

“EL ARTE DE ESCUCHAR”: ACERCA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CONSULTORIO DE UN ACUPUNTURISTA BOGOTANO.

KELLY SALAMANCA BOLAÑOS
Código: 199921697

Monografía para optar al título de Antropóloga

Director: Roberto Suárez Montañez

Universidad de Los Andes
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología
Bogotá, Julio de 2003

CONTENIDO

	Pág.
Introducción	2
Capítulo I	
PLURALISMO DE SABERES MÉDICOS	5
1. De lo tradicional, de lo ortodoxo y de lo alternativo: Visiones del cuerpo humano, de la salud y de la enfermedad	8
1.2 La medicina tradicional y el modelo personalístico-naturalístico	8
1.3 La ciencia moderna y el paradigma biomédico	12
1.3.1 Una aproximación a la relación médico-paciente en la medicina occidental	15
1.4 El enfoque holístico de la salud	20
1.5 El caso de la Medicina Tradicional China	26
1.5.1 Acupuntura y Moxibustión	33
1.5.2 La acupuntura en Colombia	39
Capítulo II	
“LA MEDICINA DEL AMOR Y DE LA BONDAD”: HISTORIA DE VIDA DEL DR. TEO	44
2. Luchando contra el dolor	44
2.1 China: una lección de vida	48
2.2 El encuentro entre Oriente y Occidente: Marcando la diferencia y ofreciendo alternativas	50
2.3 El doctor de las agujas y sus personas consultantes	51
2.3.1 La primacía del libre albedrío	55
2.4 El hogar de los “quindeguaguas”	57
Capítulo III	
EL ACTO TERAPÉUTICO VISTO A TRAVÉS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UNA ETNOGRAFÍA EN EL CONSULTORIO	64
3. El descubrimiento del otro: Narrativas del paciente en torno a su terapeuta	64
3.1 El efecto placebo en la sesión de acupuntura	66
3.1.1 “El gran oído”: Interactuando con el médico	70
3.2 Representaciones sociales alrededor del tratamiento con acupuntura	73
3.2.1 “San Teo”: La eficacia simbólica de la experiencia terapéutica	77
4. ¿Las agujas o el acupunturista?: Una medicina para todos	79
5. Bibliografía	84

Introducción

El desplazamiento de las medicinas tradicionales o no-occidentales que ha tenido lugar durante los últimos ciento cincuenta años, se debe en gran medida al auge y extraordinario desarrollo que ha experimentado la medicina alopática u ortodoxa a nivel mundial. De hecho, la adherencia a la doctrina de la etiología específica, es decir, la tendencia a atribuir la causa de las enfermedades a un organismo externo y específico, se convirtió durante muchos años en la base de la efectividad de la lucha alopática contra las enfermedades infecciosas, hecho que convirtió a la medicina occidental en la primera opción de la mayoría de las naciones industrializadas y en una disciplina imbuida de gran prestigio. En tales circunstancias, las medicinas locales o tradicionales pasaron a un segundo plano mientras la autoridad alopática monopolizaba poco a poco los servicios de salud.

No obstante, desde hace un poco más de tres décadas, la situación descrita ha venido sufriendo cambios importantes gracias al interés del colectivo por obtener más calidad en la atención médica, teniendo en cuenta la extremada comercialización y especialización que la medicina alopática ha atravesado en los últimos tiempos. Lo anterior redundó en un nuevo interés de occidente por las miradas médicas tradicionales que aún conservaban el interés por la dimensión social del paciente y que hacían énfasis en la importancia de la faceta emocional de las enfermedades, es decir, enfoques multicausales y holísticos de las mismas, que en el marco de tales medicinas se oponían radicalmente a la visión monocausal de la medicina alopática.

En este orden de ideas, aparece la antropología médica como la disciplina que por excelencia se encarga de estudiar tales sistemas no-occidentales de interpretación de la enfermedad y como aquella que por consiguiente resalta la validez de las causas naturales, socioculturales, psicológicas y sobrenaturales a las cuales les es atribuida la enfermedad desde la mirada de los sistemas médicos en mención.

Como Freidson y Zola (Herrera; Lobo-Guerrero 1988:13) señalan, la antropología médica se dedica a estudiar distintos temas como el concepto de salud y de enfermedad, la "imagen del cuerpo", las concepciones etiológicas de la enfermedad, las técnicas diagnósticas y terapéuticas, y la formación, estatus y función, de los practicantes médicos en las diversas sociedades. Al mismo tiempo que se interesa por el comportamiento colectivo frente a la salud y a la enfermedad, la definición social del enfermo, la demanda y utilización de los servicios médicos, y por los problemas de la articulación de sistemas médicos diferentes en la atención de salud.

En su análisis de los distintos sistemas de pensamiento médico, la antropología médica sigue una línea que bien podría definirse como fenomenológica en la medida en que hace especial énfasis sobre la forma en que la gente comprende los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad, mientras encuentra los medios para interpretar tales procesos de pensamiento y sus consecuencias.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores acerca de la antropología médica y de la creciente demanda de los sistemas médicos tradicionales durante las últimas décadas en el mundo occidental, la presente monografía tiene como objetivo explorar las características de la relación médico-paciente en la práctica médica diaria de un médico acupunturista bogotano con el propósito de identificar no sólo las características de tal relación

sino la manera en que dicha mirada médica contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, mientras propone una visión de la vida, de la salud y de la enfermedad, radicalmente distinta a aquella que exhibe la medicina alopática.

Es importante mencionar que para llevar a término los objetivos propuestos, el presente escrito es el resultado de un largo proceso de investigación que se encaminó a explorar las versiones y narrativas tanto del médico acupunturista en mención como de sus pacientes, alrededor del acto terapéutico y de los términos en que se establece su relación. Para tales fines, la metodología utilizada consistió en una observación etnográfica en el consultorio del Dr. Teo durante los meses de enero, febrero y marzo de 2003, durante la cual, hice las veces de observadora y de paciente en algunas ocasiones. En general, se trató de una aproximación a las experiencias de la gente con el tratamiento de acupuntura y con su terapeuta, y por tanto, la realización de entrevistas se constituyó como una herramienta fundamental a la hora de descifrar las distintas narrativas. Los pacientes entrevistados se escogieron de manera aleatoria, sin tener en cuenta criterios específicos de género, edad, etc. En total, se realizaron 12 entrevistas a pacientes que resultaron provenir de grupos sociales bastante diferentes entre sí y que se convirtieron en una muestra representativa de la población total de pacientes en términos de edad, de ocupación, etc. De igual manera se llevaron a cabo varias entrevistas al Dr. Teo con el propósito de indagar acerca de su historia de vida y de sus versiones sobre los pacientes y su tratamiento.

La información contenida en el presente trabajo fue obtenida mediante las entrevistas ya mencionadas, a través de conversaciones informales con el Dr. Teo y los pacientes (de las cuales se obtuvo información supremamente valiosa) y finalmente, mediante la participación del ambiente cotidiano en el consultorio. Así, esta monografía fue escrita tomando como base los datos etnográficos obtenidos durante el trabajo de campo y sus tres capítulos contienen lo siguiente: el primero hace un recorrido por las visiones del cuerpo humano, de la salud y de la enfermedad a través de distintos saberes médicos, mientras explora las características de la relación médico-paciente en la medicina alopática, el segundo hace una descripción detallada de la historia de vida del Dr. Teo haciendo énfasis sobre los hechos que contribuyeron a delinear sus características actuales como terapeuta, y el tercero y último capítulo, integra los resultados del trabajo de campo en el consultorio apoyándose sobre las narrativas de los pacientes y sus versiones sobre su tratamiento y su terapeuta.

A modo de aclaración es importante mencionar que con el propósito de proteger la identidad, tanto de los pacientes entrevistados como del médico acupunturista con el que hemos trabajado, los nombres reales han sido cambiados por seudónimos.

Capítulo I

PLURALISMO DE SABERES MÉDICOS

A lo largo de la historia, las distintas sociedades humanas se han encargado de configurar formas infinitas de ver y entender el mundo dando origen tanto a comportamientos (individuales y colectivos), como a estructuras sociales específicas para cada grupo. Tales características, que varían enormemente de sociedad en sociedad, delimitan lo que desde la antropología se conoce como contexto cultural y que puede definirse como “todo el conocimiento aprendido y compartido por los miembros de una sociedad. . . que guía la forma en que viven, sus valores y creencias, la forma en que se comunican y cuáles son sus hábitos, costumbres y gustos, así como la forma en que satisfacen las necesidades colectivas” (Loustaunau; Sobo 1997:10).

El conocimiento cultural abarca todas las instancias de la vida humana y por tanto, también se refleja en el concepto de salud que las distintas sociedades poseen. De manera tal que, “la salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas médicos y de cuidado encargados de salvaguardar la salubridad y la higiene del cuerpo individual y social” (Suárez 2001:11). Por su parte, Arthur Kleinman (1980) agrega que la medicina puede considerarse como un sistema cultural¹ de gran significación simbólica, anclado en las instituciones sociales y en patrones específicos de interacciones interpersonales.

A través del tiempo y en todos los rincones del planeta, las enfermedades han hecho su aparición y han generado en los grupos humanos que las padecen, “alguna forma de respuesta dirigida a interpretar, prevenir, controlar, tratar o reparar el daño, la lesión, la misma enfermedad o bien, la muerte” (Pedersen 1988: 292). Bajo esta mirada se puede recordar a Kleinman (1995) quien habla de la medicina como «*organized health practices and decisive therapeutic choices . . . , so widespread around the world that it is surely a universal in human organizations, fundamental to what is deeply human in experience amid the vast diversity of cultural worlds*». Es sobre tales consideraciones de universalidad que el autor en mención se basa para formular una serie de características generales, que según su experiencia etnográfica, son compartidas por la mayoría de los sistemas médicos, aún cuando se trate de «*small-scale non-literate societies, low-income peasant societies, ore even high-income industrialized states*». En este orden de ideas, las características generales de los sistemas médicos alrededor del mundo incluyen:

- *Categories by which health is normalized and illness diagnosed*
- *Narrative structures that synthesize complaints into culturally meaningful syndromes*
- *Master metaphors, idioms, and other core rhetorical devices that authorize practical therapeutic actions and the means by which their “efficacy” is evaluated*
- *Healing roles and careers*

¹ Puede hablarse de la medicina como sistema cultural del mismo modo en que se habla de la religión, el lenguaje o el parentesco como sistemas culturales (Kleinman 1980:24).

- *Interpersonal engagements that constitute a vast variety of therapeutic relationships and modes of clinical interaction*
- *An immense panoply of therapies, seamlessly symbolic and practical operations, whose intention is to control symptoms and or their putative resources.* [Kleinman 1980: 207-208; 1995b: 22]

Los esfuerzos colectivos para dar sentido a la enfermedad, hacen parte del espectro de expresiones culturales que integran el conjunto del conocimiento médico de cada sociedad y son mantenidos, practicados y transmitidos en el marco de la comunidad a la que pertenecen. Decimos entonces que “el conocimiento médico se construye social y culturalmente” (Kleinman 1980: 35) y por tanto se requiere de condiciones particulares profundamente inscritas en la mentalidad colectiva para que éste posea la validez necesaria, ejemplo de ello son los *culture-bound syndromes*² que Robert A. Hahn (1995) define como aquellos síndromes cuya ocurrencia sólo es posible en la medida en que se presenten ciertas condiciones culturales muy específicas. De esta manera los *culture-bound syndromes* emergen como manifestaciones claras de la incidencia de la cultura en la interpretación de las enfermedades y por tanto “se ubican dentro de la categoría de *illness*, es decir, de la dolencia cultural, contraria a la categoría *disease* que hace referencia a la enfermedad física o al concepto estrictamente patológico” (Vila de Pineda 1989:27).

Un sistema médico “es el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual y colectiva” (Pedersen 1988:293). Nos referimos entonces a un sistema cultural anclado en un sustrato ideológico que varía enormemente según el grupo, la ubicación geográfica, el momento histórico³ etc., que como muestra Pedersen 1988, abarca dimensiones tan importantes como aquellas de los practicantes (médicos, curanderos, brujos, parteras, etc.) y de las tecnologías (drogas, hierbas o procedimientos tales como la cirugía, la adivinación o la acupuntura). Todo sistema médico se encuentra profundamente ligado a las representaciones sociales de las personas en torno al continuum salud-enfermedad⁴, consolidándose así “como una parte viva de la cultura, en tanto que su estabilidad y su dinámica se rigen por los mismos principios que los demás sistemas que integran el entramado cultural de un grupo” (Gutiérrez de Pineda; Vila de Pineda 1985, vol.2:14).

Con miras a profundizar sobre algunas de las ideas expuestas con anterioridad y con el propósito de indagar acerca de las diferencias culturales en materia de qué es salud y qué es enfermedad, tan importantes para el tema que nos ocupa, el capítulo que sigue tiene como fin hacer un recorrido

² Robert A. Hahn (1995) define un *syndrome* como un grupo de condiciones, generalmente patológicas, que bien pueden ser físicas y/o mentales, signos y/o síntomas, que se constituyen como una entidad.

³ Es importante mencionar que los sistemas médicos como sistemas culturales que son (Kleinman 1980), están sujetos a transformaciones profundas al igual que el grupo del que forman parte.

⁴ Cuando se habla del continuum salud-enfermedad se hace referencia a un hecho social inscrito en un horizonte complejo, en el que tal continuum es un complicado juego de lenguaje compuesto por tradiciones diferentes en las que se han sucedido múltiples fusiones de comprensión (Suárez; Forero 2002: 22).

por varios sistemas médicos sustancialmente diferentes entre sí, concluyendo con aquel de la Medicina Tradicional China que adquiere gran importancia en el contexto de la presente monografía.

1. De lo tradicional, de lo ortodoxo y de lo alternativo: Visiones del cuerpo humano, de la salud y de la enfermedad.

1.2 La medicina tradicional y el modelo personalístico-naturalístico

La medicina tradicional, que en palabras de Vila de Pineda (1989) puede considerarse como un sistema médico a pesar de las diferencias étnicas o regionales entre los grupos en cuyo contexto cultural está inscrita, se define como:

El resultado o bien, el producto sincrético de los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral. [Gutiérrez de Pineda; Vila de Pineda 1985:29-30]

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, resulta pertinente aclarar que no se trata de una sola medicina tradicional sino de muchas medicinas tradicionales, cada una de las cuales ha sido construida sobre la base de la orientación cognoscitiva de un grupo humano determinado y de sus creencias alrededor de la promoción de la salud y del conocimiento científico.

Foster y Andersen (1978) proponen una suerte de dualismo en la medicina tradicional, es decir, una división de la misma en sistemas médicos "personalísticos" y sistemas médicos "naturalísticos" según la etiología o el origen de la enfermedad. En este orden, según Loustaunau y Sobo (1997), los sistemas personalísticos plantean la aparición de la enfermedad debido a la intervención o la influencia de un agente externo activo que bien puede ser de origen humano (ej. un brujo(a), hechicero(a)) o de un ser sobrenatural (ej. un dios ancestral, una fuerza maligna o una deidad). Paralelo a ello, ni el factor accidental ni el azar cuentan en este caso como mediadores de la enfermedad, ésta última es el resultado de la acción deliberada de un agente externo.

Usualmente, en el contexto de la medicina personalística, la enfermedad se manifiesta como la consecuencia de "comportamientos antisociales o de infracciones morales por parte de quien la padece" (Loustaunau; Sobo 1997:98), es decir que su aparición está directamente relacionada con el modo de actuar de las personas y por tanto se convierte en un mecanismo de control social.

Las llamadas terapias personalísticas están orientadas "hacia descubrimiento de las causas de la enfermedad más que hacia el tratamiento en sí mismo" (Loustaunau; Sobo 1997:99). Una vez descubierto el por qué y el responsable de la dolencia, el paso a seguir es la implementación del tratamiento, que de acuerdo a Loustaunau y Sobo (1997) varía enormemente dependiendo del contexto cultural, de la situación específica e incluso

de las preferencias y la experiencia del terapeuta. Sin embargo y a pesar de las ya mencionadas variaciones, la medicina “personalística” generalmente integra elementos religiosos y mágicos con miras a conseguir la curación de quien padece la enfermedad.

Vila de Pineda (1989) describe la intervención de un poder sobrenatural que cura o produce el mal a través de un agente intermediario en el sistema médico mágico-religioso y arguye que el establecimiento de una distinción entre magia y religión en este sentido es una tarea muy difícil. “Las cabezas médicas mágico-religiosas pueden ser aquellas que curan y agreden con técnicas exclusivamente mágicas, las que lo hacen mediante espíritus, las que curan sobre principios religiosos o una mezcla de las tres” (Gutiérrez de Pineda; Vila de Pineda 1985, vol.2:117). El chamán, figura mística, religiosa y política que ha estado presente desde la prehistoria y que hoy en día hace parte de muchos grupos cazadores recolectores de Asia, África, Oceanía y América, se convierte en ejemplo importante de la versatilidad de una cabeza médico-religiosa, en la medida en que “. . . sus funciones sagradas y sociales no solamente abarcan muchas facetas del contexto cultural sino que les convierten en sanadores, visionarios y líderes espirituales que regulan el orden social desde una perspectiva tanto religiosa como secular” (Halifax 1979:4). Como Whiteford y Friedl (Loustaunau; Sobo 1997) plantean, el chamán es un individuo poderoso cuyo poder proviene directamente de los dioses, los espíritus o las fuerzas espirituales y quien es capaz de transmitirlo directamente a la gente; ya sea actuando como médium, a través del cual el poder se pronuncia, o como adivino, revelando acciones pasadas conectadas con la aparición de la enfermedad.

Paralelamente a los sistemas médicos personalísticos, encontramos aquellos denominados naturalísticos que de acuerdo con Gutiérrez de Pineda y Vila de Pineda 1985, explican la enfermedad en términos impersonales y sistémicos, que conforman un sistema de equilibrio. Al decir de Loustaunau y Sobo 1997, desde una perspectiva naturalística las enfermedades pueden tratarse sin intervenciones sociales, sobrenaturales o espirituales; lo cual significa que “la culpa de la dolencia no es del enfermo en sí, ni se difiere a la voluntad de otra persona o entidad” (Gutiérrez de Pineda; Vila de Pineda 1985, vol.2:129), sino que por el contrario se construye todo un sistema preventivo con el propósito de evitar la(s) causa(s) natural(es) de la enfermedad.

Fundado etiológicamente sobre principios naturales, el curanderismo hace parte del horizonte que conforman los sistemas médicos naturalísticos y se divide en dos vertientes principales. Por un lado encontramos la medicina casera, que se constituye como la atención médica inicial del enfermo al nivel del hogar y cuya ejecución corresponde generalmente a las mujeres. Son ellas quienes poseen un saber médico transmitido culturalmente y anclado en el curanderismo, que les faculta como guardianas de la salud familiar. A la par de la medicina del hogar, Vila de Pineda (1989) sitúa el curanderismo propiamente dicho que, “a diferencia de la modalidad precedente está presidido por una cabeza médica, que satisface más o menos los principios de socialización profesional que espera la cultura” (Gutiérrez de Pineda; Vila de Pineda 1985, vol.2: 128). El curandero, que recibe distintos nombres de acuerdo a su especialidad y al contexto cultural en el que se desenvuelve⁵, cura con ayudas naturales tales como plantas,

⁵ . . . también se le conoce como *yerbatero*, *hojero* en sus formas más elementales, o *botánico* en su calidad máxima, porque “cura” con plantas; *sobandero*, *sobador*, *huesero*, *componedor*, el que se encarga de

minerales y animales a las que no se les adjudican cualidades sobrenaturales y que hacen las veces de mediadores directos en la recuperación del equilibrio, que se ha visto perturbado con la aparición de la enfermedad. El equilibrio en términos de los hábitos alimenticios, de la vida sexual, de las prohibiciones propias de la cultura, etc., adquiere gran importancia en el contexto del curanderismo como sistema médico, pues es mediante su promoción y mantenimiento que resulta posible evitar o curar la enfermedad con miras a la consecución de la salud, cuyo significado varía considerablemente de sociedad en sociedad.

En general, la solidez de los conocimientos teórico-prácticos de las medicinas tradicionales (personalísticas y naturalísticas), no sólo les ha permitido permanecer vigentes a pesar de las profundas transformaciones experimentadas a través del tiempo, sino que les ha garantizado un lugar privilegiado en el panorama terapéutico de las sociedades contemporáneas, aún cuando en muchas de ellas la influencia de la medicina facultativa⁶ es enorme y aceptada consuetudinariamente. Para el caso de aquellas sociedades donde por el contrario, “la profesionalización de la medicina no existe, las medicinas tradicionales constituyen en sí mismas la totalidad del sistema de salud local” (Kleinman 1980: 59).

