado.

Escuela nacional de medicina y de homeopatía. Instituto politécnico nacional. Unidad de medicina física y rehabilitación región norte, I.M.S.S.

Curanderos espirituales, y una gama de intervenciones que van desde lo serio a la charlatanería. Este grupo de terapias agrupadas con el nombre de medicina complementaria (MC) también llamada medicina alternativa (MA), ha recibido un creciente interés en la literatura médica internacional, en gran medida por la cantidad de trabajos que han mostrado la alta incidencia del uso de estas diferentes terapias por los pacientes, así como la creciente información acerca de su efectividad.

Intervenciones corporomental

Categoría de la medicina complementaria según Kemper:

- Terapias bioquímicas: medicamentos, hierbas, compuestos nutricionales.
- Terapias de estilo de vida: nutrición, ejercicio, terapias ambientales, corporomental.
- Terapias biomecánicas: masaje, manipulación espinal y cirugía.
- Terapias bioenergéticas: acupuntura, imposición de manos, oración y homeopatía.

Categorías de la medicina complementaria:

- Intervenciones corporomentales.
- Terapias bioelectromagnéticas.
- Sistemas alternativos a la práctica médica.
- Métodos de curación manual, tratamientos farmacológicos y biológicos.
- Herbolaria.
- Dieta y nutrición.

La ONU, a través de la OMS, ha aceptado la acupuntura como terapéutica médica eficaz para varias patologías, incluso ha organizado cursos en China desde 1970 las regulaciones legales de la práctica de la medicina alternativa varían mucho conforme a cada país y en ocasiones, conforme a cada estado.

En México, la acupuntura ha tomado el liderazgo en el aspecto legal, en diciembre de 1998 se publicó, en el Diario Oficial de la Federación, el proyecto de norma oficial mexicana para la práctica de la acupuntura humana.

Conclusión

En México existen pocos estudios sobre la prevalencia del uso de la MC, sin embargo es evidente el aumento de su uso (aun sin tomar en cuenta la medicina tradicional mexicana).

Como factores sociales se pueden ubicar también dos tendencias: una insatisfacción creciente junto con la pérdida de la confianza en la biomedicina tecnológicamente sofisticada y un incremento en las demandas para controlar el costo de la salud, debido a esto el personal de enfermería ha tenido que cambiar sus estilos de vida para tener que adaptarse a los cambios que se han ido dando con el paso del tiempo para así poder brindar un trato digno y de mejor calidad a las personas que acuden a nosotros.

Referencias

- **Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2000; 12:91-99 la medicina complementaria en el mundo Francisco Javier Aedo Santos, Juan Carlos Granados Sánchez**
- **Rivera, María Soledad: Herrera, Luz María fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería, texto & contexto, enfermería, vol.15, 2006, pp.158-163 Universidad Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.**

*Susana De la Rosa Hernández.
Lic. en Psicología.
Estudiante de la Maestría en Ciencias
Socio-Médicas.
Universidad de Guadalajara.*

Recibido: 03/Ago/2017

Aprobado: 14/Ago/2017

Palabras clave: Medicina alópata, plantas medicinales, salud.

En nuestro país últimamente es típica la charla sobre el tema de: “¿qué es mejor, la medicina alópata o las medicinas alternativas?” En muchas de nuestras familias (y yo no me atrevería a negar a la mía) se nos brindan las dos opciones.

Pero antes de comenzar a dialogar sobre ello, es importante conocer una definición actual referente a lo que se conoce como medicina alternativa y complementaria (MAC). Zavallos-Morales, A., et. al. (2017) mencionan que la MAC comprende un amplio dominio de recursos que incluyen sistemas, modalidades y prácticas de salud, teorías y creencias, que no pertenecen al sistema de salud dominante de una sociedad en un periodo histórico dado.

Dentro de su investigación, titulada: “Tendencias de las búsquedas en Google sobre terapias de medicina alternativa y complementaria”, clasifican a la MAC en 5 grupos: 1) Sistemas médicos alternativos, 2) Terapias basadas en productos naturales, 3) Terapias de energía, 4) Manipulación y métodos relacionados al cuerpo, y 5) Métodos de intervención mente-cuerpo.

En sus resultados, la terapia con mayor volumen de búsquedas de la primer categoría fue la homeopatía, de la segunda fue medicina herbaria, de la tercera: acupuntura, de la cuarta: terapia de masajes y, de la última, terapias sensoriales.