1.3 La ciencia moderna y el paradigma biomédico⁷

El gran desarrollo de las ciencias naturales a partir del siglo XVII, basado desde una perspectiva epistemológica, en aportes experimentales como “la descripción matemática de la naturaleza de Francis Bacon, el método analítico y la certeza absoluta en la razón de Rene Descartes y la metáfora del mundo máquina de Isaac Newton” (Fonseca 1998:2), explora una posibilidad de conocimiento de la realidad que en palabras de Fernandes (Uribe Merino 1990), sigue un proceso de razonamiento lógico a partir del hecho empírico, produciendo como resultado una representación objetiva y verdadera. Dentro de esta racionalidad, las ciencias naturales se impregnaron de las pretensiones de conocimiento de la ciencia moderna y por tanto se insertaron de manera paulatina pero progresiva “en el mundo de la medición, del cálculo, de la geometría y de la mecánica de los cuerpos. . . , en el cual se da razón de todo en términos de precisión y de objetividad” (Fonseca 1998:2).

De la mano de las ciencias naturales y sus pretensiones de universalidad, las ciencias de la salud aparecen en el panorama científico occidental a través del paradigma biomédico, sistema médico del mundo occidental en el siglo XX, del cual se expone lo siguiente:

«The central characteristic of this paradigm is the materialization of health and illness. . . Illness becomes a ‘biological fact’ and is defined in terms of tissues, organs, cells, nerves, bloodstreams, etc. . . , it is rationalistic and mechanistic (Descartes-Newton) and is based upon dualism, which makes a division between an objective body and a subjectively experienced corporality». [Lafaille 1993:4]

traumatismos óseos o de las articulaciones, . . . *comadronas empíricas, teguas*, etc. (Gutiérrez de Pineda; Vila de Pineda 1985: 128).

⁶ También recibe el nombre de biomedicina, medicina alopática, ortodoxa u occidental.

⁷ Robert A Hahn (1995) aclara que el prefijo *bio* se utiliza con el fin de resaltar el enfoque biológico que caracteriza a la medicina Occidental.

Su visión de la enfermedad en términos de “desorden o hecho biológico” (Lafaille 1993:4), para el cual existen una o varias causas físicas tales como «*a cromosomal aberration, a bacterium or a virus, or a certain life style or life conditions*»(Rijke 1993:74), así como las formas de tratarla o combatirla, que generalmente cuentan entre ellas con medicamentos agresivos, cirugías, etc.; están profundamente imbuidos de la filosofía materialista y monocausal, fundamento del método científico en la modernidad.

El énfasis sobre el “cuerpo objetivo” (Lafaille 1993:4) y sobre la biología, ha permitido a la medicina occidental proveerse de un gran cúmulo de avances científicos en el terreno de las causas de la enfermedad, de los mecanismos para combatirla y por ende en aquel de la conservación de la salud, entendida en este contexto, como la ausencia de enfermedad. En este orden de ideas, la visión mecanicista del cuerpo humano, heredada de la lógica cartesiana, ha cumplido un papel fundamental en la aparición y consolidación de las especialidades en el terreno de la biomedicina. Tal división del trabajo entendida como especialización en medicina es «*the result not only from technical advances and new knowledge but from intense struggles for recognition by practitioners*» (Hahn 1995: 135) y se basa sobre el interés del modelo biomédico por construir un conocimiento detallado sobre el cuerpo humano, sus funciones y sus patologías. Según Hahn (1995), las especialidades se dividen según dimensiones como: sexo, edad, circunstancias específicas de los pacientes, ocupaciones, partes del cuerpo, órganos, etapas de la intervención médica, agentes etiológicos o síntomas de las enfermedades, así como técnicas de tratamiento. Sobre este terreno, especialidades como la patología, que se encargan de determinar “la naturaleza, las causas y el desarrollo de condiciones consideradas anormales” (Hahn 1995: 133) en el cuerpo humano, se convierten en la expresión directa del interés de la biomedicina por consolidarse como una disciplina científica capaz de ofrecer un conocimiento sólido y suficientemente estructurado al paciente.

El modelo biomédico concibe la salud como “el estado del organismo caracterizado por un óptimo funcionamiento sin evidencia de enfermedad o anormalidad” (Hahn 1995:132). Esta última definición al igual que aquella de la enfermedad como “desorden o hecho biológico” (Lafaille 1993:4), implican necesariamente la ausencia casi absoluta de la persona, de sus intereses, de sus sentimientos; para dar paso a un marcado interés por prevenir, tratar y curar la enfermedad o anormalidad en su cuerpo con el propósito de “promover la salud y por esa vía postergar la llegada de la muerte” (León 1980; de Francisco Zea 2001). Sobre este punto aparecen posiciones encontradas como por ejemplo aquella de Good (1994), quien arguye que

«the idea that disease is fundamentally, even exclusively, biological, has enormous power within medicine. Not that experiential or behavioral matters are ignored, certainly not by good clinicians, but these are matters separate from the real object of medical practice».
[Good 1994:70]

El aporte de tal reflexión permite hacer referencia a las críticas que en los últimos años ha sufrido el modelo biomédico en términos de la relación médico-paciente y por consiguiente de la deshumanización de la misma. La posición de Good (1994) reivindica en cierta medida a la ciencia

biomédica en este terreno, en la medida en que da cuenta de la dificultad y esfuerzo que conlleva su estudio en las aulas y plantea cierto desplazamiento de los asuntos culturales y simbólicos del paciente por parte del futuro médico, en virtud del énfasis que este debe hacer sobre los aspectos biológicos y físicos de su carrera.

Ya sea desde una perspectiva o desde la otra, el llamado desplazamiento de la persona y la insistencia sobre los síntomas, tan presente en biomedicina, encuentra sus raíces más profundas en la formación universitaria recibida por el terapeuta. Si bien las escuelas médicas varían considerablemente entre sí, podría decirse que existe cierta uniformidad en términos de los criterios cuantificables y verificables utilizados para aproximarse a la salud y a la enfermedad. A este respecto, Suárez (1999) expone el caso de la educación médica en Colombia, la cual se encuentra claramente direccionada hacia la formación de profesionales expertos en su campo, mediante la incorporación de los mecanismos positivistas del paradigma biomédico. Lo que según el mismo autor, traduce en una educación médica que apunta hacia la consecución de ideales de racionalidad, exigencia y capacidad, universalmente aceptados en cuanto a un profesional de la salud se refiere.

Probablemente, la carencia de programas bien estructurados dirigidos a introducir al estudiante de medicina en el universo cultural de los pacientes, en los distintos modos de ver y entender el acto terapéutico así como el continuum salud-enfermedad, se constituye como una de las causas directas de las dificultades que hoy por hoy atraviesa el modelo biomédico en términos de la inconformidad de los pacientes con respecto a la atención recibida.

Concibiendo la vida humana a partir de las leyes de la naturaleza y reafirmando una y otra vez sobre la idea del “conocimiento técnico científico de criterios cuantificables, verificables y experimentales, que ubican a la enfermedad y a la cura en el plano de un acto instrumental” (De la Cruz, et al.1999:244), el modelo biomédico, de la mano de su efectividad comprobada en la erradicación y curación de numerosas enfermedades, ha logrado alcanzar una posición privilegiada en muchísimos lugares del mundo. La primacía y la autoridad alcanzadas por el paradigma biomédico pueden describirse en términos de su consolidación “como el primer y único sistema médico en la historia de la humanidad, que ha logrado no solo influenciar, sino en innumerables casos desplazar, las definiciones de salud, las prácticas médicas y los sistemas curativos tradicionales” (Fulder 1993: 105). De hecho, hablar de medicina Occidental resulta una tarea poco práctica si se tiene en cuenta que “desde hace mucho tiempo la biomedicina se convirtió en una institución global” (Kleinman 1995:25) que ha logrado superar las fronteras de Occidente para convertirse en un producto transcultural.

1.3.1 Una aproximación a la relación médico-paciente en la medicina occidental

Para Pedro Laín Entralgo (1964), no existe nada más fundamental, elemental y permanente en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo. La vinculación que se establece de manera inicial entre ambas partes, se constituye como el fundamento de la relación médica, que

encuentra sus bases más profundas en los términos del encuentro y que varía considerablemente con el paso del tiempo y con el contexto cultural en el cual tenga lugar.

En este orden, “la relación médica es muy delicadamente sensible a las mudanzas de la historia . . . el continuo progreso de los recursos diagnósticos y terapéuticos, modifica, como es obvio, la apariencia más externa de esta relación” (Lain Entralgo 1964: 16); y por tanto existen y han existido a lo largo de la historia de la humanidad modos diferentes de establecerla. Las distintas formas de vida de los seres humanos alteran el fundamento de la relación médico-paciente y delimitan sus características desde la base de los supuestos sociales, históricos, políticos y socioeconómicos de la cultura.

Considerando lo anterior, “tanto como «médico», el médico es «ateniense», «cristiano medieval», «neoyorquino» o «moscovita», y lo mismo puede y debe decirse del enfermo” (Lain Entralgo 1964:16). Como lo plantea Uribe Merino 1990, esto implica que en el marco de la relación médico-paciente se expresan, tanto el modelo conceptual de la ciencia médica, como las características de la práctica médica, es decir las herramientas de que dispone el médico, para enfrentar la enfermedad.

Tanto el arsenal teórico como los instrumentos técnicos, están en poder de un ser concreto, poseedor de cierta capacidad para manejarlos, pero además poseedor de su propia ideología, tanto como ser social, como de la ideología médica, lo que podría llamarse, la orden de los médicos. [Uribe Merino 1990: 44]

Tales características definen la forma en que el médico actúa con el otro, el paciente, que a su vez ha asimilado por diferentes vías, el discurso médico. Las particularidades psicológicas y culturales del paciente son en extremo importantes en la medida en que actúan de manera decisiva a la hora de establecer una relación con el terapeuta en las circunstancias en la que ésta se haga necesaria.

La relación médico-paciente en el ámbito de la medicina occidental se ha fundamentado desde el principio sobre un arsenal tanto técnico como discursivo determinado por la lógica particular del paradigma biomédico. En tal escenario, el médico o terapeuta «*possesses the technical abilities, within limits, of alleviating the patient's suffering, treating illness and preserving life*» (Loustaunau; Sobo 1997: 133) mientras que el paciente por su parte «*is threatened with pain, disability, and the possible end of existence and must rely on the doctor's knowledge, skill and moral and ethical behavior; this requires a great deal of trust on the part of the patient*» (Loustaunau; Sobo 1997: 133). Las diferencias básicas entre el rol del médico y aquel del paciente están estrechamente relacionadas con la idea de cientificidad que pretende el quehacer médico occidental, en medio de la cual, es el saber cuantificable, verificable y estricto del terapeuta aquel que aparece como garante de credibilidad y efectividad. De acuerdo a esto, el paciente⁸ adquiere un rol pasivo frente a su salud y a su enfermedad para dejarlas en manos del médico que lo atiende. Es este último quien,

⁸ Término que etimológicamente hace referencia a aquel que tiene paciencia, que tiene la capacidad para esperar tranquilamente las cosas que tardan. En el ámbito de la medicina occidental, “el término paciente se refiere a ese ser que tiene paciencia con su mal, lo tolera, lo sufre sin aspavientos, se resigna; ese ser que tiene

avalado por un discurso médico poderoso y convincente, se convierte en una figura de autoridad que asume una actitud paternalista. A ello puede sumarse la concepción occidental del llamado enfermo o paciente, que según Diego Gracia (1990) le convierte en un incompetente físico y moral que debe ser conducido en ambos campos por su médico, construyendo así una relación médico-enfermo basada sobre principios paternalistas y absolutistas. Sin embargo una relación de esta naturaleza no es producto del azar o de la simple voluntad de las partes, por el contrario, tanto el médico como el paciente están profundamente relacionados a la estructura social en la que viven y en consecuencia “el sistema médico actúa como marco normativo dentro del cual se relacionan unos y otros, cumpliendo una clara función ideológica y reproduciendo de acuerdo a determinadas condiciones éticas, jurídicas, profesionales y culturales, una relación asimétrica de imposición y dominación” (Uribe Merino 1990:46).

Por otra parte, Arthur Kleinman (1995) nos muestra cómo la biomedicina ha sido objeto de una gran institucionalización debido a su ya conocido desarrollo bajo el poderoso régimen capitalista. Sobre este punto nuevamente aparece el fantasma de la eficiencia que expresado a través de la racionalidad técnico-instrumental, característica de la biomedicina desde sus orígenes, «*controls practice, transforming the doctor into the “provider” of a “product” that is advertised, marketed and sold*» (Kleinman 1995:37). El médico es entonces un burócrata, el paciente un usuario o consumidor de un producto que es la medicina en sí misma, y por tanto la relación entre las partes se reduce a un encuentro de poca duración que generalmente se produce utilizando un lenguaje médico lo suficientemente difícil como para confundir en lugar de aclarar la situación para el paciente. Al decir de Jean Clauvrel (De la Cruz, et al.1999), es por esta razón que el enfermo nunca puede estar en otra relación distinta con el equipo de salud, recurre a él, es invitado a suscribirlo, a someterse a una autoridad y trata de razonar sobre su enfermedad dentro de los conceptos y los términos médicos. En la mayoría de los casos, aquello que es objeto de las críticas más agudas en el terreno de la relación médico-paciente en la medicina occidental, es el desencuentro producido por la incapacidad del terapeuta para lidiar con el mundo personal y cultural del paciente, es decir la dimensión subjetiva de su vida y de sus dolencias, debido a las cuales va en busca de ayuda. En casos como el anterior, el médico actúa como figura represora y controladora de un orden en el cual es él quien imbuido de nociones de científicidad desde la escuela de medicina, rechaza las prácticas médicas empíricas y las creencias del paciente en torno a su proceso salud-enfermedad; dificultando de esta manera la relación interpersonal. Es decir que el discurso médico está básicamente orientado hacia la enfermedad y sus manifestaciones, los síntomas, mientras que aquel del paciente simplemente no existe, debido a que éste no maneja el mismo lenguaje y tampoco posee el conocimiento para establecer un diálogo al mismo nivel que su contraparte. En palabras de Uribe Merino 1990, en la relación médico-paciente de la medicina occidental, se hace necesario que una de las partes sea el enfermo, quien en últimas carece de punto de vista y pierde importancia, en tanto que representa el lenguaje de la subjetividad, completamente opuesto al discurso objetivo del médico.

también paciencia con su médico, que lo espera largas horas, lo deja hacer, obedece la prescripción, vuelve al control...” (García 1990: 9).

La efectividad y la autoridad, tan mencionadas en líneas anteriores, son sin duda alguna dos de los elementos más importantes y determinantes llegado el momento de establecer una relación médico-paciente en el marco de la biomedicina. La historia nos muestra cómo, ya desde tiempos de Hipócrates, el médico debía esmerarse en su apariencia personal y en su comportamiento, sinónimos de saber, experiencia y orden; con el propósito de ganarse la confianza de sus pacientes. Otras señales testimoniales de la autoridad y la importancia del médico, pueden ser “los títulos y diplomas expuestos en el consultorio, la limpieza y pulcritud de este último, su ubicación, la confianza y seguridad que exprese al hablar y hasta el hecho de mantener la sala de espera suficientemente llena (Uribe Merino 1990:73).

No obstante todos los esfuerzos por cumplir a cabalidad con criterios de orden, eficacia, autoridad, etc., y a pesar de los logros abismales alcanzados en materia de salud en los últimos cien años, hoy en día la biomedicina atraviesa por un momento de cuestionamientos y transformaciones profundas en materia de la relación médico-paciente.

En las últimas décadas se ha producido una suerte de reivindicación de los saberes médicos tradicionales, sumada al advenimiento de nuevas alternativas para el tratamiento de las enfermedades y para la conservación de la salud. En medio de tantos cambios, la relación médico-paciente ha adquirido gran protagonismo y de la mano de las inquietudes de los pacientes, se ha desarrollado un interés cada vez más grande por la participación de la persona en su proceso salud-enfermedad y un gran rechazo hacia los modelos paternalistas y autoritarios que dejan a la persona por fuera y la reducen al nivel de hombre-máquina. Es así como la medicina occidental se preocupa cada vez más por modificar sus estrategias de acercamiento al paciente y por desarrollar programas educativos que introduzcan al terapeuta en el mundo social del mismo, con el propósito de formar profesionales capaces de tratar no sólo enfermedades sino a los seres humanos que existen detrás, desde una perspectiva integral.

1.4 El enfoque holístico de la salud

La autoridad alcanzada por el paradigma biomédico en el panorama terapéutico del mundo entero, ha sido objeto de cuestionamientos en lo que se refiere a las dificultades que presenta para enfrentar las situaciones que involucran la experiencia humana en el ámbito clínico. En otras palabras, hacemos énfasis sobre aquellos matices del quehacer médico y de la relación médico-paciente que *«cannot be understood or explained in a materialist, reductionist biomedical paradigm. . . and are revealing that paradigm to be incomplete»* (Micozzi 2002:398).

Tales cuestionamientos o críticas han venido directamente desde la perspectiva de pacientes o consumidores⁹ y de algunos de los profesionales de la salud preocupados “por los aspectos iatrogénicos¹⁰ y burocráticos de la biomedicina” (Baer 2002: 404), entre los que se cuentan, por un lado, los efectos secundarios de muchos medicamentos, los tratamientos agresivos para evitar la muerte, la visión del cuerpo humano como una máquina que

⁹ Kleinman (1995) habla del paciente como consumidor de un producto (biomedicina) que es ofrecido por un proveedor (médico) y que accede a él a través de artificios burocráticos extensivos.

¹⁰ Los aspectos iatrogénicos aquí mencionados se refieren a cualquier trastorno causado por la actividad médica o los medicamentos administrados.

puede arreglarse y por el otro, el alto costo de los servicios médicos, incluyendo honorarios del terapeuta y costo de los medicamentos, que incluso en las sociedades industrializadas representan una de las razones principales por las cuales la gente no acude a la biomedicina como su primera opción en asuntos de salud y enfermedad, o simplemente la complementa con otras ayudas terapéuticas. Estos cuestionamientos han contribuido enormemente en la expansión de un interés colectivo y claramente generalizado hacia la visión holística del cuerpo humano expresada a través del movimiento popular en pro de las mal llamadas medicinas alternativas, cuyo origen Hans A. Bauer (2002), ubica a principios de la década de los sesenta en los Estados Unidos de América y que con el tiempo logró expandirse hacia muchos otros países del mundo.

La medicina holística

«is a philosophy of practice that generally emphasizes the primacy of the doctor-patient relationship, the importance of psychological, social and spiritual factors in health and illness, the acceptability of non-conventional modalities of treatment, and the responsibility of the patient for participation in the health-process». [Root Wolpe 1990: 915]

Si bien, de alguna u otra forma, esta corriente de pensamiento filosófico ha estado presente a lo largo de la historia de la biomedicina¹¹, es solamente hasta los años sesenta que se produce *«the modern resurgence of holism, an outgrowth in part of feminism and other sister social movements, such as the peace and ecology movements»*(Root Wolpe 1990: 915); que no sólo ha trascendido en el tiempo y en la geografía, sino que se ha consolidado como el origen de una transformación profunda en el ámbito de la medicina alrededor del mundo.

En medio de una atmósfera de inquietud como la descrita y de lo que Marc S. Micozzi (2002) define como un *«paradigm shift in health and medicine»*, era de esperarse que la Organización Mundial de la Salud se pronunciara al respecto y prueba de ello fue su reunión en Alma Ata¹² (1978), donde se hizo oficial la denominación de “Alternativos” para todos aquellos saberes médicos que no estuvieran considerados o institucionalizados en el marco del paradigma biomédico y que adoptaran bases conceptuales distintas a los métodos positivistas del primero. No obstante, cuando se hace alusión a tales medicinas o terapéuticas como “alternativas” cabe la posibilidad de estar cometiendo un error semántico por cuanto el significado literal de la palabra *alternativo* sugiere *«something that is “mutually exclusive” or a “choice between two or more things”*; lo que en el caso de estos saberes médicos implicaría una denominación poco realista en la medida en que éstos no son, bajo ninguna perspectiva, “la alternativa” o la “soñada e inexistente panacea contra todos los males”(González, et al. 1995:4). Bajo esta mirada, “la fuerza de la costumbre hace que este título sea el que se deba continuar utilizando, así sea necesario insistir en que deben entenderse tan solo como *otras* alternativas y no como *la alternativa*” y reiterar el hecho de que todas las medicinas son complementarias (González, et al. 1995:4). Es posible que debido a esta circunstancia y en un intento por reducir la confusión semántica, durante los últimos años se haya producido lo que Hans Bauer

¹¹ Según Hans Bauer (2002), a principios del siglo XIX en los Estados Unidos se produjo una respuesta colectiva a las incapacidades de la llamada medicina “heroica” bajo el nombre de Movimiento de Salud Popular, que promovía enfoques de tratamiento alternativos tales como el vegetarianismo.

¹² Capital de la República de Kazajistán.

(2002) describe como un desplazamiento de los términos *medicina alternativa*, *medicina holística* o *salud holística* por la nueva denominación «*complementary and alternative medicine (CAM)*», en la que los términos *alternative medicine* dan cuenta del uso de determinadas terapias como substitutas del tratamiento biomédico y los términos *complementary medicine* se refieren al uso de tales terapias conjuntamente con aquellas propias de la biomedicina.