Se encontró que la medicina herbaria tuvo un mayor volumen de búsquedas en Guatemala y México (Zavallos-Morales, A., et. al., 2017).

El uso de las plantas medicinales como medicina alternativa y suplementos dietarios ha sido una práctica que no ha caído en desuso en nuestro país, pues la gran diversidad vegetal y la amplia riqueza cultural que tenemos han favorecido el aprovechamiento de las plantas con fines medicinales desde épocas prehispánicas y ésta se ha ido transmitiendo de generación en generación (García de Alba-García, J. E., et. al., 2012).

En nuestra Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), García de Alba-García, J. E., et. al. (2012) se dieron a la tarea de realizar una revisión del conocimiento popular y científico del uso de las plantas medicinales con mayor frecuencia en los mercados principales de la zona. Se utilizaron técnicas cualitativas para rescatar los datos desde un enfoque de consenso cultural de la antropología cognitiva. Encontraron que las plantas medicinales comercializadas con más frecuencia en los mercados son: árnica, cuachalalate, tila, gordolobo, salvia, cola de caballo, pingüica, boldo, siete azares y damiana. Estas plantas son las que se utilizan más porque los principales motivos de atención por los que la gente asiste a adquirir dichas plantas son: infecciones respiratorias agudas altas, enfermedades infecciosas intestinales, infección de vías urinarias, úlceras, gastritis y duodenitis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, otitis media aguda, asma y estado asmático y accidentes (de tráfico de motor, traumatismos).

Investigaciones como las anteriores demuestran que dentro de los temas de salud es necesario trabajar también desde un enfoque de la socioantropología médica, pues necesitamos conocer los valores, las tradiciones, el significado y el sentido que las personas dan al proceso salud-enfermedad-atención para la aplicación exitosa de programas de salud, necesitamos conocer la casa de quien padece la enfermedad, el mercado popular, la universidad, el hogar como contexto de atención y el ambiente poblacional. Por eso, ante una infinidad de enfermedades posibles, una multiplicidad de remedios (García de Alba-García, J. E., 2012).

No se trata de decir qué es mejor, ya que todo forma parte de la cultura popular de un gran segmento de la población. Más bien se trata de hacer un llamado urgente hacia un equilibrio intelectual y espiritual al proponer que hay que evitar el riesgo de escoger un solo tipo de pensamiento: si el popular-cotidiano o el científico (Bech, J.A., Quintero-Hernández, J.A., 2012).

La medicina alópata nos ha apoyado y hemos avanzado bastante, pero no olvidemos que la medicina tradicional es una alternativa viable que representa al mismo tiempo una herramienta para el equipo de salud y para los usuarios (García de Alba-García, J. E., et. al., 2012).

Es importante resaltar que en estudios realizados en países desarrollados se ha encontrado que el consumo de MAC aumenta en las personas que tienen un buen nivel de educación, ingresos altos y costean el precio de sus terapias de forma privada (Zavallos-Morales, A., et. al., 2017). Esto quiere decir que en países desarrollados ya se toman en cuenta ambas corrientes de medicina, ¿qué esperamos en México para integrarlas?

Practicar una medicina culturalmente comprensiva traduciendo signos y síntomas producto del afrontamiento cotidiano que la población señala padecer es lo que se necesita, busquemos legitimar la farmacopea herbolarea y no desplazarla por los fármacos caros e inaccesibles, se trata de ampliar su utilización de una forma sabia, participativa y solidaria, sin la seguridad de no errar. La visión de la antropología médica puede reconstruir las ideas y las prácticas dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar y la salud humana: ofrecer conocimiento útil para cuestionar de manera constructiva y sugerir dónde, cómo y cuándo podrían realizarse los cambios de forma efectiva junto con la gente, pues al saberse enfermos pretenden conocer algo sobre su enfermedad, desean curarse y tener una opinión sobre cómo proceder para lograrlo. (García de Alba-García, J. E., 2012).