Por otro lado, cabe señalar que en el conjunto de las CAM podemos encontrar dos dimensiones diferentes: 1). las medicinas denominadas tradicionales o etnomedicinas¹³ y 2). otros conocimientos médicos de aparición relativamente reciente. Las primeras, como ya se ha mencionado, son aquellos sistemas médicos que avalados por la experiencia colectiva y trascendiendo las fronteras del tiempo, han ganado un lugar prioritario en el contexto cultural de las diferentes sociedades humanas; a manera de ejemplo, tenemos a la Medicina Tradicional China, la medicina Ayurvedica en la India, las medicinas indígenas Americanas, etc. El interés social, abogando por el mejoramiento de la calidad de la atención médica y la consecuente humanización de la misma, encontró en los sistemas médicos tradicionales tanto de Oriente como de Occidente la respuesta que estaba buscando, una visión integral de la vida humana capaz de establecer una relación directa entre mente, cuerpo y entorno social. Así, aún existiendo diferencias considerables en términos de la cultura, las sociedades industrializadas de Occidente han sido capaces de elaborar una reinterpretación de muchos saberes médicos ancestrales logrando una introducción y adaptación de los mismos a su panorama terapéutico local.

En segunda medida, encontramos los conocimientos médicos de desarrollo más reciente, entre los cuales se cuentan, entre muchos otros: la Homeopatía, la Terapia Neural, las Esencias Florales, la Cromoterapia, la Auriculomedicina; todos ellos apoyados en la interacción mente-cuerpo y en su percepción como una unidad, así como «*focusing on the energetic aspects of the body, the emphasis on the flow and balance of energy, implying a dynamic interaction that is different from the static grasp of matter*» (Micozzi 2002: 401), tan evidente en el contexto de la biomedicina.

En general, el carácter holístico de las CAM permite que compartan entre sí numerosas características en torno a la visión del cuerpo humano, a la relación médico-paciente y el continuum salud-enfermedad: que incluyen:

- *A strong belief in the body's ability to heal itself, if given a chance. This is variously defined as vitalism, vis medicatrix naturae, bionenergy, "chi", and so on. . .*
- *Treating the whole person—mind, body and spirit—not just isolated physiological systems.*
- *Patient-centered rather than practitioner-centered (success defined more by patient satisfaction than by the results of a laboratory test).*
- *Reversing the underlying causes of ill health rather than just symptom relief.*
- *Using therapies, preferably found in nature, that support the body's own healing processes rather than therapies that take over body processes (e.g., immune support rather than antibiotics).* [Pizzorno 2002:404-405]

¹³ «*Ethnomedicine simply means "the medicine of the people", those health beliefs and practices that permeate every society*» (Clark 1995: 20).

Sin embargo y a pesar de las características comunes mencionadas, también existen entre las llamadas CAM, algunas diferencias importantes. Por esta vía, Joseph E. Pizzorno Jr. (2002), contiene una propuesta hacia la definición y la diferenciación de las mismas, argumentando que la categoría de Medicinas Alternativas y Complementarias se vuelve arbitraria en la medida en que *«indiscriminately lumps together essentially any practice or practitioner that is not convencional, regardless of philosophy, training, research, safety, efficacy, or ethics»* (Pizzorno 2002:406). Lo que traduce en una propensión generalizada hacia la reducción de la multiplicidad de saberes médicos existentes a una categoría específica, debido en gran parte, al auge de los mismos en las sociedades capitalistas de Occidente y a la necesidad apremiante de encontrar una forma de denominarlos.

En el afán por rotular la práctica de los distintos conocimientos médicos en el panorama terapéutico occidental, se ha pasado por alto la necesidad de establecer una clara diferenciación entre lo que se entiende como sistema médico y aquello que se denomina terapia o terapéutica. Con el fin de evitar confusiones, definiremos un sistema médico como el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios destinados al desarrollo y práctica de una medicina concreta, mientras que la terapia o terapéutica, en el sentido exacto, concierne al tratamiento, el cual, es sólo uno de los aspectos de las medicinas.

Las Medicinas Alternativas y Complementarias (CAM) integran tanto sistemas médicos en general, como terapias o terapéuticas aisladas que a su vez hacen parte de sistemas médicos que tienen un particular enfoque de la vida, la salud, la enfermedad; como sistemas médicos aparece por ejemplo, la medicina Ayurvedica de la India y como terapéuticas la acupuntura y la moxibustión que no son sistemas médicos en sí mismos pero hacen parte de la Medicina Tradicional China a manera de terapéuticas. Lo que sucede es que en un momento de cambio paradigmático como el que se vive en la actualidad, las sociedades capitalistas de Occidente se han vuelto hacia modos distintos de pensar el mundo buscando soluciones más tranquilas y menos agresivas en materia de salud. Es así como de una variedad enorme de posibilidades, han retomado y reinterpretado distintos elementos, que aunque provenientes de contextos opuestos y profundamente diferentes entre sí, a la luz del pluralismo cultural que reina en Occidente, adquieren sentido y se insertan perfectamente en una nueva atmósfera social.

A pesar de ello, vale la pena destacar que no todo es color de rosa en materia de medicinas y terapias alternativas y complementarias, por el contrario, existen serias dificultades en el campo de la práctica por cuanto que en muchos casos tanto el llamado terapeuta como su tratamiento resultan ser no sólo fraudes, sino también un peligro inminente para el paciente. Las dificultades, según Joseph E. Pizzorno Jr. (2002), tienen que ver directamente con la aceptación colectiva de que toda práctica médica conceptualmente diferente al modelo biomédico, se considera dentro de los parámetros de los alternativo o complementario. Es de esta manera como aparecen en el horizonte médico occidental una serie de practicantes de distintas disciplinas "alternativas", algunos interesados en lo lucrativo del negocio y con poca formación profesional, otros sin mayor formación profesional pero cargados de buenas intenciones y convencidos de su vocación de servicio; que en últimas resultan siendo una amenaza potencial para el paciente, que recurre a ellos movido por la necesidad de curarse o buscando una mejor calidad de vida.

En general, el campo de lo alternativo y lo complementario en todo lo que se refiere a la salud y al bienestar integral, requiere todavía de definiciones claras y del establecimiento de límites, con el fin de evitar confusiones y así poder ofrecer posibilidades confiables a los pacientes. Este es un proceso paulatino que requiere de trabajo por parte de sistemas gubernamentales, organizaciones mundiales pioneras de la salud, profesionales, etc., y se constituye como un camino, que si se recorre acertadamente, llevará de seguro a la consecución de un pluralismo médico capaz de satisfacer las necesidades cambiantes de la población mundial en cuanto a su salud y a su enfermedad.

1.5 El caso de la Medicina Tradicional China

Siguiendo con el tema de las llamadas Medicinas Alternativas y Complementarias, el caso de la Medicina Tradicional China es bastante ilustrativo al respecto. Esta última ha entrado con fuerza en las sociedades industrializadas de Occidente para adquirir la denominación de “medicina internacional”, en el sentido de su capacidad para adaptarse a las necesidades terapéuticas de distintos grupos humanos alrededor del mundo. Como resultado, existen interpretaciones distintas alrededor de esta medicina que llevan a considerarla dentro de dos márgenes opuestos; por un lado como superstición y efecto placebo¹⁴ en los casos en que la medicina Occidental se considera como la poseedora absoluta de la verdad y por el otro, como un sistema de pensamiento *«more ancient, more spiritual, or more holistic, and also more “true” than Western medicine. . . attitude that threatens to turn Chinese medicine from a rational body of knowledge into a religious faith system»* (Kaptchuk 2000:2) cuando existe un desencanto de la ciencia y la cultura Occidental de por medio.

Las actitudes anteriores se constituyen como barreras para la comprensión de la realidad que abarca la Medicina Tradicional China y es por esta razón que resulta pertinente aclarar las dudas que existen al respecto. Se trata de un sistema coherente e independiente de pensamiento y práctica que ha sido desarrollado durante miles de años y que al decir de Ted J. Kaptchuk (2000) es el resultado de un proceso continuo de pensamiento crítico así como de observación clínica extensiva y se encuentra enraizado en la filosofía, la lógica, la sensibilidad y los hábitos de una sociedad radicalmente distinta a la Occidental, que apuntan directamente al desarrollo de modos particulares de ver y entender la salud y la enfermedad.

En la Medicina Tradicional China, la atención se dirige fundamentalmente hacia el individuo desde una perspectiva tanto fisiológica como psicológica, además toda la información relevante, incluyendo el síntoma o los síntomas así como las demás características generales

« . . . is gathered and woven together until it forms what Chinese medicine calls a “pattern of disharmony”. . . this pattern describes a situation of “imbalance” in a patient’s body. Oriental diagnostic technique does not turn up a specific disease entity or a precise cause, but renders an almost poetic, yet workable, description of a whole person. The Chinese are interested in discerning the relationships in human activities occurring at the same time. The logic of Chinese medicine is organismic or synthetic, attempting to organize symptoms and signs

¹⁴ *«...from the Latin, placere “to please”, placebo medicines and procedures, even placebo surgery, are thought to produce desired effects because they are believed by patients to have these effects. Placebos are thought to work independently of specific pharmacological or physiological properties, such as those associated with other medical treatments».* [Hahn 1995:89]

into understandable configurations. The total configurations, the patterns of disharmony, provide the framework for treatment. The therapy then attempts to bring the configuration into balance, to restore harmony to the individual». [Kaptchuk 2000:4]

Es así como para la MTCh¹⁵ las partes integran el todo y viceversa, es decir que desde su ideología, nada puede entenderse de manera integral si se aísla de la totalidad a la cual pertenece. Por esta vía, el paciente es el protagonista de su proceso salud-enfermedad y por tanto se hace énfasis sobre la forma en que este percibe y entiende sus síntomas, es decir, que se da prelación a la categoría *illness* sobre el concepto patológico o estrictamente físico conocido como *disease*. Ted J. Kaptchuk (2000) arguye que el anterior es el objetivo por excelencia de la MTCh, lo que no significa necesariamente que sea menos lógica que la medicina Occidental sino definitivamente, menos analítica.

La teoría de la relación entre las partes y el todo que subyace a la MTCh se haya profundamente inscrita en la teoría del Yin-Yang, concepto fundamental del pensamiento Taoista. «*The Tao is an indifferntiated whole. . . it is both the unity of all things and the way the universe works. Yin-Yang is a symbolic representation of a universal process that portrays a changing rather than static picture of reality*» (Beinfeld; Korngold 1991:49). En este orden, el Yin-Yang expresa el cambio constante, la inexistencia de lo absoluto; “son las polaridades presentes en todas las cosas del universo, que existen en la medida en que existe su contrario. . . y cada una de ellas contiene algo de su opuesto” (González 1995: 11), en este sentido, Yin y Yang son inseparables y a la vez distintos entre sí.

«The character of Yin is associated with such qualities as cold, rest, responsiveness, passivity, darkness, interiority, downwardness, inwardness, decrease, satiation, tranquility, and quiescence. It is the end, completion and realized fruition. The original meaning of Yang implies brightness and is part of one common Chinese expression for the sun. Yang is associated with qualities such as heat, stimulation, movement, activity, excitement, vigor, light, exteriority, upwardness, outwardness, and increase. It is arousal, beginning, and dynamic potential» [Kaptchuk 2000:8].

El carácter del Yin-Yang adquiere sentido a la luz de la “correspondencia sistemática”, fundamento teórico de la Medicina Tradicional China. Wong y Pang (2000) señalan que tal teoría de la “correspondencia sistemática” de todos los fenómenos del universo fue desarrollada en China hace más de 2000 años y fue gracias a su aparición, que el mundo se comienza a entender como un sistema de correspondencia mutua caracterizado por la doctrina del Yin-Yang y los Cinco Elementos, que en el caso del organismo humano se expresa mediante el «*parallelism and synchronicity of events in it's inner and outer world*» (Beinfeld; Korngold 1991:40). La ya mencionada teoría de la correspondencia conceptualiza al organismo humano como un microcosmos del universo, en interacción dinámica constante, buscando el estado de equilibrio y sus componentes oscilando entre los dos polos arquetípicos del Yin-Yang. Paralelamente a este último simbolismo, «*there are five Evolutionary Phases, namely the concepts associated with wood, fire, earth, metal and water. These concepts represent qualities that succeed and influence one and other in a well-defined cyclical order*» (Wong; Pang 2000:2).

¹⁵ Medicina Tradicional China

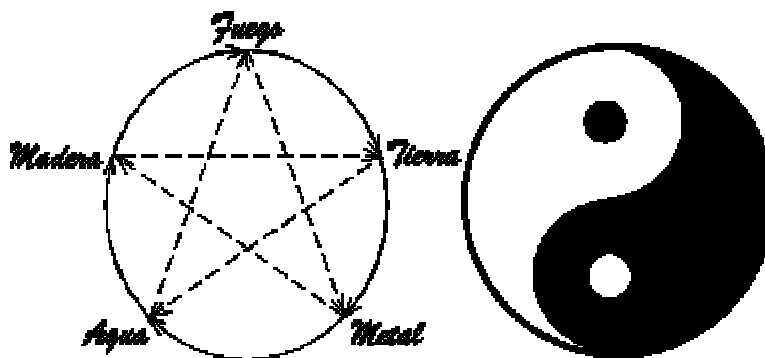


Fig. 1 Los Cinco Elementos

Fig. 2 Yin-Yang

A este respecto, Anne Underwood (2002) agrega que la MTCh no sólo considera el equilibrio entre Yin-Yang y los cinco elementos como requerimiento básico para el estado de armonía del ser humano, sino que también incluye aquel entre los seis factores exógenos (viento, frío, calor, humedad, sequedad y otros tipos de calor) y los siete estados emocionales (alegría, ira, ansiedad, nostalgia, miedo, tristeza y terror). Gracias a que el individuo está en interacción constante con tales fuerzas en su vida diaria, el estado de exceso o deficiencia de los mismos, puede traer consigo la enfermedad, entendida como una carencia de armonía en el nivel individual o social. Es por esto que el objetivo principal de la MTCh es mostrar el camino hacia la consecución de la armonía en los distintos aspectos de la vida, camino que se refleja en las enseñanzas del Taoísmo, cuerpo conceptual del pensamiento Chino desde la antigüedad. “El Tao indica un camino de economía energética en todas las esferas de la vida, señala que la energía del ser humano se agota cuando se cae en todo tipo de extremos: trabajo, descanso, bebidas, comidas, sexualidad. . . El Tao es el camino del justo medio” (González 1990:102). Las consideraciones anteriores nos llevan a comprender que en el marco de la MTCh, la salud es el equilibrio de los distintos componentes energéticos tanto físicos como sociales, y la enfermedad el desequilibrio de los mismos. Así vemos cómo ambos estados se fundamentan sobre el principio de la bioenergética, es decir de la doble cualidad Yin-Yang de la energía que circula a través del cuerpo humano, y cuya regulación se convierte en el objetivo de las distintas terapéuticas que integran este sistema médico.

Pero ¿cómo hablar de armonía sin antes explorar la noción china del Qi¹⁶? En general, el significado literal del Qi es prácticamente imposible de delimitar, por cuanto que las diferencias de lenguaje son abismales. No obstante, podría decirse que el Qi, en el pensamiento chino, aparece como *«the state of being of any phenomena. . . everything in the universe, inorganic and organic, is composed of and defined by its Qi. . . it is the pulsation of the cosmos itself»*(Kaptchuk 2000:43). Vemos cómo el Qi se manifiesta como uno de los conceptos más ambiguos a los ojos de Occidente pues encierra las bases más profundas del pensamiento chino en torno a la naturaleza y al cosmos en general. El Qi es entonces el hilo conector de todo lo que existe, es el común denominador de todas las cosas del universo, desde los minerales hasta los seres humanos, y por tanto es la fuerza

¹⁶ se pronuncia chi

que permite el mantenimiento del orden, del equilibrio, que media el crecimiento y la transformación. Ted J. Kaptchuk 2000 pone de manifiesto que sin la existencia del Qi tampoco existe la noción del Yin-Yang, debido a que se constituye como el tejido del universo que explica el cambio. En el sentido puntual de la Medicina Tradicional China, el Qi aparece como “el principio vital o raíz cósmica primaria, traducido comúnmente en términos de energía vital, entendida como la fuerza motriz de la totalidad de los fenómenos físicos y mentales” (González 1995:11).

Paralelamente a la noción del Qi, aparece aquella de xue (sangre), que con su carácter Yang «*is the responding, acceptive, effortless, soft and nurturing complement of the clinical Qi*» (Kaptchuk 2000:52). Su función primordial es aquella de circular continuamente a lo largo y ancho del cuerpo, alimentándolo y humectando sus partes, a través de los llamados Meridianos¹⁷ o canales¹⁸, que “corresponden a trayectos virtuales por donde circulan el Qi y el xue, que sin ser vasos sanguíneos en el sentido occidental, se encargan de conectar e integrar las partes fundamentales del organismo” (González 1995: 12). La teoría de los canales o Meridianos es la base conceptual para los sistemas terapéuticos de la MTCh -especialmente para la acupuntura- y gracias a que conectan el organismo de manera integral, poseen un papel protagónico en el mantenimiento de su equilibrio. «*Like the matrix of waterways that cover the surface of the earth, these channels empty into one another, intersect, and have underground as well as surface streams, connecting the interior with the exterior of the body* » (Beinfeld; Korngold 1991:236). De igual manera, tal teoría toma de presente que cualquier tipo de desorden en un Meridiano no sólo causa desequilibrio en el mismo, sino que puede redundar en una afección del órgano con el cual se encuentra ligado. Como dice Ted J. Kaptchuk (2000), un desorden en el Meridiano del estómago, por ejemplo, puede desencadenar dolor en los dientes superiores gracias a que tal Meridiano pasa a través de las encías superiores, mientras que un dolor en los dientes inferiores puede deberse a un desorden en el Meridiano del Intestino Grueso. A continuación se hace una breve exposición de los doce Meridianos principales y su relación con los Cinco Elementos, sin embargo es importante tener en cuenta que esta teoría es sumamente compleja y explicarla en su totalidad rebasa las posibilidades del presente escrito.

«The Meridian system is made up of twelve regular Meridians that correspond to each of the five Yin and six Yang Organs, and to the Pericardium (which for the purposes of Meridian Theory is an independent Organ). These are sometimes called Jing Meridians. There are also eight extra Meridians, only two of which, the Governing Vessel and the Conception Vessel, are considered major Meridians. This is because they have independent points—points that are not also on any of the twelve regular Meridians. The paths of the other six Extra Meridians all intersect with these twelve Meridians and have no independent points of their own. There are also many small, finer, netlike minor Meridians, called Luo Meridians. The twelve regular Meridians along with the Governing and Conception Meridians are the fourteen major Meridians. They and the minor Meridians are the warp and woof of the body». [Kaptchuk 2000:106].

¹⁷ «*The word Meridian as used in East Asian medicine refers to a translation of the Chinese term **jing-luo**. **Jing** means “to go through” or “a thread in a fabric”; **luo** means “something that connects or attaches”, or “a net”* » (Kaptchuk 2000:105).

¹⁸ «*“Channel” is in fact a better translation of **jing-luo** than “Meridian”. The word “channel” is closer to the Chinese, suggesting a three-dimensional conduit that contains some kind of substance» (Kaptchuk 2000:132).*



Fig. 3 Meridiano del Bazo

Finalmente, en términos del diagnóstico en la MTCh, el paciente no se enmarca dentro de una categoría específica de enfermedad, sino que lo que debe determinarse «*is the dynamic state of the patient in relation to his or her natural and social environment*» (Wong; Pang 2000:3). Con el fin de restaurar la armonía en el individuo, los métodos terapéuticos de la MTCh se encaminan hacia la estimulación del organismo de manera natural, con el propósito de activar su propia capacidad para sanar y para recuperarse. Esta es una visión positiva del cuerpo humano que lo considera como una entidad integral capaz de compensar por sus propios medios, el incremento o déficit anormales de la energía Yin-Yang, causantes de la enfermedad. Por esta vía, existe también una gran valoración del mundo subjetivo de la persona que consulta a un terapeuta, es decir que a diferencia de la posición de autoridad que mantiene el médico occidental con respecto al paciente, en el caso de la MTCh, se establece una relación más cercana y democrática; que contribuye de una manera positiva a la disminución de los síntomas o a la resolución exitosa de los problemas tratados. Esto se traduce en la capacidad del paciente para participar en su proceso salud-enfermedad y para asumir la responsabilidad de su propia vida. Situación que se refleja claramente en:

... los métodos diagnósticos de la MTCh que permiten y exigen un estrecho acercamiento entre el médico y la persona examinada: tiene un enorme valor lo que siente y sabe esta persona sobre su salud y su enfermedad, así esto no pueda demostrarse objetivamente por uno de los tantos métodos diagnósticos de la medicina Occidental que cuantifican algunas de las funciones o disfunciones del ser humano. De igual manera se incentiva el *ojo clínico*, entendido como aquello que el médico siente y sabe, así no sea claramente demostrable. [González 1995: 13].

1.5.1 Acupuntura y Moxibustión

De una manera interesante, las modalidades terapéuticas que integran la MTCh, entre las que se cuentan la acupuntura y la moxibustión, los masajes (digitopresión o acupresión), la terapia herbal, los regímenes de ejercicio, etc., no se dirigen estrictamente hacia el tratamiento de los síntomas, sino que por el contrario trabajan a un nivel más profundo, como lo es aquel del desequilibrio energético, entendido como el origen

mismo de la enfermedad. Además, cada una de ellas se fundamenta sobre la teoría de los Meridianos o canales a través de los cuales circulan el Qi y el Xue, y es mediante su utilización que explican el acceso terapéutico al cuerpo y sus funciones.