Referencias

- Bech, J.A., Quintero-Hernández, J.A. (2012) La humanidad de lo humano. Aproximaciones a la Antropología de Lluís Duch. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Vol. LVII, No. 216, pp. 25-40.
- García de Alba-García, J. E., et. al. (2012) Conocimiento y uso de las plantas medicinales en la zona metropolitana de Guadalajara. Desacatos. No. 39, mayo-agosto, pp. 29-44.
- García de Alba-García, J. E., et. al. (2012) Saberes populares y salud: una mirada de la realidad polifacética. Desacatos. No. 39, mayo-agosto, pp. 89-102.
- Zavallos-Morales, A., et. al. (2017) Tendencias de las búsquedas en Google sobre terapias de medicina alternativa y complementaria. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Vol. 52, No. 2, pp. 161-169.

Brenda Elizabeth González Ruiz.
Médico cirujano y partero.
Universidad de Guadalajara (CUCS).

Elí Benjamín López Arana.
Médico cirujano y partero.
Universidad de Guadalajara (CUCS).

Palabras clave: Medicina integrativa, medicina convencional y alterna.

Introducción

La medicina integrativa engloba la medicina convencional y la medicina natural, así como los diferentes tipos de medicinas alternativas, para poner a disposición del paciente todos los instrumentos posibles para su curación. Se trata de no menospreciar la potencialidad de la medicina natural, aceptando a su vez el enorme papel que la medicina convencional ha tenido en la mejora de la calidad de vida y en la supervivencia de la población.

Este tipo de medicina integral atiende los aspectos globales del individuo; fisiológico, psicológicos, nutricionales y sociales. Todo esto ya que es sabido que en muchas ocasiones las enfermedades surgen como consecuencia de malos hábitos alimenticios y conductuales, que provocan un debilitamiento de nuestro sistema inmune y por lo tanto generan una enfermedad.

Actualmente el modelo de salud en México está puramente unidireccional es decir los pacientes tienen la posibilidad de elegir entre medicinas alternas como es la acupuntura, la homeopatía, etc. o una medicina convencional como es la alopática; y en muy pocas ocasiones combinan ambas, ya que por el miedo que les inculcan los médicos por las probables complicaciones que pueden tener.

Esto debería de cambiar ya que en diversos países como Estados Unidos o en países europeos se está llevando a cabo una medicina integrativa en la que todo este tipo de medicinas van de la mano sinergizándose para que el paciente tenga un beneficio cada vez mayor a su salud en enfermedades crónicas, un ejemplo claro es la fibromialgia con un tratamiento de inhibidores de la recaptura de serotonina más acupuntura, dieta y ejercicio, teniendo resultados formidables para el paciente con una mejor calidad de vida.

Una de las razones por las que en México no se ha podido instalar este nuevo modelo es por la falta de conocimiento desde la carrera, ya que solo se revisa lo puramente científico en lugar de abordar temas como la herbolaria o cuestiones preventivas: una adecuada alimentación de acuerdo a la patología(s) de base o el ejercicio aeróbico o anaeróbico. O también llega a suceder que el personal de salud ha tenido contacto con los llamados “médicos charlatanes” que en lugar de ayudar al paciente éste sufre las consecuencias que pueden ser desde simples hasta mortales.

La medicina integrativa aplica para toda la población desde recién nacidos hasta adultos mayores. En pacientes geriátricos que son una polifarmacia de medicamentos la medicina integrativa se encargaría de eliminar tantos medicamentos que pueden llegar a ser innecesarios cambiándolos por métodos naturales para obtener iguales o mejores resultados, como es el caso de los pacientes que practican *tai chi chuan* para mejorar el equilibrio y disminuir la incidencia de caídas en el adulto mayor.

Conclusión

La medicina integrativa promete ser una herramienta importante para preservar la salud de la población, principalmente al reducir el número de medicamentos, que incluso algunos pacientes dejan de tomarlos por no saber ni para qué son, y promete incorporar medicación ortomolecular que nos permite utilizar principios activos naturales a concentraciones terapéuticas o simplemente con los beneficios que conlleva el realizar alguna actividad física.

Una manera de poder de hacer un cambio del sistema de salud es modificar instalando nuevas escuelas enfocadas a medicinas alternas teniendo un plan de estudios, bases científicas, exámenes; de esta manera logrando titular a médicos enfocados en medicinas alternas. Por otra parte, en la medicina convencional el personal de salud tiene que estar abierto en conocimientos naturistas desde el momento de su formación teniendo bases fisiológicas, fisiopatológicas, diagnósticas y terapéuticas.