En el caso concreto de la acupuntura, modalidad terapéutica de la MTCh más utilizada tanto en China como en el mundo para la recuperación de la armonía en el cuerpo humano, el tratamiento consiste en “la inserción de agujas en puntos específicos situados en la superficie del cuerpo, con el fin de prevenir, curar, aliviar o rehabilitar las enfermedades o los síntomas” (González 1995:9). En palabras de Ted J. Kaptchuk (2000), la efectividad de la inserción de las agujas en distintos puntos de la piel, tiene que ver con la relación entre el exterior y el interior del cuerpo que establece la MTCh. Es decir que debido a que los puntos de acupuntura se encuentran ubicados sobre los canales o Meridianos, y gracias a que estos últimos tienen la función de conectar el exterior con el interior; la estimulación producto de la inserción de las agujas, resulta en la activación de la bioenergía que viaja a través de los Meridianos otorgando bienestar al organismo. «*The needles can reduce what is excessive, increase what is deficient, warm what is cold, cool what is hot, circulate what is stagnant, move what is congealed, stabilize what is reckless, raise what is falling, and lower what is rising*» (Kaptchuk 2000:108).



Fig. 4 Inserción de una aguja de acupuntura



Fig. 5 Paciente con agujas de acupuntura en algunos puntos de la espalda

La moxibustión por su parte, consiste en la aplicación de calor sobre los puntos de acupuntura y comparte con ella la misma finalidad. Se trata de generar calor mediante la combustión de hojas secas de la planta medicinal *Artemisia Vulgaris*, que por lo general, se organiza en forma de un cigarro que se quema en uno de sus extremos y se acerca a la piel, calentando el punto a tratar. Fernando González (1995) indica que la moxibustión es especialmente efectiva en los casos de síntomas o enfermedades que se producen o agudizan con el frío y se alivian con el calor.



Fig. 6 Aplicación de calor sobre un punto de acupuntura con un cigarro de moxa

De otro lado, es importante agregar que aunque se hable de acupuntura y moxibustión por separado, la realidad es que ambas modalidades terapéuticas comparten los mismos principios y buscan los mismos fines, pero mediante la utilización de instrumentos diferentes. Esto se hace aún más explícito cuando se tiene en cuenta que “en el idioma Chino, no existen dos palabras por separado para denominarlas ni se habla independientemente de cada una, sino que por el contrario, los ideogramas que las representan son: y se pronuncian ZhengJiu (Zheng = acupuntura y Jiu = moxibustión)” (González 1995:10).

Según Douglas Allchin (1996), desde una perspectiva histórica, el pueblo Chino siempre se ha preocupado más por la eficacia en la práctica que por la explicación en sí misma, factor casi siempre fundamental para la ciencia Occidental. Fue precisamente bajo tales premisas de práctica empírica que se dio origen a la acupuntura y aunque nada concreto puede demostrarse al respecto, lo que sí puede decirse es que fue el producto de un proceso paulatino y una cuidadosa sistematización de observaciones realizadas durante largos periodos de tiempo acerca del cuerpo humano y su relación con el entorno social y natural. También es factible que factores accidentales como punciones, golpes, heridas o quemaduras, hayan desencadenado una respuesta positiva como el alivio de un síntoma o de un dolor; hechos que muy seguramente condujeron a la indagación y a la búsqueda de la relación causa-efecto, contribuyendo así al desarrollo de un sólido conocimiento a través de la experiencia y la práctica. «*In the Acupuncture case, the noticing of one point was surely supplemented by or prompted by noticing another point or points. We may surmise that the documentation of even one effective acupuncture point could sensitize someone to notice, or even look for another. . .*»(Allchin 1996:112).

En la antigüedad, “las agujas eran fabricadas a base de materiales como piedra, hueso y bambú, según la evidencia arqueológica que se cree perteneció a la Dinastía Han en China (año 200 a.C.)” (González 1988:102). Al parecer en tiempos posteriores se fabricaron a base de bronce, cobre, oro y plata y en la actualidad se utilizan agujas filiformes de acero inoxidable cuya inserción y manipulación no produce mayor sensación de dolor. La aguja de acupuntura es un instrumento de intermediación entre el hombre y su entorno social y natural, es el vehículo que permite:

1. La manipulación de las energías del hombre. La penetración en el medio interno de nuestra cerrada estructura, supone una toma de contacto con las energías internas.
2. Se ponen en contacto las energías del hombre con las del cielo. La aguja es la ANTENA de recepción de las señales. Se trata de un contacto directo. . . MACROCOSMOS - MICROCOSMOS.
3. Las interrelaciones que se establecen con las intencionalidades del terapeuta. A éstas se deben añadir las manipulaciones que sobre la energía del hombre establece el terapeuta. La intermediación del hombre sobre el hombre se nos muestra imprescindible cuando se quiere establecer el contacto hombre-cosmos. [Padilla 1988:438]

Para Ted J. Kaptchuk (2000), la teoría clásica reconoce 365 puntos de acupuntura sobre los Meridianos que atraviesan el cuerpo humano. Sin embargo y gracias a su capacidad para descubrir nuevas posibilidades terapéuticas mediante la práctica, en la actualidad el número de puntos asciende aproximadamente a 2.000, que pueden utilizarse para tratar un sinnúmero de problemas diferentes.

Cada uno de los puntos posee una acción terapéutica determinada y pueden definirse como sitios “. . . de energía que comunican el exterior con el interior y lo superficial con lo profundo” (González 1988: 103). La escogencia de los puntos a tratar depende del criterio del terapeuta, quien dependiendo de la situación general del paciente determina cuáles puntos son los apropiados. Generalmente se combinan los puntos según la necesidad y se inserta el número de las agujas que sea conveniente dependiendo del criterio del terapeuta. Debido a que los canales o Meridianos no coinciden estrictamente con el modelo anatómico de la medicina alopática, resulta difícil para un observador Occidental comprender que los puntos donde se inserta la aguja de acupuntura generalmente se encuentran alejados del sitio del cuerpo sobre el cual se supone deben actuar. Lo que debe tenerse en cuenta es que «*they are connected by the Qi flowing along the meridians. . .*» (Allchin 1996:110) y por tanto, el hecho de que se encuentren alejados, no significa que el efecto de la aguja de acupuntura se pierda.

En términos del diagnóstico en acupuntura y con el fin de determinar el tratamiento apropiado según la persona. Según Beinfield y Korngold (1991), el terapeuta interroga a la persona sobre sus síntomas en el presente y en el pasado (historia médica), condiciones heredadas (historia familiar), medio ambiente (social y natural), estilo de vida (ocupación y hábitos) así como una faceta psicológica que incluye pensamientos, emociones y relaciones. De la misma manera, durante la entrevista “se enfatiza sobre los aspectos concernientes al balance Yin-Yang; por ejemplo, hora del día en que se agravan los síntomas, relación con el frío y el calor, efectos del ejercicio o de la presión en el aumento o disminución del dolor, el sueño, características de la materia fecal y la orina, la alimentación, los sabores preferidos, etc.” (González 1988:105). Además de las preguntas efectuadas, se le presta particular atención a la observación del color y apariencia del rostro y la lengua¹⁹ del paciente, de esta última se detalla la forma, el tamaño, el color, el grado de humedad, la presencia o no de saburra²⁰ y sus características principales. El método de diagnóstico

¹⁹ Fernando González (1995) señala que la lengua hace parte de las diversas somatotopias que la MTCH reconoce en el cuerpo humano. Es decir, que pequeñas partes del cuerpo, como la oreja, la mano, el pie y la lengua, representan la totalidad del mismo y en sus características se reflejan las alteraciones de sus distintos órganos y estructuras principales.

²⁰ Acumulación de materia que se suponía formarse en el estómago tras una mala digestión.

también combina la auscultación, la olfacción y la palpación, esta última especialmente orientada al pulso, cuyas cualidades son claramente reveladoras de la situación fisiológica o patológica de los sistemas energéticos del cuerpo humano en general. El pulso cuenta con ocho características básicas (ej. fuerza, profundidad, velocidad, etc.) y la MTCh reconoce la existencia de 28 tipos de pulsos, que ayudan a determinar el origen de síntomas y enfermedades.

Una vez que se tiene la información anterior, el terapeuta está en la capacidad para determinar “... si la enfermedad está en la superficie o en la profundidad, si afecta a los órganos internos o sólo a los canales y colaterales y si el Yin o el Yang están en exceso o en deficiencia” (González 1988:106); para luego seleccionar los puntos a tratar y la técnica a utilizar (pueden ser agujas, moxas, masajes, etc.). Entre los puntos de acupuntura que el médico elige pueden hallarse los puntos auriculares, que adquieren especial importancia en la medida en que representan de manera detallada la totalidad del cuerpo humano, por esta razón pueden tratarse de manera exclusiva o bien pueden combinarse con los puntos corporales. Estos últimos también pueden tratarse solos, sin necesidad de recurrir a aquellos del pabellón auricular.

La duración y la frecuencia del tratamiento varía de acuerdo a la persona, «... *since according to Traditional Chinese Medicine, each person is a unique riddle to be solved*» (Beinfeld; Korngold 1991:246). Algunos solamente necesitan unas cuantas sesiones mientras que otros deben seguir un tratamiento a largo plazo para recibir beneficios, esto depende del estilo de vida del paciente, de la gravedad de su condición y de la duración de los síntomas antes de consultar al acupunturista. Generalmente, las sesiones no duran menos de una hora y deben programarse de manera que no transcurra mucho tiempo entre sí. Lo ideal es que tengan lugar varias veces a la semana en un principio para que posteriormente puedan espaciarse según la evolución del paciente.

De todas las modalidades terapéuticas de la MTCh, la acupuntura ha sido objeto de la mayor difusión e investigación en Occidente. El sistema médico ortodoxo ha demostrado, mediante numerosas investigaciones y a través de un proceso de validación clínica, los mecanismos nerviosos, químicos e inmunológicos que la sustentan y que garantizan su eficacia indiscutible en ciertos terrenos. Por esta vía, entre los descubrimientos occidentales más importantes acerca de la acupuntura, encontramos aquel de su efecto sobre el dolor gracias a su capacidad para liberar las endorfinas del cuerpo, también conocidas como la analgesia natural del mismo. De acuerdo con Anne Underwood (2002) lo anterior sumado a la forma en que contribuye al bienestar general del paciente, aumentando la serotonina del cerebro; se constituye como la fuente del interés creciente, que sobre ella, deposita el sistema de salud occidental.

Sin embargo y a pesar de haberse convertido en una alternativa terapéutica segura y efectiva para muchas personas en el mundo Occidental, la acupuntura necesita todavía de mayor difusión mediante la educación formal y de una reglamentación sólida para su ejercicio, con el fin de consolidarse en el naciente panorama médico pluralista e integral.

1.5.2 La acupuntura en Colombia

La llegada de la acupuntura a Colombia no es atribuible a ningún personaje o circunstancia en especial y por tanto no existen registros confiables de la misma. No obstante, podemos hablar de una historia relativamente reciente que muy seguramente tuvo origen a principios del siglo XX.

Según Fernando González (1996), se tiene noticia de un médico, que durante las primeras décadas del siglo pasado, se dedicaba a tratar las dolencias de sus pacientes utilizando unas finas agujas. Su ocupación y el afecto que despertaba en aquellas personas que atendía le hicieron merecedor del apelativo “Dr. Agujas”. De la misma manera, es bien sabido que en la década del cincuenta, algunos oficiales y soldados colombianos que habían hecho parte de la guerra de Corea y que habían aprendido ciertas nociones de acupuntura durante la misma, se dedicaron a practicarla en Colombia aún cuando no tenían ninguna formación médica. No obstante, los casos anteriores se constituyen como experiencias aisladas que no contaron con mayor seguimiento y que muy seguramente tuvieron impacto a pequeña escala.

Finalizando los años cincuenta y comenzando los sesenta, se produjo un desarrollo considerable de los sistemas de comunicación en el mundo, lo que permitió la difusión generalizada de las características y logros de medicinas tradicionales como la MTCh. En este contexto, la primera cirugía de amígdalas realizada utilizando anestesia acupuntural en Shangai el año de 1958 fue, según Fernando González (1996), uno de los acontecimientos fundamentales en la propagación de la MTCh en Occidente. Ya en 1972, la visita a China del entonces presidente estadounidense, Richard Nixon, fue de suma importancia no sólo para el estrechamiento de las relaciones diplomáticas entre ambos países sino para el descubrimiento occidental de los logros de la sociedad china en distintos aspectos.

A la luz de los hechos descritos, unos cuantos médicos colombianos tuvieron noticia de los beneficios ofrecidos por la acupuntura y la moxibustión, de los cuales, algunos estudiaron en lugares como Argentina o Europa, mientras que los demás lo hicieron de manera autodidacta. Durante la misma década, “luego de realizar estudios de homeopatía, terapia neural y acupuntura en Alemania, el Dr. Germán Duque Mejía funda el primer centro de enseñanza, práctica y documentación sobre estas disciplinas en la Hacienda Los Robles de Popayán, al lado del Dr. Julio Cesar Payán de la Roche” (González 1996:2). Cabe agregar que la experiencia de Los Robles fue pionera del interés por las “otras medicinas” en América Latina.

En un intento por dar a conocer la acupuntura en el país, en 1975, la Asociación Médica Sindical -ASMEDAS- presenta en varios escenarios académicos a un médico acupunturista originario de Taiwan, quien realizó conferencias y demostraciones. Ese mismo año un grupo de 20 personas -estudiantes de los últimos años, internos, residentes y profesores de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia- se interesan por la acupuntura y la moxibustión y por tanto dan inicio a su estudio de manera autodidacta, utilizando como texto guía el “Compendio de Acupuntura China” editado por la Academia de Medicina Tradicional China y que por esos años sólo se conseguía en inglés. Fue esa precisamente la época del auge del Maoísmo en China, del cual se tuvo noticia en Colombia, a través de las revistas y publicaciones chinas que se distribuían de manera gratuita y continua alrededor del mundo. Estas contenían gran cantidad de artículos y fotografías acerca de los grandes beneficios de la MTCh y especialmente de la acupuntura, que en últimas, contribuyeron

a despertar el interés del grupo de personas en mención por aprender y así poder ejercer tales modalidades terapéuticas en su medio local.

Fernando González (1996) nos muestra que la práctica de la acupuntura en Colombia fue reglamentada por primera vez en 1980 cuando el ICFES promulgó la resolución 050. Según el autor, en ella se limitan a señalar que la medicina es una sola y que disciplinas como la acupuntura o la homeopatía son métodos terapéuticos que pueden ser practicados únicamente por médicos titulados, pero no se establecen otros requisitos específicos para su práctica. Tres años después, en 1983, "... la Asociación de amistad Colombo-China trae al país a los doctores Yang Zhao Ming y Zi Zhen, profesores chinos pertenecientes a la Escuela de Medicina Tradicional de Nanjing, quienes se encargan de formar a médicos colombianos en los fundamentos de la acupuntura y la moxibustión, con base en un programa elaborado por la Organización Mundial de la Salud y basado en cursos intensivos de 250 horas, entre 3 y 4 meses, con jornadas diarias de 6 a 8 horas" (González 1996:7).

Ya para mediados de 1984 se crea la Sociedad Médica Colombiana de Acupuntura y Moxibustión –SOMCOLAM- organización que, con objetivos científicos, contribuye a darle bases legales y jurídicas a la práctica de la acupuntura y la moxibustión en el país. Todo esto obedeciendo a la necesidad de legitimar tales modalidades terapéuticas a la luz de la Ley 21 de 1981 que normatiza la Ética Médica en Colombia y que exige a los médicos realizar sólo procedimientos diagnósticos y terapéuticos respaldados por las organizaciones científicas reconocidas por el gobierno nacional. Entre las actividades iniciales de SOMCOLAM se cuentan la edición periódica de un boletín informativo de distribución gratuita, actividades periódicas de información, capacitación, investigación, etc., la realización del primer simposio colombiano de fundamentos de la acupuntura y la moxibustión realizado en Buga en 1988 y el primer congreso colombiano de acupuntura y moxibustión realizado en Bogotá el año siguiente. Por otra parte, también en 1984 viaja a China el primer médico colombiano que con una beca del gobierno de dicho país realiza estudios de postgrado en acupuntura, moxibustión y anestesia acupuntural; quien a su regreso en 1986 da inicio a un servicio asistencial denominado Clínica de Alivio del Dolor basado en la acupuntura, la moxibustión y métodos complementarios, en la sección de anestesiología de la clínica Santa Rosa de la Caja Nacional de Previsión. A partir de tal experiencia, cada año han viajado a China aproximadamente 4 médicos colombianos para llevar a cabo programas de estudios similares.

A pesar de la inexistencia de parámetros específicos de formación, investigación y práctica de la acupuntura en Colombia, así como el vacío en cuanto a una reglamentación que precise sus campos de acción y la responsabilidad de aquellos que la ejercen, el interés de la comunidad académica por la misma no ha disminuido. Por esta vía, los cursos realizados por la Asociación de Amistad Colombo-China, aquellos llevados a cabo por la fundación para el desarrollo de la acupuntura y la moxibustión-FUNDAMOX- en la Universidad Nacional en Bogotá así como muchos otros seminarios, conferencias, simposios y congresos que han tenido lugar en los últimos años, han servido enormemente para difundir información acerca del tema pero lamentablemente no han sido suficientes para capacitar médicos acupunturistas formales, como sí sucede en países donde su enseñanza está institucionalizada a nivel profesional. Debido a esto la mayoría de los médicos colombianos que hoy en día ejercen la acupuntura, han estudiado ya sea en China o en países como Francia, Argentina y Estados Unidos; mientras que la mayoría de aquellos que han recibido los cursos esporádicos en

Colombia, consideran su experiencia como una suerte de introducción en el tema pero no como una formación sólida para poder ejercer como médicos acupunturistas.

La constitución de 1991 abrió el debate a este respecto al reconocer el carácter multiétnico y pluricultural de la nación y señalando el derecho democrático de todos los ciudadanos para acceder a las expresiones culturales que más se ajusten a sus propias creencias y deseos; lo que se ajusta de manera especial en el campo de la elección en salud. Esto guarda concordancia con un proceso de estudio hacia una normativización de las "otras medicinas", emprendido por el Ministerio de Salud ese mismo año y que concluyó en 1992 con la expedición de la resolución 5078 del 30 de Junio, en la que según Fernando González (1996), dicho ministerio se compromete a impulsar la investigación, la enseñanza y la práctica de las culturas médicas tradicionales y las terapias alternativas, creando un comité asesor, que lamentablemente sólo se reunió una vez.

No obstante, en el campo de las llamadas medicinas alternativas en Colombia, entre las que se cuentan modalidades terapéuticas como la acupuntura y la moxibustión, se han alcanzado logros importantes y ya son muchos los médicos que en la actualidad las ejercen con éxito a pesar de la incredulidad del colectivo generada por la hegemonía del modelo biomédico. Además, los maravillosos resultados obtenidos con dichas modalidades terapéuticas demuestran, que la implementación de programas que fomenten su estudio en las distintas facultades de medicina del país, sería un enorme paso adelante en la posibilidad de ofrecer opciones terapéuticas más amables e integrales a la población.

Capítulo II

“LA MEDICINA DEL AMOR Y DE LA BONDAD”: HISTORIA DE VIDA DEL DR. TEO

Una vez que se indaga acerca de la historia de la acupuntura en Colombia, resulta posible señalar que su existencia, desarrollo y ejercicio en nuestro país ha dependido, desde sus inicios, de la iniciativa y la búsqueda constante de nuevas posibilidades terapéuticas por parte de unos cuantos profesionales de la salud interesados en explorar más allá de las fronteras de la biomedicina. Por esta vía, podría decirse que la historia de la acupuntura en el país es también la historia de tales personajes y de la manera en que han logrado adaptar una forma de medicina extranjera a las necesidades de la población local. Teniendo en cuenta estas consideraciones y como ya se ha mencionado antes, el presente estudio explora la experiencia de uno de los representantes más importantes del ejercicio de la acupuntura en Colombia, haciendo especial énfasis sobre su historia de vida y concretamente sobre la forma en que su trayectoria ha servido en la construcción de la relación médico-paciente de la que hemos sido testigos en su consultorio.

2. Luchando contra el dolor

La historia se remonta al año 1968 cuando el Dr. Teo se gradúa de bachiller y manifiesta su interés por estudiar medicina. En esa decisión tuvo mucho que ver lo que él mismo define como una preocupación que tenía por el dolor, especialmente en el ámbito familiar, cuyo origen se haya en su niñez cuando tuvo que presenciar un proceso doloroso que su padre atravesó debido a unos cálculos renales. “La primera imagen que se me viene a la mente es la de mi padre con un cólico renal, revolcándose en el piso del dolor . . . eso impactó mucho . . . además que cuando se pidió ayuda a médicos del vecindario, ellos no lo atendieron, yo creo que esa imagen me empezó a hacer pensar en aquello de estudiar medicina para ayudar a aliviar el dolor” (comunicación personal, 2003).

La revolución cultural China que tuvo lugar entre 1964 y 1970, que estuvo en manos del líder socialista Mao Tse-Tung y que según Richard Hooker (1996), proclamaba principios de igualdad socioeconómica así como la exaltación de los valores culturales tradicionales; encontró simpatizantes en distintos lugares del mundo gracias a la distribución generalizada de revistas y publicaciones que daban noticia de ella. Colombia no fue la excepción y durante la décadas de 1960 y 1970 se produjeron distintas respuestas colectivas al respecto, especialmente entre los estudiantes de la época. Fue precisamente durante los últimos años de la década del sesenta que el Dr. Teo dio inicio a sus estudios de medicina en la Universidad Nacional de Colombia y a lo largo de su carrera, especialmente al final de la misma, se interesó profundamente por la militancia sindical hasta el punto de convertirse en líder del sindicalismo médico. En ese proceso, el Dr. Teo encuentra en las revistas enviadas por el gobierno chino, una gran cantidad de referencias y de artículos concernientes a la MTCh en los que se destacaban los grandes beneficios de la misma, estableciendo una relación directa con aquello que promulgaba Mao Tse- Tung acerca de la exaltación de los valores culturales locales. “Como esa información sobre otro tipo de

medicina no la recibíamos en la universidad, con muchos de los compañeros que compartíamos esas ideas políticas, comenzamos a estudiar la medicina china y nos encontramos con una visión totalmente distinta de todo lo que es la vida, la salud y la enfermedad y nos dedicamos a estudiar. . .”(comunicación personal, 2003). Fue así como en 1975 el Dr. Teo hizo parte de un grupo de 20 personas, entre profesores y estudiantes de la UNAL, que se puso en la tarea de estudiar los fundamentos de la acupuntura de manera autodidacta utilizando textos guías en inglés y practicando la inserción de agujas entre compañeros y con las familias de cada uno. Este último punto representa un eslabón muy importante en su vida y en su carrera, pues fue su primera esposa, la persona que más le colaboró en este proceso de aprendizaje inicial. Ese mismo año, el Dr. Teo se casó con Ita, una fisioterapeuta graduada de la UNAL. Ita tenía una enfermedad muy grave relacionada con un problema renal que le producía dolores abdominales muy fuertes, que no aliviaban ni con mejores los medicamentos alopáticos. Ella hacía las veces de su paciente y los resultados, según él fueron espectaculares, lo que tradujo en una experiencia decisiva para el Dr. Teo por cuanto que le llevó a interesarse principalmente en los beneficios de la acupuntura para calmar el dolor y en este sentido, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con afecciones dolorosas para las cuales la medicina alopática no ofrecía mayores alternativas. De forma paralela, el Dr. Teo y un amigo suyo trabajaban en un consultorio de apoyo a la comunidad en un barrio del sur de Bogotá, donde pusieron en práctica sus conocimientos de acupuntura obteniendo excelentes respuestas y ofreciendo a la gente la posibilidad de acceder a una modalidad terapéutica mucho más económica que aquellas que les ofrecía la medicina alopática y que resultaban en extremo costosas para ellos. “Le contábamos a la gente que esto no nos lo enseñaban en la universidad, que éramos autodidactas y aún cuando teníamos un nivel de conocimiento muy bajo, la gente se prestó a esto y fueron unos resultados espectaculares, que ni nosotros mismos creíamos. . .” (comunicación personal, 2003).

Una vez concluida la carrera médica, viajó a Santander donde permaneció hasta concluido su rural, es decir casi un año y medio después. Durante todo ese tiempo contó con la compañía de su esposa, quien siendo fisioterapeuta, le colaboraba en los casos que fuera necesario; los episodios dolorosos de Ita se presentaban con regularidad y el Dr. Teo con sus agujas y especialmente con sus cigarrillos pielroja²¹, lograba aliviarla de inmediato.

Para el Dr. Teo el rural se convirtió en un proceso de aprendizaje profundo en el que tuvo la oportunidad de conocer los imaginarios de la población en torno a la salud y a la enfermedad, enriqueciéndose con ellos mientras conjugaba su formación en medicina alopática con sus conocimientos incipientes en acupuntura, siempre obteniendo resultados positivos y contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida al nivel de la comunidad. Uno de los elementos más relevantes en cuanto a la experiencia del Dr. Teo en el rural, tiene que ver con lo que él define como la posibilidad de acercamiento entre la medicina china y las creencias y expectativas de las comunidades mediante la utilización de un lenguaje equivalente, que desde la medicina alopática no tendría sentido alguno. Tal característica corresponde a una relación recíproca entre terapeuta y paciente en la

²¹ Hasta el momento el Dr. Teo no conocía la *Artemisa Vulgaris*, de manera que utilizaba cigarrillos pielroja para calentar los puntos de acupuntura y aliviar el dolor.

medida en que la opinión y la forma en que éste último denomina e interpreta su enfermedad son igualmente válidas para el primero. El Dr. Teo nos dice al respecto que:

“el lenguaje y las expresiones de la gente son importantísimas para la medicina china mientras que en la otra (alopática) a eso no se le da casi ninguna importancia. . . a veces la gente dice por ejemplo que le duelen los riñones, mis profesores en la universidad me decían que eso es mentira, que los riñones no duelen, pero en medicina china sí se entiende un dolor de riñón. También lo de lo emocional y lo físico tan integral. . . en el caso del hígado, que es lo más relacionado con la irritabilidad, a nivel popular la gente habla de una persona de mal genio que ¡qué malos hígados!, ¡que se le rebotó la bilis! y eso es lo mismo que maneja la medicina china, sólo que a un nivel más estructurado. . . Conocer acerca de la medicina china me ayudó durante el rural para establecer más puentes y comprender mejor a las personas” [comunicación personal, 2003].

Debido a la enfermedad de su padre, el Dr. Teo, en compañía de su esposa, se ve en la obligación de regresar a Bogotá antes de finalizar el rural con el fin de acompañarlo y como él mismo lo dice, ayudarlo a morir. “Yo casi adquirí ese compromiso con él, ya viéndolo en una situación en la que estaba sin conocimiento y con una lesión neurológica muy grande, pues hice lo que estaba a mi alcance para que no continuara en esa vida vegetativa. . . y siento que después con Ita prácticamente hice lo mismo, en la misma cama de la unidad de cuidado intensivo de la Caja Nacional de Previsión” (comunicación personal, 2003). En efecto, Ita murió un año después, experiencia que podría definirse como uno de los dolores del alma más profundos que ha tenido el Dr. Teo a lo largo de su vida. Lo que siguió fue una especialización en Anestesiología en la Universidad Nacional y un retorno parcial a la militancia sindical y política que había quedado atrás a raíz de la enfermedad de su esposa Ita. “Cuando hice el postgrado ya llevaba unos años haciendo acupuntura y mi objetivo fundamental era inicialmente el alivio del dolor físico, pero con el tiempo me di cuenta que el dolor del alma es tan importante como el físico y que muchos de los padecimientos o enfermedades que conocemos se deben a eso” (comunicación personal, 2003). El Dr. Teo reconoce que la experiencia personal del dolor físico y emocional es sumamente enriquecedora en la medida en que aporta las herramientas para que el terapeuta sea capaz de comprender el padecimiento de las personas y aportar alternativas para el alivio del mismo.

2.1 China: una lección de vida

El 1983, cuando la Asociación de Amistad Colombo-China, empezó a realizar cursos de capacitación en acupuntura con profesores traídos desde China; entre los profesionales de la salud colombianos que siempre se habían interesado por esta modalidad terapéutica, se dio inicio a una lucha por la consecución de mejores posibilidades para su enseñanza y práctica en nuestro país. Entre ellos se encontraba el Dr. Teo, quien también hizo parte de la creación de la Sociedad Médica Colombiana de Acupuntura y Moxibustión —SOMCOLAM— a mediados de 1984, el mismo año en que se le presentaría la oportunidad de ganarse la primera beca que el gobierno chino otorgaba a un médico colombiano para estudiar en tal país y que fue otorgada a través de un concurso del ICETEX.

Es así como tres años después de la muerte de Ita, el Dr. Teo viaja a China con una beca para estudiar acupuntura y moxibustión en el Instituto de Medicina Tradicional China de Beijing, donde permanecería los siguientes dos años.

El viaje a China fue una experiencia completamente nueva para el Dr. Teo, en primera medida, tuvo que dedicar gran parte de su primer año a estudiar el idioma, pues era fundamental para que el aprendizaje de los fundamentos de la acupuntura fuese más sencillo. Por tal razón, vivía en el Instituto de Idiomas de Beijing donde también vivían más de 1500 estudiantes de todo el mundo, situación que él describe como “una verdadera torre de Babel . . . ¿cómo nos entendíamos?, no sé, pero muchos nos hicimos amiguísimos” (comunicación personal, 2003).

De otro lado, además de ser el primer médico colombiano becado por el gobierno chino, también tuvo la fortuna de obtener, durante su estadía, un entrenamiento en anestesia acupuntural que no había sido otorgado antes a extranjeros. La gestión estuvo a cargo del embajador de Colombia en China, que para la época era el doctor Luis Villar Borda y quien en nombre de su gobierno, solicitó que le fuera otorgado tal entrenamiento al Dr. Teo.

En Colombia, el Dr. Teo era un líder político de la UNAL, adepto del sindicalismo médico e influenciado profundamente por los deseos de cambio que durante aquella época rondaban en el ámbito estudiantil del mundo entero. Una personalidad inspirada por el liderazgo y apoyada sobre modelos de intolerancia e inconformidad, inició un proceso de transformación radical que encontró cabida en la visión china del mundo y de la vida humana. La experiencia del Dr. Teo durante su estadía en Asia, se caracterizó especialmente por su descubrimiento de una manera distinta de pensar y de entender la realidad, que en adelante se convertiría en el fundamento de su práctica médica. “La ida a China a mí me ayudó mucho, ver el ritmo chino que es muy distinto y aprender que las cosas importantes en la vida hay que hacerlas despacio. El cambio más grande fue con respecto a mi temperamento . . . ese acelere que yo manejaba antes, yo era muy malgeniado y bastante intolerante, eso ya no, eso ha cambiado algo . . .” (comunicación personal, 2003).

Las pretensiones de grandes cambios, que el Dr. Teo manejaba a través de su militancia política y sindical en Colombia, se convirtieron, después de vivir y estudiar en China, en un interés marcado por contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la gente desde una posición menos protagónica. En términos generales, los medios cambiaron pero el fin continuó siendo el mismo, todo debido a la manera en que el Dr. Teo logró canalizar su vocación de servicio a través del aprendizaje y ejercicio de una medicina que él describe como “la medicina del amor, de la bondad, del respeto por los otros . . .” (comunicación personal, 2003) y que en últimas, desde los años ochenta, le ha dado las herramientas para conseguir los cambios por los que siempre había luchado, pero desde el ámbito de lo cotidiano o de la vida diaria.

2.2 El encuentro entre Oriente y Occidente: Marcando la diferencia y ofreciendo alternativas

En 1986, cuando el Dr. Teo regresó de su periplo por China, creó un proyecto denominado “Clínica para el alivio del dolor con acupuntura y medios complementarios”, adscrito al departamento de Anestesiología de la Clínica Santa Rosa de Lima de la Caja Nacional de Previsión en Bogotá. Desde diciembre del mismo año comenzó lo que para el Dr. Teo significaría la manera de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante su

estadía en China y la posibilidad de conjugarlos con el interés que desde siempre había tenido hacia el alivio del dolor. En esta medida seis meses después, tal proyecto alcanza niveles de aceptación insospechados en relación con la efectividad de la acupuntura en términos de pacientes con crisis dolorosas que no mejoraban con los métodos tradicionales de la medicina alopática. Pero en realidad, lo que inicialmente se concibió como un servicio médico para el alivio del dolor físico terminó convirtiéndose, según el Dr. Teo, en una alternativa para aliviar también muchos dolores del alma y problemas emocionales con la intermediación de la aguja de acupuntura y del terapeuta.

En general, puede decirse que la experiencia en Cajanal, que tuvo vigencia durante aproximadamente 10 años, fue el comienzo del diálogo de saberes médicos que en adelante caracterizaría su vida profesional y la relación con sus pacientes. Su trabajo en la clínica para el alivio del dolor fue de cierta manera otra de sus ya conocidas luchas por ejercer cambios profundos en los sistemas establecidos y por mejorar la calidad de vida de la gente, en otras palabras, fue su manera de materializar los conocimientos adquiridos en medicina alopática y MTCh ofreciendo opciones eficaces, menos costosas, con menos efectos secundarios adversos y especialmente, más personalizadas. Los resultados positivos y los éxitos terapéuticos del servicio en la Clínica Santa Rosa de Lima de Bogotá, redundaron en una gran demanda del mismo y en un interés profundo del colectivo hacia las “otras” posibilidades terapéuticas.

Simultáneamente a la clínica para el alivio del dolor, el Dr. Teo trabajaba en su consultorio personal donde también practicaba la acupuntura y la moxibustión, al mismo tiempo que se dedicaba a la labor docente en la UNAL, actividad que le ha dado grandes satisfacciones a través de los años y que aún en la actualidad representa una faceta fundamental de su vida profesional. Fue durante tal periodo de tiempo que contribuyó enormemente a difundir estas modalidades terapéuticas en el país y que dio inicio a la construcción de una relación médico-paciente en los términos particulares que veremos más adelante y que en últimas ha sido la base de su éxito terapéutico desde el principio.

2.3 El doctor de las agujas y sus personas consultantes

Hoy en día, el Dr. Teo tiene algo más de cincuenta años de edad de los cuales, veintiocho los ha dedicado a practicar la acupuntura. Tal vez las características más evidentes de su personalidad son la paciencia y la tolerancia que manifiesta en la relación que establece con las personas que le rodean y con sus pacientes.

A mí el término paciente me parece horrible. . . ni paciente, ni cliente. Son personas comunes y corrientes, el hecho de que esa persona tenga un padecimiento o un síntoma no lo debe uno rotular con esa palabra, porque es que la palabra paciente enferma. . . La persona que tenía una molestia se vuelve un enfermo. No me gusta ese término. [comunicación personal, 2003].

Es así como el Dr. Teo define lo que para él es un uso incorrecto del lenguaje y hace especial énfasis sobre el reconocimiento de la humanidad de quienes acuden a él en busca de alivio. Desde su perspectiva no se trata de pacientes sino de personas consultantes. Si bien en el contexto de la Medicina Tradicional China no existe un término distinto a aquel de paciente, lo que sí tiene cabida es «a *philosophy of practice in which the*

subjective experience of the patient is a paramount»(Hare 1993:34), por esta vía, lo que el Dr. Teo hace, es integrar las ideas de la MTCh alrededor del paciente y su rechazo a la visión que la medicina alopática tiene del mismo, en términos de la pasividad frente a su proceso salud-enfermedad y a la dependencia absoluta de los designios del médico.

Al referirse al paciente como una persona consultante y al reconocer en él o en ella la importancia de su experiencia personal y de su mundo simbólico, el Dr. Teo pone en práctica lo que Arthur Kleinman (1995) define como la comprensión del sufrimiento, aspecto universal de la experiencia humana. Hablamos entonces de una capacidad del terapeuta para adentrarse en el ámbito de la persona consultante de “una actitud de debilidad como hielo que empieza a fundirse frente al paciente, no indica una falta de fuerza, sino un plegarse, un amoldarse a la forma de enfermar de la persona. . . la aparente debilidad se transforma en poder de conocimiento en tanto que el terapeuta se intertransforma en el paciente” (Padilla 1988:451). El Dr. Teo nos dice al respecto que “en esa relación con la persona que le consulta a uno, me parece que la parte clave es la empatía, la empatía es como la capacidad de meterse en el pellejo del otro y de acuerdo a eso uno se puede relacionar, uno se da cuenta en qué forma se le puede llegar a la persona. . .”(comunicación personal, 2003). La generación de empatía parte del interés sincero del médico por ayudar a la otra persona y de su capacidad para integrar su propia experiencia como ser humano para enriquecer el acto terapéutico. En otras palabras, según la MTCh:

« . . . the instantaneous recognition necessarily initiates profound treatment. The immediate responses of the physician in the clinical encounter —the words, posture, gestures, questions, attention, intention, genuineness, compassion, belief, vision and empathy- deeply affect and resonate with the Spirit of another human being». [Kaptchuk 2000:290]

No obstante, esto no es algo que suceda con todos los médicos que practican la MTCh. Si bien en la teoría todo es posible, cada terapeuta ejerce de la manera que le parece apropiada, en el caso del Dr. Teo, el componente personal es indiscutible en la medida en que la relación con sus personas consultantes trasciende las puertas de su consultorio. “ . . . lo que pasa es que yo soy bastante amigo de mis pacientes, me gusta escucharlos, reírme con ellos” (comunicación personal, 2003). Son momentos privados y de intimidad los que comparten terapeuta y persona consultante, al mejor estilo de los amigos que se encuentran y comparten temas en común. Desde la perspectiva del Dr. Teo, el encuentro terapéutico con sus personas consultantes es un momento de intimidad que debe protegerse, es por ello que en su consultorio no cuenta con auxiliares, practicantes, enfermeras(os); no porque no le agraden, sino porque considera que tal situación puede afectar lo que él llama “la magia que se crea entre la persona y yo, la privacidad del encuentro. . . porque es que yo no me limito a hablar de su padecimiento físico sino que hablamos de asuntos personales. . . de otras cosas” (comunicación personal, 2003).

Según José Luis Padilla (1988), tal capacidad de interactuar con el paciente en los mismos términos podría entenderse como la pureza del terapeuta, es decir, su capacidad para despojarse de prejuicios y de experiencias anteriores que puedan llegar a condicionar el presente con el fin de enriquecerse y aprender de la persona que le consulta. Este reconocimiento de la importancia del otro traduce en lo que para su propio caso el Dr. Teo define como la reivindicación de la medicina como un arte,

...no sólo el arte de sanar o de curar sino de ayudar a las personas a vivir mejor. Eso parte también como del calor humano, que la persona encuentra también en mí un confidente. . .son muchas las cosas que se comparten, que se participan en esa relación, yo creo que yo también me abro bastante acerca de lo que es mi vida personal, mi historia y creo que eso crea un ambiente de mucha confianza. (comunicación personal, 2003)

El paciente encuentra en el Dr. Teo más que una figura autoritaria, una persona que está a su mismo nivel y que está dispuesto a hablar en sus propios términos. Las conversaciones se entablan a partir de los temas cotidianos y de la situación particular de cada persona resaltando la importancia del humor como mediador de la relación y como vehículo para la consecución de mejores resultados con el tratamiento de acupuntura, “el humor es una terapia muy importante. . .es de las cosas más simpáticas. Entre las cosas que yo creo que ayudan es reírse un poco de uno mismo, eso ayuda como a bajar un poquito eso de la importancia personal, a ponerse al mismo nivel de los demás. . . es como un juego que hacemos juntos” (comunicación personal, 2003). La diferencia de tal relación médico paciente con respecto a aquella de la medicina alopática que fue descrita en el capítulo anterior, tiene que ver con el papel que desempeña el terapeuta y su tolerancia con respecto a la perspectiva del paciente. En este caso encontramos a un médico que acompaña al paciente en su proceso de sanación, que lo guía, lo ayuda y lo aconseja pero no asume una posición de autoridad y de prepotencia científica que seguramente redundaría en la desconfianza y el rechazo del paciente. Por el contrario encontramos cómo los pacientes disfrutan de una experiencia terapéutica a largo plazo mientras la comparten con su médico-amigo y por tanto, construyen con él una relación estrecha que se mantiene a través del tiempo. A este respecto el Dr. Teo señala que:

La otra medicina (alopática) nos dice a nosotros que uno no debe casarse con los pacientes, que uno no debe cargar con ellos toda la vida y yo digo que no. . .para mí es tan distinto que digo que uno sí se debe comprometer con las personas que acuden a su tratamiento. El compromiso para mí es tan importante que por eso muchas veces yo limito la atención a nuevas personas porque a las personas que ya he atendido. . .pues yo las atiendo cualquier día, el día que lo necesiten y muchas veces a cualquier hora, entonces hay un compromiso muy grande y eso las personas lo sienten (comunicación personal, 2003).

Tales consideraciones coinciden en la visión de la medicina del Dr. Teo como un arte, lo que él prefiere poner en términos de una “medicina amorosa y solidaria en la que prima el beneficio del paciente sobre la remuneración económica. . . se trata de vivir de la salud y no de la enfermedad de las personas consultantes” (comunicación personal, 2003).

2.3.1 La primacía del libre albedrío

Dice José Luis Padilla (1988) que en la MTCh el terapeuta debe ser adaptable como el agua en términos de su capacidad para entender la situación, la realidad, la historia y el estilo de vida del paciente; “si vemos el agua, ella es adaptable a todas las estructuras, es de todas las formas. Esto indica que el terapeuta debe de adaptarse a la situación del paciente, respetando el camino propio que este lleva, no interfiriendo en él y sí ayudarle a que encuentre su propia vía”(Padilla 1988: 452). El Dr. Teo hace especial énfasis sobre este punto al resaltar el carácter solidario y

respetuoso de su medicina con respecto a la autonomía de la persona, lo que puede entenderse como una defensa constante de las decisiones que sus personas consultantes han tomado acerca de su propia vida. “Yo parto de algo que me parece fundamental y es el respeto por la autonomía de cada uno y más en concreto es lo que diría yo . . . el libre albedrío. Para mí el libre albedrío, sobretodo en una persona adulta, tiene que ver con que cada uno elige la forma de vida que quiere . . .” (comunicación personal, 2003).