Referencias

1. Biosalud day hospital, clínica privada medicina biológica (2015), disponible en: <http://biosalud.org/blog/que-es-la-medicina-integrativa> (visita 02 de agosto del 2017).
2. Guía de práctica clínica evidencias y recomendaciones, Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención
3. Guía de práctica clínica evidencias y recomendaciones, valoración gerontogeriatrica integral en el adulto mayor ambulatorio
4. Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente (2010)



*Tania Elizabeth Fernández Rico.
Pasante de la Licenciatura en Nutrición.
Universidad UNIVER Plantel Zamora.
Ciencias de la Salud.*

Recibido: 04/Ago/2017

Aprobado: 18/Ago/2017

Palabras clave: Medicina, Salud, Dieta, Enfermedad.

Introducción

Durante estos últimos años hemos observado un significativo y progresivo aumento de actividades de extensión y divulgación relacionadas con la denominada Medicina Complementaria y Alternativa (MAC, o en inglés CAM). Este fenómeno no parece ser una simple academización o moda del tema, sino que se relaciona con una efectiva tendencia mundial de aumento del uso de la MAC o al menos de la constatación de ello ⁽¹⁾.

Los términos “medicina complementaria” o “medicina alternativa” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional ⁽²⁾.

Categorías y MAC

- **Sistemas médicos de salud alternativa:** medicina ayurveda, quiropraxia, homeopática, nativa, naturista, tradicional china (acupuntura- hierbas).
- **Medicina de intervenciones mente-cuerpo:** meditación, hipnosis, contemplación o imaginación guiada, dancoterapia, musicoterapia, terapia mediante el arte, oración y aliento mental, toque terapéutico (aplicación de las manos).
- **Terapias basadas en sustratos biológicos:** terapias de hierbas, dietas especiales, terapias biológicas (cartílago de tiburón, miel).
- **Manipulación o movimiento del cuerpo:** masaje, osteopatía.
- **Terapias relacionadas con la hipótesis de la energía que rodea y penetra el cuerpo:** Qi gong, reiki, toque terapéutico.
- **Fuerzas electromagnéticas:** Terapia magnética ^(3, 4).

La medicina integrativa engloba la medicina convencional y la medicina natural, para poner a disposición del paciente todos los instrumentos posibles para su curación.

Se trata de no menospreciar la potencialidad de la medicina natural, aceptando a su vez el enorme papel que la medicina convencional ha tenido en la mejora de la calidad de vida y en la supervivencia de la población.

Este tipo de medicina integral atiende los aspectos globales del individuo:

- Fisiológicos.
- Psicológicos.
- Nutricionales.
- Sociales.

Es importante destacar que la enfermedad, en muchas ocasiones, aparece como consecuencia de malos hábitos alimenticios y conductuales, que provocan un debilitamiento de nuestro sistema inmune.

La Medicina Integrativa resalta el papel fundamental que ejerce la nutrición a la hora de producir mejoras en los pacientes a través de un programa nutricional individualizado y ajustado a su enfermedad.

La dieta integrativa

Se considera una herramienta fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica.

Se necesita una dieta que integre la manera de vivir y pensar, el entorno en el que nos movemos y nuestra alimentación para conseguir un cambio de vida real que nos lleve hacia donde queremos, hacia la salud y la felicidad ⁽⁵⁾.

Una dieta integrativa tiene que ayudar a:

Mejorar la salud gastrointestinal.



Disminuir la toxicidad en el organismo y potenciar el sistema de defensa

Aportar todos los nutrientes esenciales que el organismo necesita y las calorías necesarias para estar en un peso saludable y estable



Conclusión

Las medicinas tradicionales y algunas medicinas complementarias pueden aportar beneficios para la salud de los pacientes con enfermedades crónicas, siempre y cuando demuestren ser seguras y efectivas, y como profesionales de la salud desaconsejar aquellas que no lo sean y que supongan un engaño para el paciente y un gasto inútil tanto económico como emocional.

Referencias

- 1) Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2002-2005 Ginebra: OMS; 2002. Disponible en URL: http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_span.pdf.
- 2) <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>.
- 3) National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). What is complementary and alternative medicine (CAM)? 2002: Disponible en URL: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
- 4) White House Commission on complementary and alternative medicine policy. Final report Washington DC: NIH. Disponible en URL: http://www.whccamp.hhs.gov/pdfs/fr2002_document.pdf; 2002
- 5) Blázquez, Elisa. Dieta integrativa (La dieta que tu cuerpo necesita). Ediciones i

Flor Ángeles Daza Morales.
Pasante de la Licenciatura en Nutrición.
Universidad UNIVER Plantel Zamora.
Ciencias de la Salud.