Tal visión contrasta profundamente con la visión paternalista de la medicina alopática, en la medida en que no busca imponer una serie de hábitos que desde su perspectiva son considerados ideales, pero que muy seguramente van en contravía de los deseos de la persona. La función del terapeuta no es aquella de prohibir ni de imponer, por el contrario, su misión es adaptarse a la situación y características del paciente con el fin de llegar a comprender el origen de sus hábitos y de esta manera poder mostrarle un camino diferente pero sin imposiciones. “Si el terapeuta quiere adaptarse a la situación del paciente, eso implica usar como lema «prohibido prohibir» el fumar, el beber, etc. Si nos convertimos en prohibidores nos convertimos en colonialistas y usurpamos el movimiento de su propia agua” (Padilla 1988:453).

El camino del Tao o camino del justo medio nos enseña la manera de conservar la salud mientras se vive sin excesos de ningún tipo y esta es precisamente la idea que promueve la MTCh al manifestarse sobre los principios de la armonía. No obstante, al reconocer la individualidad de la persona, también está resaltando su capacidad de decisión y su derecho a elegir el estilo de vida que más se ajuste a sus gustos. Sobre este punto, Lía dice lo siguiente acerca del libre albedrío que el Dr. Teo profesa “ . . . con él no hay regaños por no cumplir con el tratamiento, a veces es alcahueta conmigo y nos reímos de las cosas que yo le cuento, yo diría que es una relación tranquila y uno no siente temor al hablar con él como médico y al contarle que ha incumplido algo. Él no es represivo. (Lía, 37 años, 2003) Es así como el Dr. Teo cumple con su obligación de aconsejar a la persona sin llegar al extremo de imponer lo que a él como médico o como persona pueda parecerle,

. . . uno como médico tiene la obligación ética de decirle a las personas ¡yo creo que a usted le conviene esto! o ¡que su camino podría ser esto! . . . una cosa es decir que le conviene y otra es ¡le prohibo!, eso es una cosa autoritaria y yo no le quiero prohibir nada a nadie porque no quiero que me prohíban nada a mí. Yo les explico los riesgos y ellos tienen la posibilidad de elegir lo que más les parezca, eso es el libre albedrío. A veces esto me hace ser como muy alcahueta con las personas, yo no soy quien para quitarles lo que les gusta, si eso los hace sentirse bien pues yo no le veo tanto problema (comunicación personal, 2003).

Tal primacía de la autonomía y de los designios de la persona consultante también encuentra asidero en la capacidad del Dr. Teo para “fomentar creencias sanadoras” (comunicación personal, 2003), es decir, que su objetivo es abogar por el bienestar de la persona en los términos en que esta última entienda su propio bienestar. Se trata de practicar una medicina tolerante ayudando a la persona a encontrar su propio camino, el cual en muchos casos, implica conjugar la medicina alopática y la MTCh de una manera equitativa y complementaria; situación que generalmente es inválida para otros terapeutas “alternativos” o alópatas que reclaman exclusividad con el fin de garantizar resultados positivos para el paciente. Por su parte el Dr. Teo reconoce la efectividad de las otras medicinas y deja a sus personas consultantes en la libertad de recurrir a ellas si lo desean. Para Cleofe, una mujer de 54 años que padece de cáncer, la tolerancia del Dr. Teo con respecto a su tratamiento con medicina alopática es

fundamental porque le permite hablar con libertad acerca del mismo y combinar dos modalidades terapéuticas que hasta el momento le han permitido llevar una buena vida a pesar de su enfermedad.

Yo me siento y me veo mejor que las demás señoras que tienen esto mismo y eso es por la acupuntura porque es que aquí donde el Dr. Teo no solamente es la acupuntura, es lo que él sabe y lo que uno intercambia con él porque yo le he consultado si me debo someter a esas situaciones y él sí me había dicho ¡yo no creo que llegues hasta el extremo de la quimioterapia, además es que yo te veo tan bien que, pero eso sí es elección tuya, no es que ahora vayas a pensar que yo estoy en contra de la radioterapia o quimioterapia, porque también es útil y es parte de la medicina tradicional.... pues yo te ayudo en una parte pero tampoco puedo reemplazarlas completamente entonces es tu elección, pero yo te veo tan bien que pienso que....! yo le he comentado antes ¿me hago la radioterapia?, ¿me hago la braquiterapia? y él siempre me contesta ¡yo te dejo en completa libertad, tú decides, pero yo te veo tan bien que..., tú tienes que sopesar los pro y los contra y preguntar a tus médicos qué ventajas tienen y qué cosas tienen en contra y así puedes tomar una decisión porque tú eres la dueña de tu cuerpo!. [Cleofe, 54 años, 2003]

2.4 El hogar de los “quindeguas”

Para mí la casa es muy agradable. . . me ayuda mucho en el tratamiento, yo siempre me acuesto, me relajo, a veces hasta me duermo y me desconecto del mundo. . . Es que aquí estoy segura de que es un tiempito sólo para mí, una horita o una horita y media a veces que me la dedico a mí misma. [Lola, 33 años, 2003]

En la actualidad el Dr. Teo ejerce como médico acupunturista en su consultorio particular, su labor en la clínica para el alivio del dolor de Cajanal terminó cuando ésta desapareció en la década de los noventa. A pesar de ser una circunstancia adversa para los pacientes que acudían al servicio y que buscaban al Dr. Teo, muchos de ellos sumados a otros pacientes particulares, integran el grupo de personas consultantes que hoy en día asisten a las sesiones de acupuntura en la casa que hace las veces de su consultorio.

La casa en mención está ubicada junto al humedal de Córdoba²² en un barrio al norte de Bogotá. Su cercanía con el mismo es tan grande que si se observa hacia fuera desde alguna de las ventanas occidentales, lo primero que la persona encuentra es un escenario lleno de árboles, plantas y aves justo al cruzar una angosta calle. Es una casa esquinera de 174 mt² distribuidos en 3 niveles que pertenece al Dr. Teo y que está completamente adecuada para servir como sede de su práctica médica diaria.

²² Humedal que forma parte de la cuenca que alimenta el Humedal Juan Amarillo, al cual llega por un canal que pasa por el costado sur del Lago del Club de Los Lagartos. Se inicia al norte de la calle 127 en el barrio Niza, siguiendo luego hacia el sur enmarcado por la avenida Córdoba y los barrios Niza-Córdoba, Niza VIII y Lagos de Córdoba, hasta la avenida Suba. Cuenta actualmente con un área total de 40,4 hectáreas y está cruzado por las Avenidas Suba y 127.



Fig. 7 Vista del humedal de Córdoba desde una ventana de la casa



Fig. 8 Puerta Principal

Las plantas son una constante en el lugar, por eso desde el antejardín de la entrada encontramos una gran cantidad de ellas, entre las cuales se destaca un pequeño árbol de bambú. El primer nivel de la casa, que en el pasado solía ser el garaje de la misma, es frío, húmedo y algo oscuro porque está ubicado debajo del nivel de la calle y se ha inundado en varias ocasiones. En él encontramos una pequeña sala de espera en la que se destacan numerosas plantas ubicadas cerca de la ventana (que en realidad es una gran puerta de vidrio opaco, único vestigio del antiguo garaje), el escritorio de Ángela, la auxiliar del Dr. Teo, un baño y un consultorio que cuenta con vista al jardín interior de la casa donde muchos colibríes han encontrado el lugar propicio para pasar el tiempo y reproducirse. Desde la primera vez que el Dr. Teo descubrió que los colibríes frecuentaban su jardín, ellos se convirtieron en su pasatiempo; es por tal razón que se ha dedicado a leer acerca de las pequeñas aves y a fotografiarlas, inclusive tiene unos cuantos bebederos para colibríes en su jardín, que tanto Ángela como él se encargan de llenar con una mezcla de agua y azúcar con el fin de atraerlos no sólo para poder observarlos de cerca sino para ofrecer a los pacientes que escogen el consultorio del primer piso, la posibilidad de entretenerse durante su sesión de acupuntura. Linda, la compañera del Dr. Teo, comenzó a llamar “quindeguaguas” a los colibríes del jardín aduciendo que “en el Putumayo los indígenas nombran a los colibríes como quindes, es la palabra quechua que sintetiza la maravilla del color y la esencia que encarnan estas aves. . . y guaguas porque según ella, es la palabra que denomina lo tierno, lo frágil, lo que está en crecimiento. . .” (Zúñiga Benavides 2001:3). Esto fue documentado en el artículo “El Jardín de los Quindeguaguas” que Guillermo Zúñiga Benavides escribió para dar cuenta del ambiente de trabajo del Dr. Teo y sobretodo para resaltar la forma en que la casa en sí misma contribuye a la recuperación del bienestar de las personas consultantes.

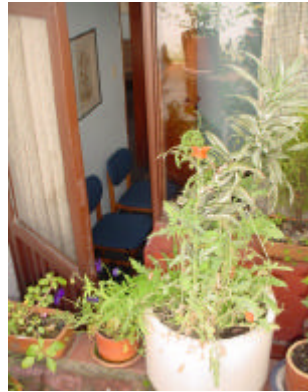


Fig. 9 Consultorio del primer nivel con vista al jardín

En el segundo nivel, donde la temperatura es considerablemente más alta que en el primero y donde hay mucha más luz, encontramos una salita en la que el azul de los muebles, las plantas, las flores frescas y el pequeño televisor que rara vez se enciende captan la atención del visitante. Justo al lado de la salita se halla la pequeña cocina amarilla (por el color de los muebles), cuya puerta siempre se encuentra abierta y donde María prepara el tinto para el Dr. Teo, alguna que otra aromática para ella o para los pacientes y donde además calienta su almuerzo de cada día. El segundo de los cuatro consultorios con los que cuenta la casa también se encuentra en el segundo nivel.

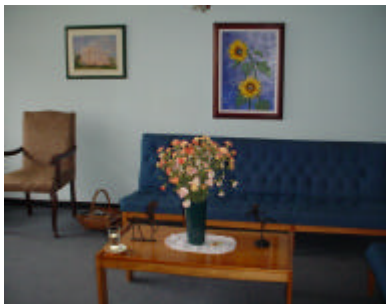


Fig. 10 Sala de espera del segundo nivel



Fig. 11 Cocina ubicada en el segundo nivel

Por su parte, el tercer nivel es el más cálido de la casa, posiblemente debido a su techo de madera. Una pequeñísima y acogedora salita, adornada con una enorme araucaria, otras cuantas plantas, dos sillones de cuero café, un gran ventanal y una serie de colibríes de madera, papel y otros materiales, lo caracterizan. Estas últimas figurillas, son en su mayoría regalos que las personas consultantes le han hecho al Dr. Teo, porque conocen acerca de su gusto por tales aves.



Fig. 12 Sala del tercer nivel donde se destaca la enorme araucaria



Fig. 13 Colibrí de madera, obsequio de una persona consultante

También en la sala del tercer nivel, encontramos el pequeño equipo de sonido del Dr. Teo junto con su caja de CD's que van desde música china (tal vez la más solicitada por las personas consultantes y la que más se escucha en la casa) pasando por música clásica hasta sonidos de la naturaleza. Sobre este punto vale la pena destacar el rol que juega la música en el hogar de los quindeguaquas, pues no sólo su presencia es indispensable para el Dr. Teo sino que está pensada como una terapia para contribuir al descanso y relajación de las personas que esperan en las salitas o que reciben el tratamiento en los consultorios, "...la música china que él (Dr. Teo) pone, es especial e ideal para descansar y es que si uno está relajado el tratamiento se acepta más rápido". (Nidia, 55 años, 2003).

Si bien el equipo de sonido está en el tercer nivel, los bafles se encuentran distribuidos por toda la casa y cuentan con niveladores de volumen independientes para ofrecer comodidad a todo el mundo. Ángela, quien es la mano derecha del Dr. Teo y quien se encarga de los papeles, de la agenda, de programar las citas, del dinero y del orden en la casa, también es la responsable de cambiar la música y de vigilar que no falte en ningún momento.

La oficina del Dr. Teo, donde predominan las flores, su escritorio, muchos libros y algunas fotografías (de su familia y algunos amigos que también son o han sido personas consultantes) también está en el tercer nivel y hace las veces de comedor y lugar de reposo para el Dr. Teo entre consulta y consulta. Junto al consultorio se encuentra un baño y los dos consultorios restantes. Acerca de estos últimos y en general de los cuatro consultorios puede decirse que cuentan con una o dos sillas para que el acompañante de la persona consultante se siente si lo desea, camillas cómodas donde la persona consultante se acuesta para recibir las agujas y cuyo colchón siempre está cubierto con sábanas de color violeta, color que según el Dr. Teo tiene la capacidad de armonizar la energía física y mental, independientemente del motivo de su alteración, por lo cual es aconsejable para aliviar dolores tanto del alma como del cuerpo; además de calentadores de ambiente que permiten ajustar la temperatura según el deseo de la persona. "Como yo soy amante del frío, entonces para mí es una delicia aquí porque Teo y Ángela me buscan el consultorio más frío de la casa y ese es uno del tercer piso, yo no pido ni calentador ni cobijas. Las cosas son diferentes para cada quien y por eso es rico venir a donde Teo..." (Ma. Fernanda, 35 años, 2003).



Fig. 14 Camilla con sábanas de color violeta



Fig. 15 Calentador de ambiente junto a la camilla

Los diplomas del Dr. Teo junto con algunos cuadros son prácticamente el único adorno de los consultorios, cuyas cortinas, él cierra o abre obedeciendo a los gustos de cada quien (algunas personas duermen, otras simplemente permanecen quietas, otras charlan con él o con sus acompañantes, etc.).

De otro lado, la escalera blanca que comunica los tres niveles es la gran protagonista de la casa por cuanto que es transitada constantemente tanto por las personas consultantes, como por Ángela y el Dr. Teo, quienes suben y bajan todo el tiempo. Los cuatro consultorios permiten que él atienda a cuatro personas simultáneamente, es decir, que mientras habla con unas y les pone las agujas, las demás ya las tienen puestas y descansan durante 30 min o más. El Dr. Teo. sube y baja las escaleras constantemente para revisar a sus personas consultantes del primero, del segundo o del tercer nivel, con cada una de las cuales permanece largos periodos de tiempo. Por su parte, Ángela sube y baja para ir a la cocina, para arreglar los consultorios, para cambiar la música, etc. y especialmente para buscar al Dr. Teo e informarle que ha llegado otra persona o que le necesitan al teléfono.

Los adornos chinos como por ejemplo sombrillas de papel, cuadros, grabados, etc., hacen parte de la decoración de la casa pero no constituyen su totalidad. Los cuadros de paisajes nacionales, así como las fotografías de pueblos indígenas de Colombia y muchos otros adornos contribuyen a hacer de la casa un ambiente acogedor y variado, “. . . es relajante, es un ambiente acogedor. Es bonita, los cuadros y la música hacen que uno se sienta en su casa o en su propia habitación. Es como privada” (Lía, 37 años, 2003).

Es interesante ver cómo las personas consultantes disfrutan su tiempo en la casa y resaltan la importancia de la decoración aún cuando arguyen que la casa es bastante fría. Flor, persona consultante de 60 años, dice al referirse a la casa que “a veces es demasiado fría pero pues, yo creo que la sola presencia de Teo la calienta” (Flor, 60 años, 2003).

El Dr. Teo es conciente de ello y por eso ha adecuado los espacios tratando de sacar el mayor provecho posible y sobretodo de ajustar su temperatura en pro de la comodidad de las personas, pues desde su punto de vista estos aspectos sumados a sus características como terapeuta son fundamentales a la hora de aportar calidez al lugar.

Esta casa es un poco fría, ha sido fría desde que la compré pero se ha tratado de arreglar para que ayude ¿no?, todo, la música, las pinturas . . . se trata de que sea un sitio donde la persona pase unos momentos muy agradables. [comunicación personal, 2003]

Capítulo III

EL ACTO TERAPÉUTICO VISTO A TRAVÉS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UNA ETNOGRAFÍA EN EL CONSULTORIO

3. El descubrimiento del otro: Narrativas del paciente en torno a su terapeuta

“La narrativa es la forma como recurrimos a eventos los retomamos y organizamos para darles sentido” (González 2002:17), lo que para Wittgenstein (1968) se traduce como la capacidad de describir situaciones a través del lenguaje involucrando un manejo específico del tiempo, una percepción espacial y una serie de significados que le son particulares. Para el caso que nos ocupa, las narrativas del paciente han ocupado un lugar fundamental dentro de la experiencia etnográfica en el consultorio del Dr. Teo y nos han permitido acercarnos a la manera en que las personas consultantes perciben a su terapeuta y especialmente la incidencia que ello tiene en su proceso salud-enfermedad.

El encuentro entre médico y paciente en el consultorio, se constituye como un descubrimiento del otro, es decir, de modos de distintos de ver y de entender el mundo, la salud, la enfermedad, la vida, etc. El intercambio que se establece entre las partes se da a través del diálogo, que en últimas es mucho más efectivo y “más rico que el desentendimiento y el desconocimiento de las diferencias” (González 2002:17). Hablamos entonces de un descubrimiento del otro, que en la mayoría de los pacientes entrevistados, ha sido un proceso constante de interacciones con el Dr. Teo y específicamente de un acercamiento a la persona que yace detrás de la figura terapéutica. Aún cuando terapeuta y paciente provienen de orígenes sociales diversos y poseen creencias, costumbres e ideologías distintas entre sí, el descubrimiento del otro es mucho más sencillo en la medida en que el Dr. Teo “instala una pista de comunicación abierta. . . para que la distancia sea más corta y la compenetración máxima” (Vargas 1998:46) con sus personas consultantes, apoyada especialmente sobre criterios de generación de empatía, disponibilidad para escuchar sus versiones, interés por su manera de sentir la enfermedad o para lidiar con el dolor, etc. La compenetración con las personas consultantes deriva de su actitud humilde frente a la profesión médica y al dolor humano, característica que según ellos, le diferencia sustancialmente de otros médicos (alópatas) que asumen actitudes autoritarias y se consideran a sí mismos poseedores de la verdad absoluta sobre el cuerpo de quienes les consultan. El proceso progresivo de concientización del paciente con respecto al cambio de hábitos, de comportamientos o de actitudes consideradas perjudiciales para la salud desde el punto de vista de muchas de las terapias complementarias, incluyendo la acupuntura, es un elemento que desde la perspectiva del Dr. Teo depende exclusivamente del deseo de la persona consultante y de su autonomía. Él se encarga de guiar y aconsejar a la persona sin convertirse en juez de sus actos mientras respecta su libre albedrío,

. . . él es una persona que se da al paciente, él no es solo un médico es un maestro y es muy profesional. Con él yo he aprendido como a... cambiar mi forma de ver el día a día y es que como él es tan tranquilo y no es cansón con lo del cambio de los hábitos de alimentación o con

esas cosas, pues me parece que es una persona cercana, que es como yo y como los demás... no es como el inalcanzable, yo trabajo con médicos todo el día y he visto cómo es eso, eso es horrible para el paciente. En la medicina nuestra (medicina alopática) hay mucha gente con uno cuando uno está enfermo, mejor dicho, uno a veces quisiera llegar a conocer al médico que lo atiende porque siempre hay uno diferente, ¡claro!, eso en los hospitales estatales, dímelo a mí que lo he visto tantos años... Los médicos también tienen que atender a tanta gente que muchas veces no se acuerdan de ellos, es que no crean vínculos afectivos con ellos y eso sí que lo deprime a uno, uno quiere que lo traten con cariño y con dignidad. [Nidia, 55 años, 2003]

El efecto benéfico de las agujas de acupuntura en el tratamiento de distintos padecimientos y enfermedades se constituye como una de las razones principales por las cuales los pacientes continúan consultando al Dr. Teo, no obstante, la constancia en la asistencia a la consulta se debe en gran medida a lo que los pacientes denominan empatía con el terapeuta. Tal es el caso de un médico, paciente suyo, quien arguye al respecto que “mi razón principal para venir no son solo las agujas sino, la presencia y el apoyo de Teo en mi proceso, su capacidad para estar con el otro, en fin. . .” (Ernesto, 41 años, 2003). La capacidad del terapeuta para establecer vínculos afectivos con los pacientes determina en gran parte la receptividad de éstos últimos frente al tratamiento, “es que la forma de él es muy bonita, su saludo y el cariño para mí es fundamental, es que definitivamente la parte emocional afecta el progreso de la enfermedad o del tratamiento, entonces si yo estoy feliz con Teo eso se refleja. . .” (Ma. Fernanda, 35 años, 2003); situación que encuentra sustento cuando el Dr. Teo señala que “es cuestión de tener la capacidad de proyectar la propia felicidad y la propia paz a los demás y como yo generalmente me siento muy feliz, entonces quiero que los demás también se sientan así. . .” (comunicación personal, 2003).