Recibido: 04/Ago/2017

Aprobado: 18/Ago/2017

Palabras Clave: Obesidad, probióticos, microbiota intestinal.

Introducción

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad ⁽¹⁾. Estas enfermedades sus principales factores de riesgo son una alimentación inadecuada combinada con una inactividad física lo que lleva a sobrepeso u obesidad.

La obesidad es el resultado de un aumento de grasa corporal, actualmente, uno de los problemas de salud pública, debido a su creciente prevalencia y a las comorbilidades asociadas ya que constituye factores de riesgo para un gran número de enfermedades crónicas ⁽²⁾. Han surgido múltiples publicaciones que plantean un rol de la microbiota intestinal, tanto en el desarrollo de la obesidad como en la diabetes.

La microbiota intestinal se define como el conjunto de comunidades de microorganismos vivos que colonizan el intestino. Juntamente con las estructuras propias del tubo digestivo, la microbiota intestinal contribuye de modo importante a las dos funciones principales del tracto gastrointestinal: nutrición, por la digestión y absorción de nutrientes; y defensa, por desarrollo de sistemas de prevención y rechazo de posibles agresiones desde el mundo exterior. Una forma directa de optimizar la relación entre la microbiota y el organismo es el consumo de probióticos los cuales han sido definidos por la Organización de Alimentos y Agricultura (FAO) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "microorganismos vivos que proporcionan un beneficio a la salud del hospedador cuando son ingeridos en cantidades adecuadas". Así como también se utilizó el término por primera vez en 1965 para describir microorganismos vivos no patógenos como bacterias mutualistas del intestino, con efectos beneficiosos para el huésped, prevención o tratamiento de enfermedades ⁽³⁾.

La microbiota intestinal juega un rol importante en la mantención de la función del intestino, ya que estimula su desarrollo, mantiene el recambio epitelial, modula la respuesta inmunológica y participa el metabolismo de algunos medicamentos. Desde el punto de vista nutricional, las bacterias del intestino juegan un rol crucial ya que participan en la depuración de toxinas provenientes de la dieta; síntesis de micronutrientes como vitamina K, vitamina B12 y ácido fólico; fermentación de sustancias indigeribles; absorción de electrolitos y minerales; y producción de ácidos grasos de cadena corta, los que estimulan el crecimiento y desarrollo de los enterocitos y colonocitos los cuales se encargan de la absorción de nutrientes, agua y minerales ⁽⁴⁾.

La microbiota intestinal también regula muchos aspectos de la inmunidad innata y adquirida, protegiendo al hospedador frente a la invasión de patógenos y los procesos de inflamación crónica. Por el contrario, los desequilibrios en la composición de la microbiota intestinal se han asociado a una mayor

susceptibilidad a las infecciones y los trastornos de base inmunológica y, recientemente, también a la resistencia a la insulina y al aumento del peso corporal ⁽²⁾.

Estudios que asocian la microbiota intestinal con la obesidad nace entre ratones obesos deficientes de leptina (ob/ob) y ratones normo peso (ob/+ y +/+) fueron concluyentes al observar una distinta composición de la microbiota intestinal. El ratón ob/ob presentó bacterias con mayor expresión genética de enzimas que participan en la extracción de nutrientes, mayor fermentación a nivel intestinal y disminución de las calorías residuales en las deposiciones. También observaron que al trasplantar deposiciones desde ratones ob/ob hacia ratones normopeso, estos últimos desarrollaban obesidad en un plazo de dos semanas. Más tarde, se evidenció cambios en la composición de la microbiota antes y después del desarrollo de diabetes tipo 2 en una población de ratas ⁽⁴⁾.

El impacto que ejerce el consumo de probióticos sobre diferentes parámetros relacionados con la obesidad se ha estudiado administrando diferentes cepas de los géneros *Lactobacillus* y *Bifidobacterium* en ratones. Se han llevado a cabo múltiples estudios con metodologías bastante similares que han mostrado reducción de peso corporal en ratones alimentados con dieta alta en grasa a los que se les administraba o suplementaba la dieta con una o varias cepas probióticas ⁽³⁾.