3.1 El efecto placebo en la sesión de acupuntura

Desde el punto de vista de la medicina alopática, el efecto placebo tiene lugar cuando se producen «*organic cures without affecting the proximate cause of an illness directly. . . cures or improvements that are effected with inert substances given to a patient who believes them to be medication*» (Loustanaunau; Sobo 1997:101). Los resultados positivos del efecto placebo en la salud de los pacientes, está relacionada con la creencia de estos últimos en que el medicamento que les ha sido prescrito tiene la facultad de hacerlos sentir mejor. Sobre este punto es importante tener en cuenta que las creencias que se generan en torno a los medicamentos hacen parte de un proceso continuo de socialización con el que los pacientes han estado en contacto la mayor parte de sus vidas, es decir, que son “estructuras interpretativas que determinan la forma de valorar y responder ante un evento” (Plaza 2000:1), generadas por el sistema médico occidental. A este respecto, José Antonio Plaza (2000) arguye que las creencias generadas por la efectividad de las distintas modalidades terapéuticas existentes en el mundo, son en sí mismas ideas con componentes cognitivos, emocionales y somáticos; que en muchos casos redundan en la consecución de una curación y que al mismo tiempo se convierten en parte fundamental de los distintos sistemas culturales.

No obstante, el efecto placebo no se reduce a los medicamentos occidentales sino que puede estar presente en todo aquello “que simboliza la curación, generando y reforzando la fe en la misma; ofrendas, amuletos, gestos, acciones rituales, lugares, objetos ceremoniales o sagrados. . .”

(Plaza 2000:2), todos tienen la facultad de proveer bienestar, mejoría o curación dependiendo del contexto en el que se encuentren. En definitiva lo que aquí hemos denominado como creencia está directamente permeado por factores culturales aprendidos que legitiman y hacen posible la consecución de los resultados esperados a través del efecto placebo.

En el contexto de la relación médico-paciente entre el Dr. Teo y sus personas consultantes, los resultados positivos del tratamiento con acupuntura están relacionados en gran medida con la empatía que se genera entre las partes. La empatía entendida como “la capacidad o habilidad para entender lo que siente el otro” (Goleman 1996:123) se convierte en su herramienta básica para acercarse a las personas consultantes llegando a establecer vínculos afectivos con ellas.

Yo pienso que la relación con las personas consultantes tiene que ser tan cálida, tan amorosa, tan solidaria y tan respetuosa de la autonomía de la persona que... si ello se logra por lo menos el treinta por ciento, que es lo que para algunos investigadores se llama efecto placebo, está garantizado. Ese efecto placebo tiene que ver con la confianza que uno le puede infundir a las personas sobre sus posibilidades de tratamiento, de curación o de mejoría... la confianza, la seguridad... muchas veces las personas vienen sin esperanza, así no haya sido con una mala intención alguna persona y muchas veces un médico les ha dicho que su enfermedad es incurable, entonces en esta relación sin vender falsas ilusiones, porque tampoco esto es una panacea que cure todo tipo de enfermedades, pero lo que sí puede hacerse es despertar en las personas la esperanza de que la vida puede ser mejor y que en muchos casos se puede lograr una gran mejoría e inclusive curación de enfermedades que en otras miradas médicas como la alopatía, son consideradas incurables... [comunicación personal, 2003]

La creencia y la fe en el tratamiento son factores decisivos en el bienestar que se experimenta después del tratamiento, además en muchas ocasiones el vínculo entre persona consultante y el Dr. Teo es tan estrecho que las narrativas de las primeras dan cuenta de sentimientos como el amor, la amistad, etc., “... yo me quedo con mi médico, a mi que no me vengán con cuentos, yo no voy a otro lado, yo le tengo mucha fe a él, yo lo quiero mucho, es mi gran amigo y sobretodo me comprende mucho al nivel de mi enfermedad, él entiende todo y se mete a fondo con el paciente” (Ma. Fernanda, 35 años, 2003). Según Goleman (1996), más allá del argumento humanitario de que los médicos deben mostrar preocupación además de ofrecer una cura, existen otras razones apremiantes para considerar la realidad psicológica y social de los pacientes como algo que pertenece al reino médico en lugar de estar separado del mismo. En consecuencia, puede decirse que existe “un margen de eficacia médica, tanto en la prevención como en el tratamiento, que puede lograrse tratando el estado emocional de las personas junto con su estado físico” (Goleman 1996: 198). En este sentido, la visión integrada cuerpo-mente, surge de nuevo para enriquecer la relación médico-paciente mientras hace un reconocimiento de la totalidad del ser humano y de la importancia que tiene el mundo subjetivo de la persona en su proceso salud-enfermedad. Cuando el terapeuta logra comprender que su misión no se limita a tratar los dolores del cuerpo sino que debe integrar la dimensión emocional con el fin de generar empatía entre aquellos que le consultan, lo que realmente hace es actuar como efecto placebo simbolizando la curación y activando la capacidad de autosanación que reside en cada persona. “Los placebos pueden ser conceptos, personas, objetos, actitudes, etc., que al final hacen las veces de medicamentos reales de bajo costo” (Plaza 2000: 2) y que como en el caso que nos ocupa, sirven de vehículo para la

participación de la persona consultante en su propio camino hacia el mejoramiento de su calidad de vida. El carisma que expresa y la empatía que genera el Dr. Teo, se convierten en el efecto placebo de sus sesiones de acupuntura, sobre lo cual Flor, de 60 años, dice lo siguiente:

Con él muy rápidamente uno establece una relación de amistad. . . entonces son citas donde uno puede hablar de la última película que ha visto, donde hablamos mucho del contexto nacional, del país, casi a veces lloramos juntos de la tristeza que sentimos por este país tan maltratado. . . entonces ha sido una relación muy, muy rica en cuanto a ese encuentro justamente con el otro, uno siente que uno no viene con un síntoma o con un cuerpo solamente sino que es una cosa supremamente integral, además lo muy rico de Teo es que él te explica tu síntoma, te explica porque te pone una aguja aquí y si tu le preguntas cualquier cosa él te la responde con cariño y paciencia, entonces eso es delicioso, tremendamente delicioso. [Flor, 60 años, 2003]

Las consideraciones anteriores acerca del efecto placebo en el consultorio, contribuyen de manera importante en la comprensión del papel que juega el terapeuta en el proceso de sanar y/o de enfermar de sus pacientes. En otras palabras, del tipo de relación que se establezca con él depende en gran parte el éxito o el fracaso del tratamiento, pues es claro que el paciente responde de acuerdo al trato que recibe de quien le atiende. La dimensión emocional del paciente es especialmente importante en este contexto gracias a que en ella pueden hallarse las causas de la enfermedad y es mediante su valoración, que el terapeuta puede llegar a obtener resultados positivos y sobretodo hacer sentir al paciente como una persona integral resaltando la importancia de su cuerpo y de su mente por igual. Lo que Goleman (1996) define como inteligencia emocional, aplica muy bien en este contexto pues describe la capacidad de un médico para comprender las emociones de sus pacientes y para tenerlas muy en cuenta durante el acto terapéutico, en general, es necesario ser inteligente desde el punto de vista emocional para lograr establecer vínculos estrechos que hagan las veces de efecto placebo y por consiguiente contribuyan a mejorar la situación de aquellos que buscan la ayuda de un médico o terapeuta.

La relación médico-paciente descrita se halla apoyada sobre criterios de empatía y de confianza. Las personas consultantes arguyen que su progreso (sea cual sea la causa de su consulta) desde la primera cita con el Dr. Teo ha dependido de la efectividad de las agujas de acupuntura pero especialmente de la persona que hace las veces de su terapeuta. En este sentido, la relación médico-paciente se convierte en una relación persona-persona y amigo-amigo, donde las partes encuentran lugar para el diálogo, el humor y la empatía mientras comparten de un acto terapéutico. A este respecto, Lola, quien en la actualidad está embarazada y quien recurre al Dr. Teo para tener un embarazo tranquilo, dice que “. . . él es un hombre muy cálido, sobretodo que lo ve a uno como la persona y no como “el siguiente. . .” y eso me parece que es fundamental y a veces como que tiene más efecto, o no sé si es exactamente más efecto pero es rico que uno se sienta tratado como una persona y no como “dígame qué le pasa. . . y ya” (Lola, 33 años, 2003). Está claro que Lola compara su experiencia terapéutica con el Dr. Teo y otras que ha tenido a lo largo de su vida con médicos alópatas quienes, desde su perspectiva, solamente se limitan a tratar el cuerpo sin detenerse a comprender las dimensiones emocionales de la enfermedad. Por su parte Pilar, quien durante muchos años ha visto el efecto de las agujas en la salud de su madre y de sus hijas, recientemente se decidió a consultarle sobre sus problemas de riñón y por sus altos niveles de estrés. Ella, al igual que Lola, es conciente de que el Dr. Teo es en sí mismo el mediador de la mejoría o de la curación que se logra con sus agujas de acupuntura, “yo creo que la mejoría que se tiene

aquí depende tanto del efecto de las agujitas como del carisma del Dr. Teo, porque yo no creo que nadie se deje poner agujas de una persona que no tenga mucho carisma o que no sea un firme convencido de lo que hace y él es un perfecto convencido de lo que hace. Además es una persona muy linda, es muy agradable, sabe manejar muy bien la gente entonces eso sí es trascendental (Pilar, 50 años, 2003)

3.1.1 "El gran oído": Interactuando con el médico

El sólo hecho de que uno escuche a las personas, eso sirve muchísimo y es que yo creo que escuchar es un arte. . . algún amigo me decía a mí que yo me parecía como a un gran oído, porque siempre estoy dispuesto a escuchar. Entonces yo creo que ese hecho de escuchar es de lo más importante, tal vez lo más importante en esto que yo hago, con eso ya se crea como un ambiente, como una química muy especial que favorece todo el proceso. [comunicación personal, 2003]

Desde la primera cita, el paciente tiene la oportunidad de expresar no solo los detalles de su enfermedad, dolor o padecimiento físico, sino también todo lo referente a su estado de ánimo, a su historia personal y a sus relaciones con los demás. Independientemente de ser una característica común a los terapeutas "alternativos", aquella de considerar la dimensión emocional en las consultas con el fin de aplicar la visión holística de la salud (integración mente y cuerpo), el interés del Dr. Teo sobrepasa los límites del encuentro médico-paciente en busca de los orígenes de la enfermedad de este último para pasar a un plano mucho más personal e íntimo.

La experiencia etnográfica en el consultorio nos ha permitido identificar las características principales de la relación Dr. Teo-persona consultante, entre las cuales, tal vez la más sobresaliente tiene que ver con el diálogo. Sería posible decir que en general las personas consultantes observadas y entrevistadas resaltan en su totalidad la labor del Dr. Teo como médico, pero aún más su capacidad para escuchar y para prestar atención a las cosas más sencillas. "Yo pienso que como lamentablemente en otras experiencias de tratamiento las personas han encontrado frialdad o que no las escuchan, el sólo hecho de que uno escuche hace que el ambiente sea realmente más caluroso y que la confianza surja" (comunicación personal, 2003)

Goleman (1996) señala que cuando la inteligencia emocional permite al terapeuta ofrecer a sus pacientes la posibilidad de ser escuchados, el enfoque terapéutico con ellos cambia hasta el punto de ayudarles a sentirse mejor con su propia vida, a superar sus problemas cotidianos y por esta vía, a comprender que su enfermedad tiene un propósito, una enseñanza y sobretodo un significado en su vida y proceso evolutivo. ". . . él es una persona muy versada con el tratamiento de sus pacientes, a mí me ha servido de psiquiatra, médico, amigo y acupunturista, pues sí, yo le cuento a él en qué voy, yo creo que sin la ayuda de él, sin la charla y sin la especie de terapia que yo tengo cuando charlo con él, más las agujas de acupuntura y mas el descanso que uno tiene aquí y la música que pone; pues yo definitivamente no estaría aquí contándote el cuento tan campante después de todo lo que he pasado estos meses...(Cleofe, 55 años,2003).

De esta manera, “el arte de escuchar” (comunicación personal, 2003) constituye en sí mismo el efecto placebo más importante en la práctica médica del Dr. Teo, “yo a veces me pregunto si son las agujas de Fernando que me curan o su discurso, no sé si estaría contento oyéndome, pero me pregunto a veces porque para mí es un médico médico. Lo mejor que puede haber ¿no? (Flor, 60 años, 2003). Tal cualidad, garantiza una actitud positiva, activa y responsable del paciente con respecto a su proceso de recuperación de la salud, un terapeuta que más que médico es un amigo, un compañero y un apoyo; así como un acto terapéutico que se convierte en un momento privado para compartir experiencias que puedan aportar a la consecución de una mejor calidad de vida y un encuentro del cual, tanto terapeuta como paciente, tengan la oportunidad de aprender y enriquecerse. Para describir lo que significa su relación con el Dr. Teo, Lía de 37 años, dice que “es una relación de confianza al cien por ciento, de gran amistad. Él ha sido mi psicólogo, mi amigo, mi médico, con él puedo charlar... Él me ha enseñado y me ha ayudado a superar depresiones y gracias a él aprendí a manejar la agresividad” (Lía, 37 años, 2003).

La empatía con y el hecho de escuchar al paciente actúan como efecto placebo mientras cultivan en el paciente la expectativa de curación. Es así como el principal aliado del efecto placebo es la fe, “palabra de alto contenido emocional... que puede ser la base de la curación y es en esencia convicción o creencia” (Plaza 2000:2), y que se consigue después de un proceso de socialización, que para el caso que nos ocupa, está inscrito en la efectividad de las agujas de acupuntura, en la calidad del terapeuta y en el tipo de relación médico-paciente que se establece en el consultorio del Dr. Teo. En conjunto, todos los factores mencionados contribuyen en el proceso de adquisición de una creencia que de manera evidente cumple un papel fundamental en la consecución de resultados positivos con el tratamiento de acupuntura.

3.2 Representaciones sociales alrededor del tratamiento con acupuntura

De acuerdo con Jodelet (1986), las representaciones sociales son imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. En general, “siempre se trata de lo mismo... una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, *una forma de conocimiento social*” (Jodelet 1986:473). El tratamiento con acupuntura que el Dr. Teo ofrece a sus personas consultantes se convierte en una realidad cotidiana que ellos interpretan de acuerdo con la información acumulada a lo largo de sus vidas pero especialmente según el conocimiento social que se adquiere mediante la experiencia misma y a través de la interacción²³ con el terapeuta.

²³ “La interacción puede ser definida como la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física inmediata. Una interacción puede ser definida como la interacción total que tiene lugar en cualquier ocasión en que un conjunto dado de individuos se encuentra en presencia mutua continua; el término «encuentro» (encounter) serviría para los mismos fines”. [Goffman 1971:27]

Considerando que "... el sujeto es productor de sentido, que expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social" (Jodelet 1986:479), el trabajo etnográfico en el consultorio nos pone en contacto con las representaciones sociales de las personas consultantes alrededor del tratamiento y del Dr. Teo. En primer lugar, existe una clara tendencia a entender dicho tratamiento en términos de una alternativa ideal a la biomedicina, que facilita la vida de las personas en la medida en que no les convierte en esclavas de medicamentos y les permite llevar una vida más "sana" teniendo en cuenta los efectos secundarios dañinos que sí se experimentan con las "drogas alopáticas"; "... la acupuntura no me exige ninguna medicina que me de otros efectos secundarios, entonces es mucho más sana que la tradicional (medicina alopática)" (Juan Esteban, 18 años, 2003). Jodelet (1986) se refiere a la utilización de sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad como influencia directa en la construcción de representaciones sociales, lo cual, en este contexto aplicaría a la visión que las personas consultantes tienen de la acupuntura como una alternativa "sana", obedeciendo al desencanto generalizado que durante los últimos cuarenta años ha experimentado el modelo hegemónico de la biomedicina y al interés creciente del colectivo por la atención médica más integral y humana, que proclama el movimiento mundial en pro de las llamadas medicinas alternativas o complementarias.

Según Jodelet (1986) la interacción entre las personas o los grupos modifica las representaciones o mejor, el juego de las relaciones intergrupales determina la dinámica de las mismas. Lo que significa que el encuentro entre las personas puede llegar a influenciar las representaciones que tienen de sí mismos, de la experiencia social, etc. Por esta vía, el encuentro entre el Dr. Teo y sus personas consultantes determina en gran medida la manera en que estos últimos interpretan el tratamiento que están recibiendo, en la medida en que él aparece como un modelo a seguir en términos de su visión de la vida, de la salud y de la enfermedad. Sus alusiones a la capacidad innata del cuerpo humano para sanar, a la energía que circula por el mismo, a la activación de los puntos de energía mediante las agujas de acupuntura y en general todos los conocimientos académicos y no académicos aprendidos en China; son objeto de apropiación por parte de las personas consultantes. Esto es especialmente evidente en el tipo de lenguaje utilizado cuando se les pregunta acerca del efecto que tiene la acupuntura en su cuerpo, "las agujas actúan como energético, ayudan a que el bioritmo y la energía suban. Lo que hacen, yo creo, es que estimulan los puntos energéticos y neurológicos del cuerpo, abre las partes circulatorias y si la circulación está bien, si recibe estímulo, si todo fluye bien entonces hay total bienestar" (Nidia, 55 años, 2003), por su parte, Ma. Fernanda de 35 años se refiere el efecto de la acupuntura en su cuerpo así: "ellas actúan a nivel de mi parte nerviosa, le dicen a mi cuerpo: ¡funciona nuevamente!, entonces me reactiva y yo digo ¡yupi, ya tengo fuercita!, lo que hace el pinchazo es despertar el nervio" (Ma. Fernanda, 35 años, 2003).

El Dr. Teo se refiere a la acupuntura como una alternativa para muchos padecimientos o enfermedades, pero también deja muy en claro que no se trata de la panacea para todos los males. Muchas de las personas consultantes entrevistadas son concientes de ello y por tanto reconocen que la acupuntura más que una modalidad terapéutica capaz de curarlo todo, es una ayuda para alcanzar una mejor calidad de vida. El caso de Ma.

Fernanda es especialmente ilustrativo a este respecto gracias a que ella, con el tratamiento de acupuntura, ha logrado disminuir las consecuencias de la esclerosis múltiple que padece hace más o menos tres años:

Yo sólo espero sostenerme, yo no espero milagros... Tristemente todavía no se han dado resultados milagrosos para esto, yo quiero poder enfrentarme a la vida de todos los días con tranquilidad y eso lo puedo tener con las agujas de Teo...Yo sigo porque las agujitas me ayudan a estar bien, es que mira, mucha gente que tiene esta misma enfermedad después de poquito tiempo ya no puede ni caminar ni coordinar, pero yo estoy bien, todavía puedo caminar, no muy bien pero puedo, me cuestan trabajo algunas cosas pero llevo una vida buena. . . [Ma. Fernanda, 35 años, 2003]

En conclusión, en el ambiente cotidiano del encuentro médico-paciente, la acupuntura se interpreta como una ayuda en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida. Desde la perspectiva de algunos pacientes se entiende como una terapia que contribuye al equilibrio de la mente y del cuerpo, que según la mayoría, lo que hace es aportar los elementos para que la persona pueda progresar a su propio ritmo. ". . .yo siempre le digo a la gente que quiere empezar ¡ojó eso no hace milagros!, yo sigo con mi colon irritable, pero lo que me ha hecho la acupuntura es que me ha equilibrado mucho las crisis, ahora me duran muchísimo menos tiempo, me ha dado bases muy buenas de relación con mi cuerpo ahora puedo dialogar con mi cuerpo" (Flor, 60 años, 2003). Esta representación social indica la forma en que ciertas personas consultantes se han apropiado del tratamiento, ellas lo interpretan como una enseñanza y como una manera de sentirse bien aún cuando no obtengan una curación total a su problema. En general, ellas entienden que las agujas del Dr. Teo les proporcionan bienestar y les ayudan a manejar sus problemas de salud, a vivir en armonía con el propio cuerpo físico. Lola es una de las personas consultantes que piensan en la acupuntura como un vehículo para el mejoramiento de su calidad de vida. Ella dice seguir con su problema de tiroides pero también dice haber aprendido a manejarlo gracias a la acupuntura y a la compañía del Dr. Teo en el proceso, compañía que para su caso se refleja en la tranquilidad que le inspiró a la hora de quedar embarazada por segunda vez,

. . . quiero trabajar este segundo embarazo con Teo, porque la verdad es que le tenía. . . bueno, le tengo un miedo tenaz al parto y él me siempre me ha dicho que no, que eso trabajándolo no tiene porque ser traumático ni doloroso, mejor dicho él me da fuerzas para tomármelo con calma. . . de hecho él fue quien me quitó la angustia que tenía de volver a quedar embarazada porque mi primer parto fue muy duro, yo tengo fe en las agujas de Fernando para mi bebé y para que todo esté bien (Lola, 33 años, 2003).