Una correcta y adecuada ingesta de probióticos (los cuales se encuentran en yogurt y leches fermentadas) en una dieta proporciona un buen equilibrio de nuestro organismo y así un buen tratamiento para evitar enfermedades futuras o mejor aún complemento para el tratamiento de las mismas.

Conclusión

Las investigaciones efectuadas a lo largo del tiempo relacionados con los probióticos y la obesidad han servido para proporcionar información y posterior conocer más acerca del tema para llegar a mejorar las estrategias de intervención nutricional, en la cual se trate la obesidad y así las consecuencias que lleve consigo que son las enfermedades crónicas.

Referencias

1. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Sanz Y, Santacruz A, Dalmau J. Influencia de la microbiota intestinal en la obesidad y las alteraciones del metabolismo. *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67(9): 437-442.
3. Prados-Bo A, Gómez-Martínez S, Nova E, Marcos A. El papel de los probióticos en el manejo de la obesidad. *Nutr Hosp.* 2015;31(Supl. 1):10-18.
4. Fariás MM, Silva C, Rozowski J. Microbiota intestinal: Rol en la obesidad. *Rev Chil Nutr Vol.* 38, N°2, Junio 201.

Elsy Susana Edith Baltazar Alaniz.
Médico Cirujano Partero.
Universidad de Guadalajara.

María Elvia Edith Alanís Pérez.
Doctora en Cooperación y Bienestar Social por la Universidad de Oviedo,
profesor e investigador de Universidad de Guadalajara.

Recibido: 04/Ago/2017

Aprobado: 18/Ago/2017

Palabras Claves: Medicina, salud, estrategia, enfermedad.

La medicina tradicional es una parte importante y con frecuencia subestimada de los servicios de salud. En algunos países, la medicina tradicional o medicina no convencional suele denominarse medicina complementaria. Históricamente, la medicina tradicional se ha utilizado para mantener la salud, y prevenir y tratar enfermedades, en particular enfermedades crónicas.

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 se desarrolló en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (WHA62.13) ⁽¹⁾. Los objetivos de la estrategia consisten en prestar apoyo a los Estados Miembros a fin de que aprovechen la contribución potencial de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promuevan la utilización segura y eficaz de la MTC a través de la reglamentación y la investigación, así como mediante la incorporación de productos, profesionales y prácticas en los sistemas de salud, según proceda. La estrategia tiene la finalidad de ayudar a los Estados Miembros a desarrollar políticas dinámicas y aplicar planes de acción que refuercen el papel de la medicina tradicional en el mantenimiento de la salud de las personas.

La estrategia se orienta a profundizar la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, en cuyo marco se examinó la situación de la medicina tradicional en el mundo y en los Estados Miembros, y se establecieron cuatro objetivos básicos, a saber: en política: cuando sea posible, integrar la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre medicina tradicional; seguridad, eficacia y calidad: promover la seguridad, eficacia y calidad de la medicina tradicional mediante la ampliación de la base de conocimientos y la prestación de asesoramiento sobre normas reglamentarias y de garantía de la calidad; acceso: mejorar la disponibilidad y asequibilidad de la medicina tradicional, y especialmente el acceso de las personas pobres; uso racional: promover el uso terapéutico racional de la medicina tradicional entre los profesionales y los usuarios.

La medicina tradicional es reconocida por la OMS, como conocimientos o prácticas, terapias espirituales, técnicas manuales, ejercicios, aplicadas a ejercicios, aplicados de forma individual o en combinación para tratar enfermedades.

Existen diferentes técnicas de medicina alternativa, entre ellas la reflexología que trata de relajación, alivio del miedo, ansiedad, el cuerpo y el alma, aumenta la vitalidad y la confianza. La acupuntura, cuya técnica ha sido ya reconocida como efectiva, que trata de la inserción de agujas en el cuerpo para mejorar el bienestar del paciente. La homeopatía ofrece una curación por medio de la utilización de plantas en conjunto con la herbolaria. Se

conocen de manera científica ya varias propiedades de las plantas mejorando trastornos digestivos, antiparasitario, hipoglucemiantes, antidiabético, trastornos hepáticos, infecciones de vías urinarias, antiinflamatorios, infecciones de la garganta, trastornos del sistema nervioso, sedantes nerviosas, ansiolíticas.

Existen nuevas tendencias que se hacen pasar como medicina tradicional, tales como la iridología se relaciona con una vinculación de los ejes nerviosos en relación a que cualquier efecto queda en la mirada. No es considerada una rama de la medicina sino una medida preventiva mencionando es posible diagnosticar enfermedades como epilepsia, infecciones, embarazo, niveles de azúcar y TA, presencia de tóxicos en el organismo, fortaleza o debilidad. La hipnoterapia utiliza fuerzas naturales externas donde se induce al paciente a un estado de trance, y lleva a contenidos inconscientes, esta ciencia ha sido aplicada con razones psiconeuróticas, somáticas, de conducta, psicosomáticas. La magnetoterapia es el tratamiento de enfermedades mediante la utilización de campos magnéticos. La aromaterapia es considerada una pseudociencia no cuenta con una base específica, es por ello la importancia de no confundir la medicina tradicional de nuevas técnicas de estudio.

La medicina tradicional ha resultado ser una práctica médica importante para la calidad de vida de las personas. No obstante su estudio desde la psicología social y cultural ha visto pocos frutos. A partir del presente ensayo se pretende mostrar el panorama general de la salud, la medicina y la medicina tradicional como una aproximación a tal estudio, de modo que se destaque la relevancia de este estudio por sus consecuencias en la salud, atendiendo a una aproximación sobre la conducta de las personas dirigidas a este tipo de prácticas médicas y el por qué, a pesar de tener al alcance los servicios de salud oficiales, acuden a este tipo de prácticas médicas.

En el presente no se procura discutir la eficacia de dichas terapias; más bien retomarlas para identificar la importancia de las prácticas médicas en la sociedad respecto del mantenimiento o la mejora de la salud como un pilar para la calidad de vida de las personas, así como para comprender cuál es la implicación de lo biopsicosociocultural en las prácticas médicas, en específico de la llamada medicina tradicional.

Otra de las características por las cuales se distingue a la medicina alternativa y complementaria de la medicina tradicional, es por su implicación socioeconómica, ya que la medicina alternativa y complementaria está presente en países con un alto nivel de desarrollo socioeconómico. Por otra parte, es su identificación en países con un desarrollo económico en vías de desarrollo lo que caracteriza a la medicina tradicional. Así, se ha hecho también otra distinción de las prácticas alternativas o complementarias y de la medicina tradicional por regiones geográficas. Se habla entonces de Medicina Alternativa y Complementaria en países europeos y norteamericanos, en tanto que se habla de Medicina Tradicional en países como África, Latinoamérica y Australia. Pese a estas distinciones y por su relación, se ha hecho uso del término "Medicina Alternativa y Complementaria/Medicina Tradicional" cuando se hace referencia en un sentido global a todas esas características socioculturales, económicas y políticas en las prácticas médicas.

La enfermedad no es vista solo como un padecimiento sino como un entorno de trastornos espirituales, psicológicos, con una repercusión social y personal. La mayoría de los médicos, 80% trabajan en una región urbana lo que hace que lugares de comunidades y con distintos tipos de accesos queden desprotegidos, por lo que es necesario que las personas recurran a medicinas alternativas para mejorar y entender su proceso de salud y enfermedad. La medicina basada en la evidencia es uno de los ejes más importantes de nuestra ciencia, ya que es por medio de esta comprobación de hechos que podemos ejercer como consejeros para llevar una vida sana, así mismo con bases prácticas las medidas y los resultados obtenidos según las intervenciones a realizar.

Referencias

- Rojas Alba, M. (2009). *Tratado de Medicina Tradicional Mexicana. Bases históricas, teoría y práctica clínico-terapéutica*. Cuernavaca, Morelos, México: TIhaui.
- Salud, A. M. (31 de Marz0 de 2003). *Medicina Tradicional, Informe de la Secretaría*. Obtenido de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf
- Salud, O. M. (2013). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>



Convocatoria para cursar el Doctorado en Ciencias Socio Médicas. 2018-2019

Primera etapa de selección

- Entrega de documentos. Desde el 24 de abril al 30 de agosto de 2017.
- Evaluación de expedientes: del 4 al 8 de septiembre de 2017.
- Resultados evaluación de la 1ª etapa: 29 de septiembre de 2017.

Segunda etapa de selección

- Entrevistas y presentación de proyectos: del 2 al 20 de octubre.
- Resultados de la evaluación de la segunda etapa: 23 de octubre de 2017.