A diferencia de la medicina alopática donde se espera que los tratamientos tengan efecto a corto plazo, la acupuntura y las demás modalidades terapéuticas de la MTCh encuentran asidero en nociones de paciencia y de resultados a largo plazo. De esta manera los pacientes del Dr. Teo son concientes de que obtener una mejoría o una cura con la acupuntura es el resultado de un proceso paulatino que involucra muchas facetas de su vida cotidiana y sobretodo su participación activa. El tratamiento es entendido como un proceso que aunque lento, sí ofrece posibilidades de mejoría para cada uno de los casos, es decir, efectividad. Las personas consultantes expresan tal representación cuando como en el caso de Nidia se argumenta que el tratamiento "es lento pero seguro, sin embargo uno siente que de verdad se está mejorando y no se deprime por el tiempo que

tome porque el proceso también es agradable” (Nidia, 55 años, 2003), o como cuando Juan Esteban dice “yo creo que lentamente y pacientemente me voy mejorando . . .” (Juan Esteban, 18 años, 2003).

3.2.1 “San Teo”: La eficacia simbólica de la experiencia terapéutica

Como ya lo hemos mencionado antes, “la narrativa es un viaje que se emprende hacia la exploración gramatical de la propia experiencia cognitiva, en el que se ordenan las percepciones íntimas que logran ser advertidas” (Vargas 1998:48), es decir, la forma en que las personas dan sentido a sus experiencias y vivencias. El lenguaje por su parte se convierte en el factor mediador de las narrativas, sin el cual, aquellas simplemente no podrían expresar racionalmente tanto sentimientos como pensamientos particulares. En el contexto de las distintas medicinas, “la narración de un paciente puede rescatar la complejidad de su experiencia, tornarle conciente de lo vivido, permitiéndole entender y explicar aquello que le sucede a su organismo y por supuesto las sensaciones experimentadas a raíz de su estado de salud” (Vargas 1998:50). En el caso concreto de la consultorio del Dr. Teo, las narrativas de las personas consultantes alrededor de su terapeuta y de su experiencia con el tratamiento, son objeto de lo que puede describirse como « *an effort to find an image around which a narrative can take shape*» (Good 1994:128), o mejor, un esfuerzo por otorgar un carácter simbólico que sea capaz de contener en sí mismo el significado de tales narrativas.

La experiencia del acto terapéutico genera una amplia gama de narrativas en las personas consultantes, algunas de las cuales ya han sido consideradas en el capítulo anterior. Cuando se tienen en cuenta las narrativas de algunos pacientes cuya experiencia terapéutica ha sido acompañada de una curación total, surge lo que hemos denominado “el carácter simbólico” que se le otorga a la intermediación del terapeuta en la consecución de tan anhelados fines. En este orden de ideas, lo que Good (1994) considera como la imagen alrededor de la cual toman forma las narrativas, en este caso específico, es aquella en la cual intervienen elementos de orden religioso y alrededor de la cual surgen una gran cantidad de creencias. Elena, persona consultante de 37 años, da cuenta de lo anterior cuando relata el caso de la hermana de su cuñado quien se curó de una enfermedad muy grave a raíz de su tratamiento con el Dr. Teo:

...ella tenía cáncer y estaba muy mal, creían que no había nada más qué hacer y su enfermedad avanzó más porque ella se negaba rotundamente a ir a otro médico, porque ya la habían torturado mucho con tratamientos convencionales. Por recomendación de su hermano vino obligada a ver al Dr. Teo y su recuperación desde el primer día fue casi milagrosa. De ahí en adelante la mamá de ella, mejor dicho la familia entera y ella misma le dicen San Teo. [Elena, 37 años, 2003]

Narrativas como esta indican una tendencia marcada de las personas consultantes a considerar referentes religiosos o mejor, a integrarlos cuando se refieren al Dr. Teo y a su tratamiento. Se le ve como una figura milagrosa, mediador de bienestar, objeto de admiración y devoción, capaz de obtener resultados extraordinarios que no han sido posibles mediante los tratamientos de la medicina tradicional o alopática. Debido a que una gran mayoría de las personas consultantes son católicas, las imágenes a las que recurren para dar sentido a su experiencia de curación con el Dr. Teo, generalmente pertenecen al universo simbólico de sus propias creencias, “¡Teo es bendito!” (Ma. Fernanda, 35 años, 2003).

Plaza (2000) se refiere a las creencias como ideas que operan en nuestro interior de manera automática que son anteriores al acto de pensar, es decir, contienen un carácter a priori. De manera tal que se constituyen como formas interpretativas de la realidad que se adquieren en el proceso de socialización y no se someten a verificación empírica. Ejemplo de ello pueden ser las creencias religiosas de las personas consultantes que delinean la manera en que estas últimas comprenden la efectividad terapéutica del Dr. Teo y de sus agujas. “Mi coagulación ahora es perfecta gracias a las agujitas y hasta los médicos tradicionales se sorprenden. Es que el Dr. Teo y sus agujas son milagrosos. . . te lo digo de verdad (Lía, 37 años)”.

El carácter simbólico de la experiencia terapéutica no sólo se manifiesta a través de las narrativas cargadas de elementos religiosos, sino que también lo hace en aquellos casos en que la creencia y la fe en el terapeuta son producto de una serie de condiciones previas que le confieren a este último, características de líder y de modelo a seguir, “. . .él es una persona que se da al paciente, él no es solo un médico, es un maestro. . .” (Nidia, 55 años). La admiración y el respeto median el significado que el terapeuta adquiere a los ojos del paciente y se basan sobre las características de sus interacciones con él:

A mi modo de ver las cosas la creencia es fundamental en la construcción de la relación médico-paciente, en el caso de Teo la creencia es un hecho... ésta es una relación de amistad, yo le cuento mis cuitas y él me ayuda a resolverlas con su palabra y con sus agujas. Él es muy especial y trata con delicadeza a todos sus pacientes, en realidad todo es mejor debido a eso, a su presencia y su apoyo específicamente, él me ha guiado para tener más confianza en la vida, para vivir mas relajado que antes... yo respeto profundamente a Teo, él es un gran profesional. [Ernesto, 41 años, 2003]

4. ¿Las agujas o el acupunturista?: Una medicina para todos

Formular conclusiones acerca del tema que explora la presente monografía, se constituye como una tarea interesante en la medida en que permite hacer un reconocimiento de la importancia del estudio de las distintas formas de hacer medicina y de sus múltiples aportes a los sistemas de salud en la actualidad. En tal medida, la experiencia etnográfica en el consultorio del Dr. Teo no sólo ha sido una oportunidad para conocer acerca de la Medicina Tradicional China como sistema de pensamiento, sino que ha sido especialmente reveladora de una práctica médica que día a día contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de aquellos que hemos denominado personas consultantes.

A diferencia de la biomedicina donde el éxito terapéutico se mide según resultados verificables y cuantificables que se consideran aceptables desde la mirada autoritaria del médico, la medicina del Dr. Teo interpreta la efectividad de su tratamiento en términos de la satisfacción que el paciente expresa respecto a su terapeuta y a la atención recibida. Es decir, que al reivindicar la necesidad de una aproximación subjetiva de la persona, la medicina que él practica, es respetuosa de la versión del paciente sobre su propia salud o enfermedad y por tanto, se erige como una medicina que se adapta a las diversas formas de ver y entender el mundo.

Por esta vía, podría decirse que la relación persona-persona o amigo-amigo que se establece entre terapeuta y persona consultante en el consultorio del Dr. Teo, se constituye como la característica fundamental de su labor diaria, mientras que la acupuntura actúa como el vehículo idóneo para

fomentarla y ponerla en práctica. A este respecto, el testimonio de Flor es sumamente interesante por cuanto que nos revela su perspectiva como persona consultante, “para mí no fue tanto un encuentro con la acupuntura sino un encuentro con un médico particular, mucho más que con la acupuntura. [Flor, 60 años, 2003].

En líneas generales, las características mencionadas en capítulos anteriores acerca de la relación médico-paciente que se establece en este caso, son el producto directo del trabajo del Dr. Teo como terapeuta. La acupuntura, al igual que las demás modalidades terapéuticas que integran la Medicina Tradicional China, considera al paciente como una entidad integral desde el punto de vista físico y emocional. Sin embargo, la acupuntura que el Dr. Teo ejerce va más allá de tener en cuenta la humanidad de las personas consultantes, el objetivo del servicio que presta es principalmente aquel de proveer las bases para que ellas se sientan mejor consigo mismas, con su entorno, con su propio cuerpo, con sus seres queridos y por ese camino, buscar el alivio de los padecimientos físicos. En este orden, su disposición a la hora de escuchar lo que las personas tienen que decir, dando validez a su discurso y a sus versiones de la realidad, se constituye como su principal herramienta llegado el momento de establecer vínculos estrechos y de generar empatía.

A los ojos de muchos profesionales de la salud y colegas, el Dr. Teo es un excelente médico-acupunturista que ha sido capaz de acumular una gran cantidad de conocimientos a lo largo de los años y de aplicarlos de manera efectiva en sus pacientes, no obstante, a los ojos de estos últimos, además del respeto por el profesional también es de resaltar el respeto por su calidad humana y sin lugar a dudas, en ello se basa el cariño y la reciprocidad que le expresan.

La medicina del Dr. Teo aparece entonces como un híbrido que retoma elementos de la medicina alopática y de la Medicina Tradicional China, produciendo un resultado efectivo que satisface las necesidades tanto físicas como psicológicas de un grupo de personas que por diversos motivos se han aventurado a probar “otras posibilidades” en el marco del eclecticismo que caracteriza el panorama médico en la actualidad. Lo anterior puede deducirse a partir de las narrativas de las personas consultantes acerca de su terapeuta, de las cuales fuimos testigos durante el trabajo de campo en el consultorio y a través de las entrevistas realizadas.

En conclusión, el proceso de sanación o simplemente de mejoría de las personas consultantes del Dr. Teo, es el resultado no sólo de la intermediación de las agujas de acupuntura (su efectividad ha sido discutida en el primer capítulo) sino especialmente de un proceso continuo de interacciones con un médico particular. En el mejor sentido del término y sin tener en cuenta el significado que la medicina alopática le ha conferido, el Dr. Teo es el efecto placebo de la relación médico-paciente. Él, con su humildad frente al conocimiento y a la experiencia que posee, y con su capacidad para escuchar y para comprender el dolor ajeno, se erige como una figura que contrasta enormemente con los llamados antivales de la medicina alopática en materia del trato frío con el paciente y otras facetas como la insensibilidad ante la experiencia humana en pro de los avances tecnológicos; mientras contribuye de manera enorme en la recuperación del bienestar y de la armonía física y emocional de quienes le consultan. Esto es especialmente interesante a la luz de la antropología médica, pues consistió en una aproximación a las versiones de la gente y a las prácticas

que se generan en el seno de un ambiente terapéutico por excelencia, que difiere completamente de aquellos que pueden encontrarse en las instituciones o consultorios de medicina alopática.

Todo lo mencionado anteriormente con respecto a la medicina del Dr. Teo adquiere aún más sentido, cuando se le considera a la luz del auge que las llamadas "medicinas alternativas" han experimentado a lo largo de las últimas décadas. En gran medida, el interés del colectivo por modalidades terapéuticas diferentes a las tradicionales, obedece a las nuevas necesidades occidentales en materia de salud. Estas últimas tienen que ver directamente con la primacía de la relación médico-paciente, la importancia de los factores psicológicos, sociales y espirituales en la salud y en la enfermedad; mientras se le otorga gran protagonismo a la participación del paciente en el acto terapéutico. Por esta vía, Occidente se ha encargado de tomar decisiones con respecto al campo de la atención en salud, mientras se apoya sobre la base de una sociedad profundamente orientada hacia la personalización de los servicios y que cada vez reclama más y más la importancia de la dimensión humana en los mismos.

En el caso específico de Colombia, las medicinas alternativas o complementarias han atravesado un proceso evolutivo interesante, cuando se tienen en cuenta los logros obtenidos durante los últimos años en términos del cumplimiento de las necesidades terapéuticas de los pacientes. De igual forma, durante la última década el movimiento mundial en pro de las ya mencionadas medicinas, ha encontrado gran acogida en el país y ha contribuido modificar los intereses de las personas a la vez que ha delineado los parámetros bajo los cuales se juzga la calidad de los servicios de salud. En consecuencia, han aparecido numerosas alternativas en este contexto, entre las cuales pueden destacarse algunas que cumplen con los requisitos necesarios para la prestación de un servicio idóneo; y que se han convertido en voceras de una tendencia generalizada hacia una medicina más personal en términos del enfoque holístico de la salud. La integración de tales posibilidades terapéuticas, entre las que encontramos a la acupuntura, al plan obligatorio de salud nacional; se convierte en un proyecto de grandes dimensiones que poco a poco ha ido tomando forma y que seguramente en un futuro cercano ha de convertirse en una realidad que resultará en un beneficio generalizado para los usuarios.

Por último, es importante mencionar que la presente monografía no ha pretendido negar los logros de la medicina alopática y sus grandes contribuciones a la humanidad, ni tampoco busca defender o poner a las medicinas complementarias o a la Medicina Tradicional China como ejemplo a seguir. Por el contrario, su interés ha sido aquel de indagar acerca de las características de la relación médico-paciente en un consultorio particular, con el fin de contribuir de alguna manera al campo de la antropología médica.

5. Bibliografía

- Allchin, Douglas
 1996 Points East and West: Acupuncture and Comparative Philosophy of Science Philosophy of Science, Volume 63, Issue Supplement. Proceedings of the 1996 Biennial Meetings of the Philosophy of Science Association. Part I: Contributed Papers (Sep. 1996), S107-S115.
- Bauer, Hans A.
 2002 The Growing interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Perspective. *Medical Anthropology Quarterly* 16(4):403-405.
- Beinfeld, Harriet, y Efrem Korngold
 1991 Between Heaven and Earth: A Guide to Chinese Medicine. New York: Ballantine Books.
- Clark, Marta
 1995 Biomedicine, meets Ethnomedicine. *The Healthcare Forum Journal*. 38(3): 20-28.
- De Francisco Zea, Adolfo
 2001 Sobre Ideas de Vida y Muerte. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- De la Cruz, Emilia, con María Clara Cleves y Deyanira Rivera
 1999 La Relación Médico-Paciente. *In* Antropología Médica: Una Relación entre Ciencias Sociales y Medicina. Deyanira Rivera, ed. Pp. 243-253. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Entralgo, Pedro Lain
 1964 La Relación Médico-Enfermo: Historia y Teoría. Madrid: Revista de Occidente.
- Finkler, Kaja
 1994 Sacred Healing and Biomedicine Compared. *Medical Anthropology Quarterly* 8(2): 178-197.
- Fonseca Chaparro, Martha E.
 1998 Algunas Reflexiones sobre la Mirada Investigativa de las Representaciones Sociales y el Significado para las Medicinas Alternativas del Proceso Salud-Enfermedad. Artículo no publicado.
- Foster, George M., y Barbara Andersen
 1978 *Medical Anthropology*. New York: John Wiley & Sons.
- Fulder, Stephen
 1992 The Impact of Non-Orthodox Medicine on our Concepts of Health. *In* Towards a New Science of Health. Robert Lafaille y Stephen Fulder, eds. Pp. 105-117. London, New York: Routledge.
- García, Judith
 1990 Medicina sin Pacientes. *In* Educación Popular y Salud: Reflexiones en torno a la Acción Popular en Salud. Judith García, Marta Elena Andrade, y Clara Marcela Obando, Eds. Pp. 9-13. Bogotá: Cinep
- Goffman, Erving
 1971 La Presentación de la Persona en la Vida Cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goleman, Daniel
 1995[1996] La Inteligencia Emocional: Por qué es más importante que el Cociente Intelectual. Buenos Aires:

Javier Vergara Editor S.A.

Gracia, Diego

1990 La Bioética Médica. *In* Bioética: Temas y Perspectivas. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

González Rojas, Lilliana

2002 La Geografía del Mar Caribe como Propuesta de Vida -Narrativas-. Monografía de Grado, Departamento de Antropología, Universidad de Los Andes.

González Uribe, Fernando

1988 Acupuntura y Moxibustión. *Deslinde/Revista de Cedetrabajo* 4 (Abril-Julio): 102-113.

González Uribe, Fernando

1990 Acupuntura: Pasado, Presente y Futuro. Quinto Coloquio de Medicinas Alternativas Pp. 97-120. Popayán: Funcop.

González Uribe, Fernando

1995 Acupuntura y Moxibustión. *Ciencia y Tecnología* 13(1):9-19.

González Uribe, Fernando, con Iván G. Torres y Manuel Solano

1995 La Vigencia de las Culturas Médicas Alternativas. *Ciencia y Tecnología* 13 (1): 3-8.

González Uribe, Fernando

1996 Breve Reseña de la Acupuntura y la Moxibustión en Colombia y de la Sociedad Médica Colombiana de Acupuntura y Moxibustión. Primer Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Acupuntura Pp. 1-10. Florianópolis-Brasil.

Good, Byron J.

1994 *Medicine, Rationality and Experience: An anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press.

Gutiérrez de Pineda, Virginia, y Patricia Vila de Pineda

1985 *Medicina Tradicional de Colombia, vol. 2: Magia Religión y Curanderismo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Hahn, Robert A.

1995 *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press.

Halifax, Joan

1979 *Shamanic Voices: A Survey of Visionary Narratives*. New York: E.P.Dutton.

Herrera, Xochitl, y Miguel Lobo-Guerrero

1988 *Antropología Médica y Medicina Tradicional en Colombia*. Bogotá: Fundación Etnollano.

Hooker, Richard

1995 *Modern China: Mao Tse-tung*. Documento electrónico, <http://www.wsu.edu:8001/~dee/MODCHINA/MAO.HTM>

Jodelet, Denise

1986[1984] *La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría*. *In* *Psicología Social vol.2: Pensamiento y Vida Social*. Serge Moscovici, Ed. Pp. 469-494. Barcelona: Paidós.

Kaptchuk, Ted J.

2000[1983] *The Web that has no Weaver: Understanding Chinese Medicine*. New York: McGraw Hill.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur

1995 *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

Lafaille, Robert

1993 *Towards the Foundation of a New Science of Health: Possibilities, Challenges and Pitfalls*. *In Towards a New Science of Health*. Robert Lafaille Stephen Fulder, eds. Pp. 1-23. London, New York: Routledge

Lavier, Jacques André

1973 *Medicina China, Medicina Total*. Barcelona: Ediciones Acervo.

León, Augusto

1980 *La Muerte y el Morir*. Caracas: Escuela Nacional de Medicina.

Loustaunau, Martha O., y Elisa Sobo

1997 *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*. Westport: Bergin and Garvey.

Micozzi, Marc S.

2003 *Culture, Anthropology, and the Return of "Complementary Medicine"*. *Medical Anthropology Quarterly* 16(4): 398-403.

Padilla, José Luis

1988 *La Acupuntura en la Senda de la Salud: 4.140 Casos Clínicos*. Madrid: Miraguano Ediciones.

Pedersen, Duncan

1988 *Curanderos, Divinidades, Santos y Doctores: Elementos para el análisis de los Sistemas Médicos*. *In Otra América en Construcción: Medicinas Tradicionales, Religiones Populares*. Carlos Ernesto Pinzón, Rosa Suárez, y Gloria Garay, eds. Pp. 292-313. Bogotá: ICAN.

Pizzorno Jr., Joseph E.

2004 *CAM Differentiated*. *Medical Anthropology Quarterly* 16(4): 405-407.

Plaza Rincón, José Antonio

2000 *Pensamiento Mágico y Eficacia Terapéutica*. Documento Electrónico,
http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Jose_Antonio_Plaza.htm

Rijke, Rudy

1993 *Health in Medical Science: From Determinism towards Autonomy*. *In Towards a New Science of Health*. Robert Lafaille y Stephen Fulder, eds. Pp. 74-83. London, New York: Routledge.

Root Wolpe, Paul

1990 *The Holistic Heresy: Strategies of Ideological Challenge in the Medical Profession*. *Social Science and Medicine* 31(8): 913-923

Suárez, Roberto, ed.

2001 *Reflexiones en Salud: Una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Uniandes.

- Suárez, Roberto, y Ana María Forero
2002 Itinerarios Terapéuticos de los Devotos al Divino Niño del 20 de Julio: Entre las fisuras de las Narrativas Expertas en Salud. Bogotá: Uniandes.
- Underwood, Anne
2002 Learning from China. *Newsweek*, December 2: 54-57.
- Uribe Merino, José Fernando
1990 La Racionalidad de la Cura: Mito y Símbolo en la Terapéutica Moderna. Tesis de Maestría, Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro.
- Vargas Fajardo, Piedad
1998 La Efectividad de los Mecanismos Simbólicos en la Terapia Bioenergética: Un Análisis desde la Antropología Médica. Monografía de Grado, Departamento de Antropología, Universidad de Los Andes.
- Vila de Pineda, Patricia
1989 Algunos Aspectos del estudio de la Medicina Tradicional en Colombia. *In* Memorias del Simposio Medicina Tradicional, Curanderismo y Cultura popular en Colombia Hoy. Carlos Ernesto Pinzón y Miguel Ángel Roldán, eds. Pp. 25-34. Bogotá: Colciencias.
- Wittgenstein, Ludwig
1968 *Los Cuadernos Azul y Marrón*. Madrid: Ed. Tecnos.
- Wong, Thomas, y Samantha Pang
2001 Holism and Caring: Nursing in the Chinese Health Culture. *Holistic Nursing Practice* 15(1): 12-21.
- Zuñiga Benavides, Guillermo
2001 "El Jardín de los Quindes Guaguas". Artículo no publicado.