Tercera etapa de selección

- Examen CENEVAL aprobado (revisar fechas y lugares de registro: 29 de mayo, 24 de julio, 25 de septiembre).
- Examen de lecto-escritura de segunda lengua aprobado: solicitarlo en el UCUS o CUCSH, entrega hasta el 24 de octubre de 2017.
- Dictámenes finales: del 4 al 8 de diciembre de 2017.

Mayores informes

Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.
CMNO. Belisario Domínguez 1000.
Bajos de la Farmacia de la Clínica 3.
Colonia Independencia. Guadalajara,
Jal. CP. 44340. Tel: 3617 0060 y 3668
3000, extensión 31 818.



Documentación

- Poseer grado de Maestría en ciencias afines (salud, biológicas y sociales) y promedio superior a 80.
- Demostrar experiencia previa en áreas operativas, docente, vinculación o de investigación.
- Demostrar conocimientos y actitudes favorables hacia la investigación y la docencia en sociomedicina.
- Acreditar lectura y comprensión de segundo idioma en institución oficial.
- Demostrar habilidades en el uso de equipo de cómputo y de tecnologías de comunicación e información.
- Disponibilidad por escrito para dedicarse y pagar cuotas al programa de doctorado.
- Carta de motivos del aspirante y 2 recomendaciones académicas, responsabilizándose de hacer seguimiento.
- Presentar constancia de aprobación del examen del CENEVAL en Ciencias Socio-médicas.
- Presentar un anteproyecto de investigación acorde a las líneas del postgrado* (pondera 30 puntos).+
- Currículum vitae, acompañado de una copia de su mejor trabajo académico o logro profesional realizado.

Aquellos requisitos adicionales que establezca la normatividad universitaria correspondiente tanto para aspirantes mexicanos como extranjeros

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?

Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)

javier.garciaal@imss.gob.mx

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)

ana.salcedo@imss.gob.mx

Boletín U.I.S.E.S.S. está incluido en los índices:

Imbiomed

Dialnet

Latindex

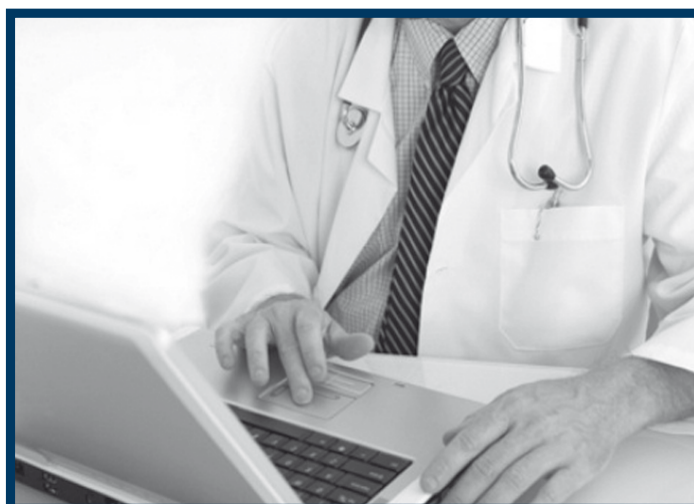
Benson collection of university of texas libraries

www.yakult.mx

Cengage learning

Visita nuestra página web:

www.uisess.org



BOLETIN UISESS, Año 18, Número 2, Mayo-Agosto 2017, es una publicación cuatrimestral editada por la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, ubicada en Centro Médico de Occidente, Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, C.P. 44349, Tel. 36683000 ext. 31818, Editor Responsable. Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-08311102490-106 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Impreso por Distribuidora Yakult Guadalajara S.A. de C.V. Periférico Poniente Manuel Gomez Morín No. 7425, Tel. 3134 5300. Este número se terminó de imprimir en septiembre de 2017, con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor. Sin embargo para fines didácticos se autoriza la reimpresión y traducción de trabajos publicados siempre y cuando se cite la fuente. También se otorga permiso para fotocopiar con fines de uso institucional interno, uso educativo en las escuelas o uso personal.

**Editora del Boletín**

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Ruth de Celis

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Ingris Peláez.

Dr. Francisco Javier Aceves Ávila

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wrigth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. José Antonio González Anaya

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Javier Dávila Torres

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cazares Queralt

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Cisneros Sandoval

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y Servicios de Salud

Dr. Javier E García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez